



Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2019 – 2021

Indice

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

1. PREMESSA

Il presente documento, costituisce il quinto 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).

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.

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 PPNNA, è costituito da step successivi che partono dal riesame di quanto fatto per svilupparlo e migliorarlo ed in caso di necessità cambiarlo; rappresentano un punto di riferimento e lo stimolo di un continuo miglioramento, ma non certo un traguardo.

Il PTPCT è uno strumento attraverso il quale l'amministrazione sistematizza e descrive un "processo"- articolato in più fasi tra loro collegate per formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione, e dar conto del proprio operato ai cittadini. In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che, in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo. Tutto questo deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione. Questo implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

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

L'Azienda 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 2018 che per quelli 2019, è stato inserito il rispetto del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, il mancato raggiungimento di detto obiettivo da luogo a penalizzazioni legate alla valutazione di risultato.

2.1 Definizione di corruzione

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

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

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

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

Le situazioni rilevanti, sono più ampie dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la “*maladministration*”, intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse. La diffusione e gli effetti del fenomeno corruttivo sono stati oggetto di vari studi anche relativi al nostro Paese.

Gli approfondimenti, i dati e le statistiche in materia hanno messo in luce uno scostamento tra corruzione reale e corruzione percepita, che 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.

4. CAMPO DI APPLICAZIONE

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

5. ANALISI DEI CONTESTI

Nelle varie edizioni del PTPCT è stata progressivamente sviluppata l'analisi dei contesti in particolar modo di quello esterno; nel presente documento si è utilizzata la nota della prefettura di Perugia protocollo 9965 del 21/01/2019 “Piani triennali della Prevenzione della Corruzione nelle pubbliche Amministrazioni. Analisi del contesto esterno” e la relazione di Attività 2018 della Commissione d'inchiesta “Analisi e studi su criminalità organizzata, infiltrazioni mafiose, tossico-dipendenze, sicurezza e qualità della vita”

Molto interessante, per la valutazione dei contesti esterni, è lo Studio della Fondazione

Antonino Caponetto per la lettura del quale si rimanda alla precedente edizione del Piano.

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 2019/2021 per la prevenzione della corruzione, si forniscono i seguenti elementi di conoscenza e valutazione.

Dall'analisi dei risultati delle attività 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, l'incidenza di tali fattispecie criminose non assume particolare rilievo sul territorio provinciale.

Si registra, tuttavia, negli anni 2017 e 2018, un incremento delle attività di indagine a contrasto dei predetti reati, da cui è emerso un aumento dei casi di peculato e di frodi nelle pubbliche forniture.

Di contro, con riferimento ai fenomeni corruttivi, è stato rilevato un numero estremamente limitato di casi, che hanno prevalentemente interessato l'ambito sanitario.

Nel loro complesso, le attività di polizia giudiziaria svolte dalla Guardia di Finanza hanno portato, nel 2017, all'accertamento, in materia di reati contro la Pubblica Amministrazione, di 26 violazioni ed alla denuncia di 34 persone , mentre , nel 2018, i reati accertati sono stati di 21 e le persone denunciate 24.

In entrambe le annualità, si è registrata una netta prevalenza delle ipotesi di peculato (23 nel 2017 e 14 nel 2018).

La Relazione di Attività 2018 della Commissione d'inchiesta "Analisi e studi su criminalità organizzata, infiltrazioni mafiose, tossico-dipendenze, sicurezza e qualità della vita" testualmente riporta:

Nel 2018 la Commissione d'inchiesta "Analisi e studi su criminalità organizzata infiltrazioni mafiose, tossico-dipendenze, sicurezza e qualità della vita", ha proseguito l'analisi e l'approfondimento della normativa umbra (L.r. '16/2012') in materia di contrasto e prevenzione del crimine organizzato e mafioso, promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile, al fine di renderla più efficace ed in grado di permeare situazioni non chiaramente delineate nel testo vigente che possano contribuire a fornire un panorama più ampio sul tema della legalità, del rispetto delle leggi e del contrasto dei fenomeni di criminalità organizzata. I

lavori si sono conclusi con una proposta di legge di modifica della normativa attuale, presentata alla stampa lo scorso 22 novembre e che a breve inizierà l'iter di discussione e partecipazione nelle Commissioni Consiliari.

Le integrazioni più rilevanti, contenute nella proposta legislativa firmata da tutti i membri della Commissione riguardano: gli accordi tra Regione ed enti pubblici in materia di giustizia e di contrasto alla criminalità; la diffusione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile nel mondo economico; la promozione della responsabilità sociale delle imprese, la certificazione di qualità e il "rating di legalità" ai fini della concessione di finanziamenti da parte delle pubbliche amministrazioni e di accesso al credito bancario; previste azioni mirate al recupero e l'utilizzo dei beni immobili confiscati o sequestrati alle Mafie. Rispetto ai contratti pubblici di lavori, servizi e fornitura da parte della Regione e degli enti, agenzie regionali nonché delle aziende del servizio sanitario regionale e delle società soggette alla vigilanza o al controllo della Regione viene introdotta una serie di buone pratiche da seguire dando attuazione ai principi di economicità, efficacia, tempestività e, correttezza, libera concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento, trasparenza, proporzionalità, pubblicità e rotazione. Vengono previste norme volte a favorire la legalità nei settori dell'autotrasporto e facchinaggio, del commercio, del turismo e dell'agricoltura. Prevista la realizzazione di una banca dati informatica regionale delle imprese esercenti il commercio, in sede fissa e su aree pubbliche, la somministrazione di alimenti e bevande e le attività ricettive. Sono state predisposte norme per la promozione della legalità nel settore agricolo ponendo in essere azioni, nella sfera delle competenze regionali, tese a favorire il contrasto al caporalato, all'intermediazione illegale di manodopera, al lavoro sommerso e all'evasione contributiva in agricoltura, nell'ambito dei programmi mirati alla lotta al lavoro nero.

Oltre a questo lavoro la Commissione ha espletato le seguenti audizioni:

- 21 maggio 2018: audizione su vendita ex Ospedale "Santa Maria della Stella" di Orvieto.*
- 29 maggio 2018: audizione dei Prefetti di Perugia e Terni, dott. Raffaele Cannizzaro e Dott. Paolo De Biagi.*
- 12 ottobre 2018: audizione delle amministrazioni comunali di Città di Castello, Corciano, Deruta, Giano dell'Umbria, Marsciano, Perugia e Umbertide sulle vicende sfociate nella cosiddetta "Operazione Stige", che ha portato alla individuazione di infiltrazioni di carattere mafioso e all'arresto del titolare della Corbo Group SpA, vincitrice dell'appalto per la realizzazione della "Piazza dell'Archeologia, area ex FAT", di Città di Castello e di lavori pubblici presso le altre amministrazioni sopra citate.*
- 15 novembre 2018: audizione dei Prefetti di Perugia e di Terni, dott. Claudio Sgaraglia e dott. Paolo De Biagi, sul tema inerente i decessi per overdose e gli altri eventi acuti mortali o a rischio di morte correlati all'assunzione di droghe ed alcol, che da un'indagine della GeOverdose – un progetto della S.I.T.D. - ha visto l'Umbria, nel primo semestre 2018 al primo posto per mortalità legata all'uso di stupefacenti.*
- 29 novembre 2018: audizione dei Dirigenti dell'Azienda Usl Umbria 2 sulle vicende inerenti la gestione dei canili e del servizio randagismo dell'Azienda.*

5.2 Contesto interno

L'Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1, è stata costituita con la Legge regionale 12 novembre 2012 n. 18, (abrogata e sostituita dalla Legge regionale n° 11 del 9 aprile 2015, Testo unico in materia di sanità e Servizi sociali"), serve l'area più vasta e popolosa della Regione, ha una popolazione di 502.605 abitanti, (dati ISTAT al 01/01/2018) ed una superficie complessiva di 4.298,38 Km², dove insistono 38 Comuni. (Fig 1)

Azienda Unità Sanitaria Locale Umbria n.1



F. 1 – Comuni USL Umbria 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La **Conferenza dei Sindaci** è 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) e dalla Relazione sanitaria 2018.

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

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

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

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

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

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

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

La programmazione annuale si realizza attraverso i seguenti principali strumenti:

- il **Bilancio di Previsione** con allegato il **Piano triennale degli Investimenti** che riporta il dettaglio degli interventi e delle relative fonti di finanziamento per l'anno di bilancio ed i due esercizi successivi;
- Il **Piano del Fabbisogno di Personale** triennio 2018/2020, sottoposto all'approvazione regionale

- Il **Programma 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)
- il Programma annuale di attività **dei Dipartimenti, delle Strutture e dei Servizi (Budget)**;
- gli **Accordi ed i Contratti con le Strutture sanitarie erogatrici**, pubbliche e private accreditate;
- gli **Accordi con i medici convenzionati**.

In particolare, il **Budget** permette:

- la traduzione dei programmi di medio lungo periodo in piani di azione annuali, attraverso l'attribuzione degli obiettivi aziendali alle strutture organizzative;
- il monitoraggio costante delle attività e dei costi al fine di evidenziare eventuali criticità per le quali siano necessari interventi correttivi.

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

- lo svolgimento delle attività cliniche e assistenziali,
- l'erogazione delle prestazioni,
- l'assunzione del personale,
- l'acquisizione delle attrezzature sanitarie 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.

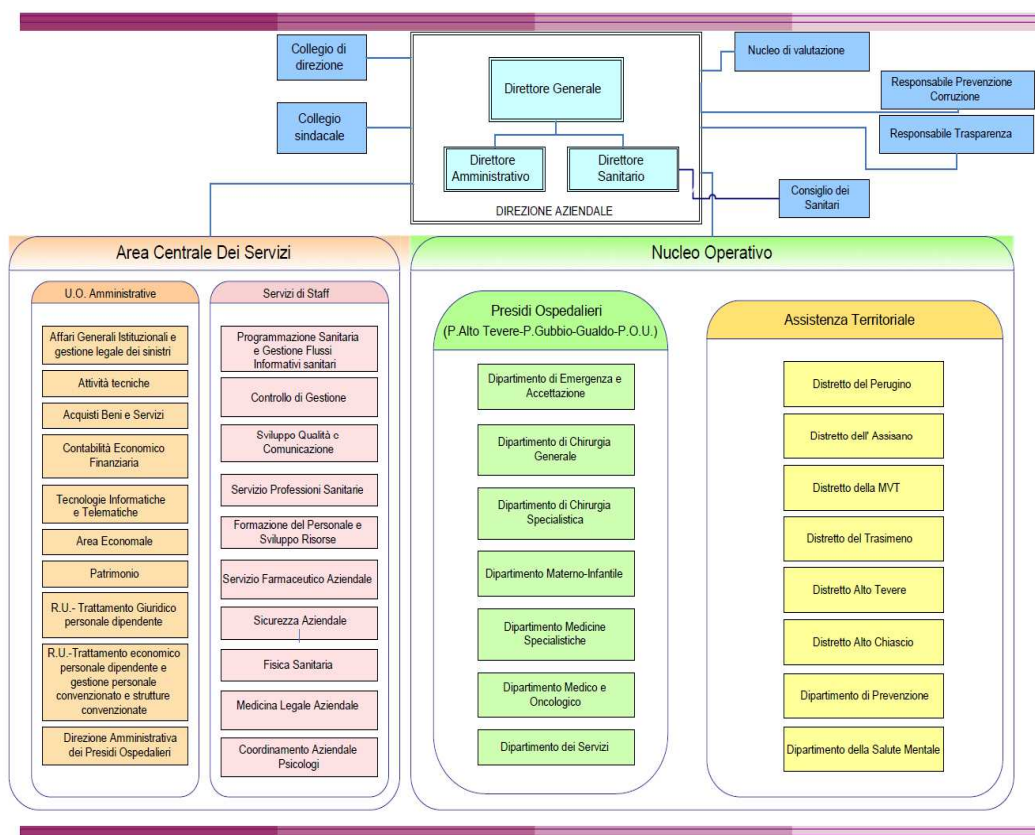
La Direzione Aziendale negozia il Budget di Macrostruttura, mentre i Responsabili di Macrostruttura adottano procedura analoga nei confronti delle strutture organizzative di riferimento per la negoziazione dei Budget di Struttura.

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

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

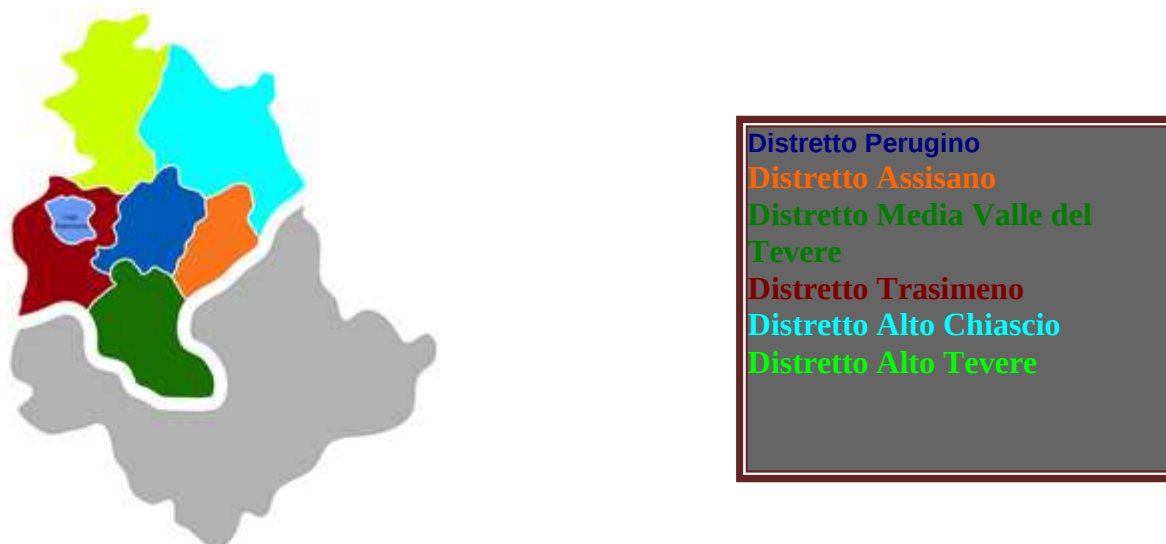


figura 2 Distretti

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

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

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 impedisce qualsiasi facile manomissione, che comunque rimane tracciata.

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

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

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

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

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 corrente anno, 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.

Parimenti già opera da alcuni anni il Nucleo Ispettivo Aziendale, che ai fini della Prevenzione della Corruzione, 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"; nel corso del 2018, causa infortunio di uno dei componenti incaricati di detti controlli, sono stati esaminati 20 mandati e a seguito di tale controllo sono stati formulati dei rilievi non sostanziali, tali da inficiare l'atto.

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

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

A causa non perfetta messa a regime della Centrale regionale di committenza, la maggior parte delle gare sono svolte direttamente dall'Azienda e per altre si ricorre a gare ponte al fine di garantire i servizi e la fornitura di medicinali, dispositivi medici ed altri beni necessari al corretto funzionamento della struttura.

I procedimenti penali aperti nei confronti dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda sono decisamente diminuiti nel 2018 dopo la brusca impennata negli anni precedenti; nessuno di questi interessa i reati di corruzione o concussione, quelli presunti aperti, sono datati e oramai caduti in prescrizione. Nel corso dell'anno 2018 sono stati avviati n. 26 procedimenti disciplinari, di cui n. 15 relativi al personale del comparto e n. 11 alle Dirigenze, a seguito dei quali si è proceduto ad un licenziamento e ad alcune sospensioni dal servizio.

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. Le problematiche emerse sul mancato pagamento dei ticket ne è stato un chiaro segnale rilevatore.

6. LE FIGURE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

6.1 La Direzione Aziendale

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

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

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

6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stato nominato dal Direttore Generale di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, è adeguatamente formato e soggetto a

rotazione, il suo nominativo è comunicato alla CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche), ora A.N.Ac.. E' in posizione di Staff alla Direzione Aziendale, è prevista la rotazione/alternanza dell'incarico, la massima durata è di 5 anni, salvo diverse indicazioni dai CC.NN.LL., così come previsto dalla circolare n° 1, del 25/01/2013, ha i seguenti compiti prioritari:

- o 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;
- o 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);
- o 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);
- o 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);
- o 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);
- o la verifica dell'attuazione del piano, nonché la proposta di modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nella attività dell'Amministrazione (art. 1, comma 10, lett a L. 190/2012). Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190 del 2012 il R.P.C. entro il 15 dicembre di ogni anno redige una relazione annuale, sull'apposito modello predisposto dall'ANAc, che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dai PTPCT. Questo documento dovrà essere pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda ed allegato al P.T.P.C.T dell'anno successivo.

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

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

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

Con Delibera del 17 settembre 2013, n°717, il Direttore generale ha nominato R.P.C. il dott. ing. Tullio Tavernelli, dipendente a tempo indeterminato nella posizione funzionale di Dirigente Ingegnere, che ricopre il ruolo di Responsabile dell'UOC Area Economale, giusta DDG n. 1037 del 03/08/2017. L'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione, collegato con il precedente incarico professionale di alta specializzazione "Valutazione strutturale ed impiantistica di pertinenza del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale", è scaduto il 31/12/2018.

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 (in scadenza il 31/12/2018) è stato prorogato con nota del 28/12/2018 prot. 190478, nelle more dell'adozione di ulteriore atto di conferimento con il quale saranno riunite le funzioni della prevenzione della corruzione e della trasparenza in un'unica figura in ottemperanza a quanto indicato nel PNA 2016 il quale stabilisce testualmente che...omissis *gli organi di indirizzo formalizzano con apposito atto l'integrazione dei compiti in materia di trasparenza agli attuali RPC, avendo cura di indicare la relativa decorrenza.*

6.3 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:

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

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

6.4 Referenti per la prevenzione della corruzione

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

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

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

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

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

- o 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;
- o partecipano al processo di gestione del rischio;
- o osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);
- o 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 2018 è stato effettuato un incontro con i Referenti individuati i quali sono stati invitati a produrre due relazioni, una riferita al primo semestre 2018 e una a fine d'anno, quale resoconto delle azioni messe in campo nei rispettivi periodi, finalizzate al rispetto della tempistica associata ad ogni singola attività declinata nell'allegato 2 al Piano 2018/2020.

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

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

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

6.6 Dirigenti

Tutti i dirigenti per la struttura diretta:

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

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

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

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

6.8 Ufficio Procedimenti Disciplinari

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

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

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

6.9 Dirigente della Formazione e Sviluppo risorse

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

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

6.10 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione

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

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

Ogni dipendente/collaboratore deve:

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

7. PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il Piano triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza costituisce l'atto attraverso il quale l'Azienda individua le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, atto che, per la sua stessa natura, si presenta, non come un'attività compiuta con un termine di completamento finale, bensì come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono, come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato ministeriale di cui al D.P.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:

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

7.1 Fase preparatoria

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

- * la mappatura di tutti i processi svolti,
- * l'individuazione di ulteriori aree di rischio oltre quelle sotto segnalate,
- * il personale coinvolto da destinare ad una specifica formazione,
- * le eventuali procedure messe in atto o da adottare per la prevenzione dei fenomeni di corruzione,
- * gli eventuali criteri adottati o da adottare per rotazione del personale addetto nelle aree a rischio,
- * i criteri utilizzati per la verifica per l'inconferibilità e per l'incompatibilità per lo svolgimento degli incarichi,

- ✱ suggerimenti per rendere più trasparenti possibile i procedimenti gestiti e dar modo alla cittadinanza di offrire il proprio contributo al loro miglioramento e per segnalare eventuali non conformità nei processi.”

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

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

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

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

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

Nel corso 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:

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

8. Coordinamento attività di controllo interni ed esterni.

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

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

Gli obiettivi dei gruppi di lavoro, ciascuno per quanto di competenza 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 – 18, 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 2018 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), e 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 , avendo presente comunque gli input del Comunicato Anac del 6/02/2018.

Nel corso del 2018 sono stati organizzati inoltre due moduli formativi, per complessive 6 giornate , uno destinato prevalentemente al personale del Distretto l'altro per tutto il personale aziendale, tanto sanitario che amministrativo, durante i quali sono state trattate, tra l'altro , tematiche per la prevenzione della corruzione.

Complessivamente sono state formate circa 570 persone appartenenti ai vari profili, sia del comparto che della dirigenza.

Per la buona partecipazione e l'interesse dimostrato, l'Azienda riproporrà altri moduli formativi nel 2019, tenuto conto anche delle novità normative intervenute nel frattempo di particolare interesse (approvazione del Ddl anticorruzione del 18/12/2018)

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 obbligo comunque la rivasitazione dello stesso in considerazione appunto dei mutamenti organizzativi, procedurali etc, intervenuti in corso d'anno nella nostra Azienda e in considerazione della conclusione dei lavori dei Gruppi di Lavoro sopra indicati.

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

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

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 sta portando avanti all'interno della Ausl Umbria 1 e che meglio saranno declinate in seguito e a conforto altresì delle iniziative sinergiche aziendali (ad es. in materia di adeguamento al Regolamento UE 2026/679) che dal secondo semestre del 2018 impegnano le varie strutture in aggiunta alla “quotidianità”.

7.2 Criteri per la valutazione del Rischio

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

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

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

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

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

Probabilità (Discrezionalità/Regolamentazione)			Impatto Valore economico/Danno immagine	
Livello di Discrezionalità dell'attività sulla base di 5 fattori: - più operatori dell'Unità Operativa coinvolti; - altre Strutture interne/esterne coinvolte; - regolamentazione del processo; - controlli sul processo; - controlli successivi. Si punti 0; No punti 1, In caso di tutti Sì, per default, è assegnato il valore 1			Valore economico del processo da contratto esclusa l'IVA, oppure, nel caso di processo che non genera valore a bilancio, all'impatto negativo sull'immagine aziendale di un evento dannoso (frode, truffa o danno al paziente)	
Descrizione	Punteggio		Descrizione	Punteggio
	SI	NO		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto non significativo - valore del contratto non superiore a 1.000 Euro; - nessun impatto del danno sull'immagine aziendale.	1
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto minimo - valore del contratto superiore a 1.000 e fino a 40.000 Euro; - impatto del danno sull'immagine aziendale poco rilevante e senza ripercussioni interne all'azienda	2
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto di minore rilevanza - valore del contratto superiore a 40.000 e fino a 221.000 euro; - impatto del danno sull'immagine aziendale poco significativo con alcune ripercussioni esterne (giornali e TV) e/o danno economico poco significativo/assente.	3
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto rilevante	4

altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1	• valore del contratto superiore a 221.000 euro e fino a 5.548.000 euro; • impatto del danno sull'immagine aziendale significativo con ripercussioni esterne (giornali e TV) e/o danno economico significativo	
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto particolarmente rilevante • valore del contratto superiore a 5.548.000 euro; • impatto del danno sull'immagine aziendale rilevante con gravi ripercussioni esterne e/o rilevante danno economico conseguente.	5
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		

Per poi andare a stimare l'entità dei rischi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3 RISCHIO POTENZIALE

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

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

7.4 MISURE DI SICUREZZA ASSOCIATE

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

7.5 INDICATORI

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

7.6 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO E VALUTAZIONE

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

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

7.7 VALUTAZIONE DEL RISCHIO

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

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

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

8. 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.

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 P.T.P.C., pertanto il Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC) provvede due volte l'anno, entro giugno ed entro novembre , 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. con nota 91837 del 22/06/2018 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 nel primo semestre per il rispetto della tempistica associata ad ogni singola fattispecie e le eventuali criticità connesse.

Con diversa nota prot. 93739 del 22/06/2018 ha invece chiesto ai Presidenti degli Uffici per i Procedimenti Disciplinari sia del Comparto che della Dirigenza e Specialistica ambulatoriale , informazioni in ordine ai procedimenti disciplinari appunto avviati nel corso del primo semestre corredando tali informazioni con l'indicazione delle sanzioni comminate; la medesima nota, destinata anche al Dirigente IPAS Affari Legali e del Contenzioso, chiedeva informazioni invece in ordine ai procedimenti penali attivati nei confronti del dipendente e ai reati loro contestati.

Le relazioni sono pervenute tutte entro il mese di luglio, e le considerazioni in esse contenute hanno sostanzialmente fatto emergere un interesse particolare rispetto alla tempistica delle azioni ed agli indicatori di verifica; se non altro la relazione intermedia in corso d'anno ha 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.

Con nota prot. 171644 del 29/11/ 2018, il R.P.C. ha chiesto ai referenti la relazione finale d'anno e con nota prot. 170845 del 28/11/2018 ai Presidenti degli Uffici per i Procedimenti Disciplinari sia del Comparto che della Dirigenza e Specialistica ambulatoriale , informazioni in ordine ai procedimenti disciplinari appunto avviati e/o conclusi nel 2018. Con la medesima nota è stato chiesto notizia all'Ufficio legale del numero dei procedimenti penali attivati nei confronti dei dipendenti , indicando i reati contestati in riferimento al codice penale ad eccezione di quelli derivanti da malpractice sanitaria.

Con diversa nota prot. 172574 del 30/11/2018, sempre all'Ufficio Legale, è stata chiesto il dato riferito al numero dei ricorsi e contenziosi in atto riferiti a procedure di appalto , per l'acquisizione di beni e servizi e concorsi relativi al reclutamento delle risorse umane
Tutte le relazioni sono pervenute entro i termini assegnati.

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.

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

Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri

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 dal 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

I Distretti hanno , nel corso del 2018, proseguito nell'opera di attuazione di tutte le misure di prevenzione previste nel Piano 2018/2020.

Dipartimento Salute Mentale

Si conferma l'applicazione delle misure e delle procedure previste nel Piano Triennale Anticorruzione.

Nessuna segnalazione di criticità.

SSA Medicina Legale

Con delibera del DG 1380/2018 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

Dipartimento di Prevenzione

Servizio IAPZ - Servizio SIAN

Attività di controllo e vigilanza su tutti i settori di competenza : è stata verificata l'efficacia e la supervisione in ottemperanza alla Delibera dirigenziale della Regione Umbria n. 3867 del 05/06/2015. Certificazione export in Paesi Terzi e Comunitari :Idem come sopra

Servizio ISP

Nel 2018 si è consolidata l'interscambiabilità operativa a livello dei Servizi interdistrettuali sia in pronta disponibilità che anche in normali situazioni operative.

Servizio PSAL

Procedure operative incompatibilità e segnalazioni: controllate le autocertificazione del personale, effettuata la produzione procedure, verifica periodica del GOV

Controllo requisiti strutture sanitarie: è stata data attuazione al provvedimento che declina i controlli da effettuare

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.

In tal senso, la scrivente Struttura da sempre profonde il massimo impegno per assicurare un livello elevato delle condizioni di sicurezza, mantenendo costante il confronto tra Dirigenti Medici ed il Responsabile dell'Area Economale, in relazione alle azioni da adottare nel caso di situazioni dubbie.

Si precisa che, nel 2018, non sono stati registrati cambiamenti, né verificati episodi tali da determinare una variazione della classe di rischio.

Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi sanitari

Con Delibera del Direttore Generale n. 461 del 5/4/2018 "Riorganizzazione attività relative alla Struttura Semplice Aziendale Programmazione, Controllo e Sistema Informativo", sono state soppresse la SSA Programmazione Sanitaria, Controllo e Sistema Informativo e la SS Controllo di Gestione e sono state istituite la SSA programmazione Sanitaria e Flussi Informativi Sanitari e la SSA Controllo di Gestione.

Gestione dei Flussi informativi finalizzati alla compensazione della mobilità sanitaria passiva (ricoveri, medicina generale, specialistica ambulatoriale, cure termali): viene garantita l'attività di controllo tecnico-sanitario sugli addebiti avanzati dall'Azienda USL Umbria n.2 e dalle 2 Aziende Ospedaliere di Perugia e Terni. Le relative contestazioni vengono effettuate nei tempi previsti dal Disciplinare Regionale per la Compensazione della Mobilità Sanitaria, così come l'analisi delle controdeduzioni fornite da ogni singola Azienda.

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:

- . Anomalie relative ai dati anagrafici;
- . Anomalie di attribuzione del DRG;
- . Anomalie di tariffazione.

U.O. Controllo di Gestione

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).

Con riferimento all'area della trasparenza, si procede, regolarmente all'invio al Responsabile della Trasparenza, per la conseguente pubblicazione, dei seguenti documenti:

Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti e relativo andamento nel tempo.

Sviluppo Qualità e Comunicazione

"Affidamento Servizio di Rassegna Stampa on-line" e per "l'Affidamento servizio campagne di comunicazione aziendale" sono state attuate tutte le misure di sicurezza associate e previste dal Regolamento aziendale per la disciplina transitoria di alcune fasi e procedure relative all'acquisizione di beni servizi e lavori, di cui al D.Lgs 50/2019 (DDG 913/2016).

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 verifica della corretta applicazione è fatta da soggetti terzi, quali i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, sia durante i sopralluoghi che con relazione finale. 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. Il Servizio, come da procedura in atto prima dell'unificazione delle due Aziende, predispone e aggiorna i profili di rischio, in collaborazione con RLS e referenti del SITRO, al fine di individuare i dispositivi specifici, collabora con la UO Acquisti Beni e Servizi per la predisposizione dei capitolati di gara, interviene in qualità di esperto nella valutazione dei prodotti offerti, acquisisce e distribuisce i dispositivi acquistati, riceve feedback da parte degli operatori su funzionalità, vestibilità e durata.

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 in data 26/02/2015 con atto n.226, verrà revisionata entro il corrente anno ed implementata nuovamente anche grazie alla rete dei referenti del rischio clinico

Nel corso dell'anno sono stati correttamente effettuati tutti gli audit utilizzando gli strumenti della RCA per l'analisi degli eventi sentinella segnalati. Per tutti gli altri eventi segnalati (near miss, eventi avversi e no harm event) sono stati inviati dai servizi i report di miglioramento redatti dai GdL e conseguenti all'esecuzione di audit e SEA.

Fisica Sanitaria

Il Servizio di Fisica Sanitaria ha predisposto 5 capitolati tecnici per l'acquisizione di beni strumentali e tutti sono stati rivisti da altro servizio U.O. Patrimonio.

Nel corso dell'anno 2018 sono state effettuate 37 classificazioni e circa 80% sono state rivalutate da altro esperto qualificato. In 3 casi le classificazioni sono state effettuate direttamente dall'altro esperto qualificato per esigenze di servizio quali assenze per ferie etc.

U.O. Contabilità Economico Finanziaria

Per l'Attività/endoprocedimento "Verifica inadempimenti ex art. 48 bis DPR 602/1973 prima dei pagamenti superiori a diecimila euro" (dal primo marzo 2018 il limite è stato abbassato ad euro cinquemila dalla legge n. 205

del 27/12/2017), con disposizione della Direzione prot. 0176905 del 20/12/2017, al fine di uniformare i comportamenti dei Centri di Risorsa ed il contenuto dei provvedimenti di liquidazione, eliminando così anche il margine di discrezionalità dell'ufficio mandati, ha stabilito che ogni liquidazione deve evidenziare l'assoggettamento alla verifica, ovvero la motivazione dell'esclusione, con il richiamo normativo.

In relazione agli obblighi di pubblicazione riportati sul PTPCT 2018/2020, Livello 1 "Bilanci" - Sotto sezione 2 "Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio", si evidenzia che l'art. 19 del Dlgs n. 91 del 31/5/2011, richiamato dall'art. 29, comma 2 del Dlgs n. 33 del 14/3/2013 in materia di pubblicazione, prevede l'obbligo, a carico delle Pubbliche Amministrazioni, di presentare e pubblicare un documento denominato "Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio", ma l'art. 1, comma 1, lettera a) del Dlgs 91/2011 precisa che, "per amministrazioni pubbliche, si intendono le amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, della legge 31 dicembre 2009, n. 196, ad esclusione delle regioni, degli enti locali, dei loro enti ed organismi strumentali e degli enti del Servizio Sanitario

Nazionale. Pertanto questa pubblicazione non viene effettuata né aggiornata.

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:

- Il rispetto del regolamento per la gestione dei progetti finanziati (DDG n. 321 del 08.03.2017);
- La rendicontazione sulle fonti di finanziamento dei progetti;
- L'unificazione dell'Albo docenti in procedura GURU;
- La verifica delle nomine di docenti esterni con richiesta di chiarimenti ai responsabili scientifici;
- La verifica del rispetto della circolare del D.G. del 30.12.2014 inerente i punti 2, 2.1 e 2.2;
- La richiesta di verifica ai responsabili per gli impieghi impropri del personale tirocinante;
- La verifica dei criteri per l'autorizzazione alle sperimentazioni cliniche;
- La verifica del rispetto del regolamento aziendale del sistema di valutazione aziendale della performance individuale.

Da segnalare la necessità, nel corso del 2019, di rivedere il regolamento approvato con Delibera del D.G. n. 1172 del 29.12.2014 e la certificazione di qualità.

Servizio Farmaceutico Aziendale

Nel corso del 2018 sono state effettuate 45 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.

Negli anni 2017 e 2018 è stata completata la riorganizzazione della sezione farmaceutica territoriale del Servizio visto il quasi totale avvicendamento del personale e la ridefinizione dei ruoli.

Il Servizio ha partecipato fattivamente a tutte commissioni di gara centralizzate di competenza sia per farmaci che per dispositivi medici

Nel corso del 2018 sono stati effettuati diversi inventari e conta fisica delle giacenze di magazzino.

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;

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 aggiudicatrici;

E' stata curata la formazione specifica sulle gare ed appalti del personale tecnico assegnato alla U.O. ed in particolare è stata portata a termine la frequenza di uno specifico percorso formativo regionale per la posizione organizzativa e di corsi sull'utilizzo degli strumenti del Mercato elettronico e dello strumento STR vision, per il personale di livello Bs.

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.

Verifica ricorso a procedure d'urgenza: per i beni farmaceutici le richieste in urgenza sono molto frequenti in quanto derivanti dall'immissione in commercio di farmaci innovativi e dalla ricezione di piani terapeutici indotti da altre Aziende o da altre regioni.

Proroghe contratti: sono stati fatti affidamenti diretti nelle more dell'espletamento di procedure di gara contenute nella programmazione CRAS; sono state attivate gare ponte per forniture di farmaci e *service* di laboratorio, ove presente una gara indetta o programmata dal soggetto aggregatore.

Valutazione offerte anormalmente basse e verifica congruità anomalia: si procede ad applicare le norme previste dal Codice dei Contratti pubblici, con particolare riferimento all'art. 97, nei casi e con le modalità indicate. Ai fini della valutazione delle offerte anormalmente basse, la Commissione giudicatrice trasmette tutta la documentazione di gara al Rup, che attiva la fase di verifica dell'anomalia con le modalità previste dall'art. 97 del Codice e provvede a valutare la congruità dell'offerta, anche con il supporto della Commissione stessa.

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.

In ordine alla "Gestione contratti passivi di beni e servizi economici", nel 2018, sono state omogeneizzate le strutture delle determinazioni di liquidazione per garantire trasparenza. I funzionari interessati, sottoscrivendo l'atto di liquidazione dichiarano l'insussistenza di qualsiasi conflitto di interesse con le Ditte beneficiarie degli effetti del documento.

"Gestione contratti attivi", nel 2018 sono state emesse correttamente le fatture attive per i servizi in concessione, nel rispetto delle scadenze previste e sono stati verificati i pagamenti.

"Cassa Economale" - Ogni trimestre sono state verificate le spese sostenute, tramite cassa economica, la consistenza della stessa ed il necessario reintegro. E' in fase di partecipazione alla UO Economico Finanziaria il regolamento.

U.O. Patrimonio

Con DDG n. 1680 del 9.12.2017 del "Regolamento Gestione Beni Immobili - Approvazione" si è dato seguito al lavoro iniziato l'anno precedente con la DDG 1507 del 28.12.2016 "Regolamento Inventario Beni Immobili - Approvazione". Tali atti danno ulteriore certezza e trasparenza nell'espletamento delle varie procedure di gestione del patrimonio immobiliare aziendale.

Art. 30 - D.lgs. 33/2013 Il competente servizio della U.O.C. Patrimonio provvede in tempo reale agli adempimenti per la pubblicazione sul sito istituzionale aziendale, negli appositi spazi della Amministrazione Trasparente, degli elementi identificativi dei contratti, degli immobili e degli importi (prezzo o canoni) oltre che degli atti amministrativi di approvazione.

Le attività di acquisizione di immobili in proprietà o la vendita di porzioni del patrimonio immobiliare, oltre ad essere inseriti nel Piano triennale del patrimonio, devono ottenere l'autorizzazione regionale rilasciata con DGR (art. 5, comma 2 D.Lgs. 502/92 e artt. 88 – ART.88 bis L.R. 11/2015).

Affitti attivi: procedura di manifestazione di interesse per individuazione interlocutore –

pubblicazione su profilo del committente Amministrazione Trasparente - sezioni dell'Albo Pretorio online

I controlli sulla corretta applicazione delle procedure vengono eseguiti, ciascuno per la propria competenza, da Gestione Contabile Patrimonio (riscossioni e fatturazione) e da Attività Amministrativa (attività deliberativa e contrattuale) nonché dai collaboratori tecnici (manutenzione - sistemazione catastale – perizie di stima canoni - sopralluoghi).

Affari Generali ed Istituzionali e Gestione Legale Sinistri

Con Delibera del D.G. n.1437 del 7.11.2018, sono state recepite le “Linee guida per la gestione dei sinistri di I, II e III fascia e per la costituzione, composizione, funzionamento e responsabilità dei Comitati gestione Sinistri nell’ambito del sistema assicurativo di auto ritenzione del rischio sanitario e di gestione unitaria dello stesso nella Regione Umbria”, adottate dalla Azienda Ospedaliera di Perugia, in qualità di capofila del progetto regionale di auto ritenzione del rischio sanitario, con Delibera n. 1820/2018.

La Struttura fornisce supporto, in conformità al nuovo Regolamento sull’accesso pubblicato sul sito aziendale, ai Servizi ai quali vengono rivolte le istanze di accesso, applicando la corretta normativa di riferimento, non sempre facilmente individuabile, al fine di garantire la Trasparenza richiesta dal Legislatore.

Per quanto concerne l’attività di gestione dell’intero contenzioso, insieme con l’IPAS Affari Legali del Contenzioso, questa Unità sta elaborando, anche in adeguamento alle nuove linee guida approvate dal Consiglio dell’Autorità Anticorruzione con delibera n. 907 del 24 ottobre u.s., un avviso per l’adozione di una short list di avvocati, a cui affidare incarichi di gestione di contenzioso già esistente

Area Legale e del Contenzioso

Relativamente alle discipline del patrocinio legale dei dipendenti, del recupero crediti aziendale e dell’affidamento degli incarichi a legali esterni, non si sono verificate situazioni di erronea applicazione delle disposizioni regolamentari aziendali

UU.OO. Risorse Umane

Per quanto riguarda la gestione delle procedure applicative relative agli istituti giuridici, legislativi e contrattuali nel rapporto di lavoro (ferie, permessi, malattia, attestazioni di presenza in servizio/debito orario, riposi) sono stati effettuati costanti monitoraggi in merito all’osservanza della regolarità delle procedure e dei percorsi relativi alle assenze dal servizio a vario titolo con evidenziazione delle criticità emerse in taluni ambiti quale la programmazione e la fruizione delle ferie e del rispetto del dovuto orario contrattuale all’interno dei Servizi aziendali.

In materia di rispetto dell’orario contrattualmente dovuto per la presenza in servizio sono stati regolarmente assolti gli adempimenti richiesti dalla Magistratura Contabile.

Il sistema di controlli interni ed esterni previsti dalla Delibera DG n. 1246 del 27/09/2017 per l’esercizio delle funzioni delle UU.OO. Risorse Umane ha trovato piena attuazione nel corso del periodo esaminato e non ha evidenziato scorrettezze di alcun genere nelle azioni amministrative poste in essere.

In particolare sono stati effettuati controlli in materia di autocertificazioni relative a richieste di assegni familiari, di cui all’atto deliberativo n. 1148/2016.

Relativamente alle attività rese dalle Strutture Private Convenzionate, le attività di controllo sono state effettuate tramite strumenti di analisi e controllo sulla effettività e regolarità delle prestazioni di ricovero e di specialistica ambulatoriale erogate dalle strutture private accreditate. In particolare, i controlli sono stati effettuati mensilmente.

Con riferimento alla contrattazione integrativa aziendale, la stessa è stata svolta in materia di erogazione della Produttività Collettiva e Retribuzione di Risultato nell'ambito dei fondi a tale proposito disponibili. Si è pertanto attuato un pieno rispetto della normativa per quanto concerne sia le materia di contrattazione, sia l'entità delle risorse stabilite nei fondi contrattuali, come certificati da parte del Collegio Sindacale in data 23/05/2018.

S.I.T.R.O.

LA Gestione dell'autorizzazione a partecipazione formazione con Sponsor vengono regolarmente monitorate, ma si provvederà alla redazione di apposito regolamento aziendale.

Per l'autorizzazione per l'attività di prestazioni occasionali per personale afferente tale Struttura, di competenza della UO Risorse Umane viene raccolta la dichiarazione d'assenza di conflitto d'interesse.

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

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 2018) indicando il numero dei procedimenti disciplinari attivati e riportando le sanzioni comminate, là ove il procedimento risultava concluso. Il numero di tali procedimenti e la sanzione più grave comminata, ovvero il licenziamento, sono stati indicati nel paragrafo 5.2 del presente documento.

Ufficio Legale

In ordine ai contenziosi su procedure di acquisto di beni e servizi nonché reclutamento di personale, nel 2018 sono stati aperti i seguenti procedimenti:

n. 1 Penale nei confronti di una Ditta fornitrice

n. 1 Ricorso al TAR contro l'aggiudicazione di una procedura aperta di una fornitura e n.1 ricorso al Consiglio di Stato per la copertura di un posto a tempo indeterminato.

In ordine invece ai procedimenti penali avviati nei confronti dei dipendenti, non pertinenti a malpractice sanitaria, si riscontrano:

art. 81, art. 314, art. 479 c.p. – Rinvio a giudizio per n. 1 dipendente

art. 110, art. 323 e art. 479 c.p. - Rinvio a giudizio per n. 2 dipendenti

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

Il 15/05/2018 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha incontrato la UO Attività Tecniche- Acquisizioni Beni e Servizi, per un confronto relativo sulle tematiche della Prevenzione della Corruzione connesse alle attività programmatiche proprie della UO presente.

In occasione di tale incontro, che ha visto presenti oltre il Direttore della UO 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 UO 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

Purtroppo le contingenze relative all'attività istituzionale hanno rallentato l'attività di colloqui con altre Strutture aziendali, colmato parzialmente dagli incontri formativi organizzati nel secondo semestre 2018.

I colloqui saranno comunque ripresi nel 2019.

8.1 ATTIVITÀ CARATTERE GENERALE

Molte delle azioni di controllo previste con una scadenza fissa, ora diventano periodiche come valido strumento di controllo. Con la DDG n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i moduli per la comunicazione di quanto previsto dal DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", recepiti con la DDG di questa USL 921/2014 avente ad oggetto "Adozione del Codice di Comportamento dell'Azienda USL Umbria 1".

La pubblicazione del documento del 17 luglio 2014 della Conferenza Unificata Stato Regioni del 17 luglio 2014, in materia di conflitti di interesse, e, delle Linee Guida ANAc per "l'adozione dei codici di comportamento negli enti del SSN" del 20 settembre 2016, hanno imposto alla Azienda USL Umbria 1 una revisione del regolamento approvato con la DDG 921/2014.

L'aggiornamento del documento ha coinvolto tanto il RPC aziendale che le UUOO Risorse Umane.

Il Documento attualmente, dopo aver concluso le consultazioni interne è in fase di partecipazione con la Società civile

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.

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.

Nella parte che segue, come Responsabile per la prevenzione della corruzione, ho cercato quindi di mappare le Attività di carattere generale e trasversale a tutte le Strutture Aziendali, mentre nell'allegato 1 sono state mappate le attività riconducibili ai rispettivi settori di intervento , a maggior rischio corruttivo.

Tale attività pur non essendo esaustiva , data la complessità di una realtà che eroga servizi socio- sanitari, rappresenta comunque un primo passo di declinazione delle principali attività di intervento , che nel corso dei vari aggiornamenti al Piano 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 2017 e 2018 era previsto il rispetto delle prescrizioni contenute nei PTPCT; è già stata richiesta la valutazione del RPC, sul rispetto degli adempimenti previsti. Lo stesso dettame è previsto per il 2019. 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 2018 ed è in fase di consultazione esterna dopo aver terminato l'iter interno	30/06/2019	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Aggiornamento del codice di comportamento

Attività carattere generale

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Monitoraggio annuale 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 UUPDD 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	31 dicembre 2019	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione	N° di incontri predisposti e personale formato
	Informazione/Formazione del personale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Entro il 31 dicembre 2021	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione	N° di incontri predisposti e personale formato

Attività carattere generale

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Rotazione del personale	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 2017 hanno ruotato i membri del gruppo di audit del Servizio ISP nel 2016 quello PSAL.			

Attività carattere generale

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	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.			
	Quando il numero degli operatori lo consente è variata la composizione delle squadre di vigilanza, in caso contrario la vigilanza avviene sulla base del programma definito a cura del Dirigente del Servizio utilizzando un'apposita check-list ed è previsto un programma di audit di controllo. Recentemente sono ruotati i membri del gruppo di audit del Servizio ISP, nel 2016 era avvenuto per il PSAL.	Biennale	Dirigenti responsabili	Numero delle squadre variate Programma di vigilanza predisposto Check list predisposta, numero di audit
	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.	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.	31dicembre 2019	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 (<i>whistleblower</i>)	Verifica del sistema di protezione del <i>whistleblower</i> 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 via di collaudo	R.P.C. e Resp. Sistemi informativi e informatici	Effettiva protezione dell'anonimato del dipendente pubblico e soggetto esterno che segnala illeciti
	Adeguamento alle Linee guida ANAC (vedi sopra)	30/06/2019	R.P.C. e Responsabile U.O. Sistemi informativi ed informatici	collaudo
Formazione del personale	Proseguimento del 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:	Triennio 2017-19	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
	• R.P.C., • 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. Formazione generale nel secondo semestre 2018 sono stati attivati due corsi, uno rivolto al personale assegnato ai Distretti, l'altro a personale amministrativo e sanitario, del comparto o 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. 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 circa 485 persone Per l'anno 2019 verranno proposti altri moduli formativi, tenuto conto anche delle novità normative nel frattempo intervenute (es. Legge 3/2019)			
Patti di integrità negli affidamenti	E' già stato inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito il patto di integrità che in versione aggiornata è riportato in allegato 4, già esteso alle associazioni di volontariato	01 gennaio - 31 dicembre	Dirigenti responsabili dell'area appalti R.P.C.	Numero di contratti sottoscritti contenente il patto di integrità / Numero di contratti sottoscritti

Attività carattere generale

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	Pubblicazione del P.T.P.C.T nel sito istituzionale 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 in fase di collaudo le procedure per ottemperare alla L. 179/2017 Predisposizione delle informazioni per l'accesso civico; pubblicazione dei nominativi/caselle di posta elettronica a cui inoltrare le istanze. 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. 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 - revisione/integrazione del Regolamento sull'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi (Adottato con DDG n°1303 del 9 ottobre 2017)	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: • 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.	Decorrenza immediata dall'adozione del P.T.C.P. da concludere entro il 31 dicembre 2019	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.			
In particolare, con atto deliberativo n.1148/2016 sono state approvate le linee guida per le autocertificazione relative a richiesta di assegni famigliari e sono state previste, ed effettivamente realizzate, le seguenti tipologie di controlli: - 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; - puntuali: a) (su ogni istanza) prima dell'erogazione del beneficio, per tutte le domande di riconoscimento di arretrati riferiti a periodi precedenti b) in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive. In particolare sono stati effettuati controlli in materia di autocertificazioni relative a richieste di assegni familiari, di cui all'atto deliberativo n. 1148/2016. Tali controlli nel corso del primo semestre 2018 si sono sostanziati in n. 113 verifiche su 521 richieste, corrispondente al 21,69% con ciò superando ampiamente la percentuale del 10% delle istanze prodotte, prevista dalla Delibera sopra citata, dando così la piena attuazione alle linee guida .				

Attività carattere generale

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
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 921/2014 avente ad oggetto “Adozione del Codice di Comportamento dell'Azienda USL Umbria 1”: Modulo A - “Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l'attività dell'ufficio ai sensi dell'art. 5 DPR n. 62/2013 e dell'art. 9 del Codice di comportamento aziendale” - Modulo B - “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6 DPR n. 62/2013 e dell'art. 8 del Codice di comportamento aziendale” - Modulo C – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti” - Modulo D – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali” - Modulo E – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante”				
Monitoraggio dei rapporti amministrazione/so ggetti esterni	Raccolta delle dichiarazioni dal personale interessato	31dicembre 2018	Dirigenti responsabili	N°delle dichiarazioni raccolte
	Aggiornamento, sulla base del modello Agenas della dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti, della dichiarazione resa dal personale che svolge attività a maggior rischio di corruzione, per escludere/gestire i rapporti tra gli operatori coinvolti nel processo decisionale ed i soggetti con i quali sono stati stipulati contratti, o sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici e non o sottoposti a controlli ai fini della verifica di eventuali relazioni di parentela o affinità o di interesse economico, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato.	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. gestione del personale; RPC	Modelli predisposti
	E' stato costituito il Nucleo Ispettivo Aziendale, , che ha fra i suoi compiti “ il controllo trimestrale a campione su almeno 30 mandati di pagamento, prevedendo la ricostruzione a ritroso di tutti i procedimenti che hanno dato luogo agli stessi per verificarne la correttezza formale e sostanziale”, anche ai fini anticorruptivi.	annuale	Il coordinatore del Nucleo ispettivo	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate

Attività carattere generale

Attività carattere generale				
Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
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
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 Determine 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 Determina dirigenziale di liquidazione dei Responsabili dei Centri di responsabilità, fanno eccezione le spese indifferibili ed urgenti, liquidate mediante cassa Economale, nei limite 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
	Tutte le procedure sotto soglia, ove presente il meta prodotto, vengono espletate tramite procedure telematica (MEPA). Tutte le fasi delle gare sono sempre seguite da almeno due persone, anche la verifica dell'anomalia. E' stato predisposto modello per la dichiarazione di non incompatibilità dei componenti delle commissioni di gara, firmato ed inserita dichiarazione a verbale e riportato nelle delibere di nomina delle commissioni e delle aggiudicazioni. Sono stati attivati, attraverso idonea modulistica, dei percorsi di raccolta del fabbisogno. Sono sempre fatti i controlli dei requisiti delle ditte aggiudicatrici così come previsto dal codice. Le funzioni di RUP sono state assunte anche da altri dipendenti della U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi in modo da distribuire le gare ed evitare la concentrazione in un unico soggetto di tali funzioni e sostanzialmente un maggiore controllo Nell'UO Area Economica, 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 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). Tutte le integrazioni e modifiche ai bandi di gara devono essere assunte con DDG. 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.. 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),			

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.	31 dicembre 2019	DEC	Numero dei modelli predisposti
	Completamento dell'addestramento del personale addetto alla verifica dell'"avvenuta prestazione"	31 dicembre 2019	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	Pubblicazione entro il 30 aprile 2019

9. Misure trasversali e/o esclusive

Di seguito sono indicate le misure da prendere o da migliorare, sia trasversali che esclusive per le aree individuate, per prevenire e ridurre il rischio corruzione				
Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno				
Assunzioni a tempo indeterminato e determinato Rischio medio-alto	I requisiti per i concorsi per l'accesso del personale sono ben definiti a livello nazionale, occorre monitorare con attenzione che non siano disattesi, (ad esempio il PNA ricorda la coerenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di evitare reclutamenti di candidati particolari).			
	La partecipazione ai concorsi di personale già in forza con contratti a tempo determinato nei servizi, è sicuramente una criticità, in particolar modo per le U.O. che per dimensioni e modalità operative prevedono la contiguità con il Responsabile, che necessariamente deve essere il Presidente della Commissione. E' opportuno in tal caso nella nomina della commissione prestare la massima attenzione, prevedendo almeno un autorevole membro esterno.			
	Monitoraggio ricorsi/sospensione del concorso, verifica procedimento	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero dei ricorsi/sospensioni Numero di non conformità riscontrate
Stipula di contratti professionali Rischio alto	Più delicata è l'attribuzione di incarichi professionali, che si presta ad una maggior discrezionalità, comunque sono già previsti avvisi pubblici e procedure di comparazione, secondo il regolamento aziendale recentemente adottato.			
	Monitoraggio degli incarichi esterni attribuiti e controllo a campione su alcuni di essi per verificare tutto il percorso che ha portato al conferimento.	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero di controlli effettuati Numero di non conformità riscontrate
Progressioni di carriera Rischio medio	Nella valutazione complessiva ai fini dell'indennità di risultato nonché delle progressioni di carriera sono stati penalizzati, così come previsto dal PTPC, gli operatori che sono incorsi in provvedimenti disciplinari.			
Sostituzioni art. 18	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	Prevedere la costituzione di apposita Commissione per la valutazione delle istanze presentate	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Modifica regolamento
Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali.	Aggiornamento del regolamento, comprendendo anche la regolamentazione del part time e dei rapporti non esclusivi	31 dicembre 2019	Dirigenti U.O. Risorse Umane	Regolamento aggiornato
Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto (comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture)				
Gli acquisti sono regolati dagli strumenti della programmazione aziendale: ✓ 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 2018/2020; ✓ 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)	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.			
	Perfezionamento dei modelli per la raccolta dei fabbisogni ed omogeneizzazione delle richieste	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero dei modelli predisposti
	Verifica Regolamento Aziendale adottato	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Regolamento adottato

	Formazione/istruzione del personale sulle procedure di acquisto per il necessario scambio di informazioni/esigenze fra il personale sanitario richiedente e quello amministrativo che effettua l'ordine	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. .Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di operatori formati
	Negli atti di indizione della gara 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			
Procedure di gara previa pubblicazione del bando (o avviso esplorativo)	Stato attuale: - 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. - 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.			
Procedure di gara senza previa pubblicazione del bando				
Attività verifica e controllo requisiti fornitori / appaltatori	- 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.			
Selezione del contraente	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.			
Autorizzazione al subappalto (compresa la fase di verifica dei requisiti in capo al subappaltatore)	L'autorizzazione al subappalto può essere concessa nei termini previsti dalle norme vigenti previa sottoscrizione anche da parte del subappaltatore del protocollo di legalità	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Numero di protocolli sottoscritti/numero di sub appalti concessi
Di seguito sono indicate alcune delle misure per la verifica di anomalie e di prevenzione tratte dall'aggiornamento del PNA da adottare nel triennio di valenza del Piano che possono essere applicate utilmente all'organizzazione dell'Azienda USL Umbria 1				
	Verifica ricorso a procedure di urgenza	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: procedure di urgenza/numero gare
	Proroghe dei contratti non previsti in sede di gara o con gara non istituita	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: contratti prorogati e quelli esitati in gara
	Verifica valore degli appalti affidati tramite procedure non concorrenziali (affidamenti diretti, cottimi fiduciari, procedure negoziate con e senza previa pubblicazione del bando di gara) riferiti alle stesse classi merceologiche di prodotti/servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Verifica valore annuo appalti per classi omogenee affidati tramite procedure concorsuali
	Il RUP sei mesi prima della scadenza dei termini utili per predisporre la tipologia di gara richiesta, richiede tutte le informazioni necessarie per iscritto agli interessati	annuale	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: richieste effettuate nei tempi previsti/numero gare espletate
	Predisposizione procedura che 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	31/12/2019	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta

	Procedura per la predisposizione di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione Nel 2018 è stato definito il regolamento per la predisposizione degli elenchi degli avvocati per la tutela legale dipendenti.	31 dicembre 2019	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 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
	Aggiornamento dichiarazioni rese dai commissari, definizione procedura per la creazione di albi del personale interno per svolgere le necessarie attività dalla predisposizione del capitolato all'assegnazione della fornitura/servizio	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Attività Tecniche - Acquisti Beni e Servizi	Procedura predisposta
	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
Gestione dei contratti	Piani di controllo sui Servizi, oltre agli interventi programmati che vengono fatti in collaborazione con il "Gruppo tecnico per i servizi esternalizzati" 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.	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 . Nel 2019 le determine saranno adeguate alle segnalazioni di cui sopra

Gestione lavori pubblici (ampliamento, ristrutturazioni, nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie)				
I lavori da effettuare sono svolti sulla base del programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995.				
Affidamento incarichi professionali Rischio: medio alto	Gli incarichi devono essere conferiti con la procedura applicabile a secondo gli importi, è preferibile utilizzare bandi pubblici, evitando per quanto possibile l'affidamento diretto, devono essere contattati almeno 5 soggetti, anche utilizzando l'albo regionale dei professionisti	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti
Affidamento lavori Rischio: Alto	Valgono le stesse regole riportate per l'acquisizione di beni e servizi.	annuale	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Rapporto fra gli affidamenti diretti e il numero totale di affidamenti Rapporto fra gli importi dei lavori affidati diretti e il numero totale di affidamenti compresi quelli relativi agli accordi quadro
Manutenzione edifici, impianti ed apparecchiature				
Manutenzione edifici/impianti ed apparecchiature elettromedicali Rischio: alto, medio per importi fino a € . 5.548.000	I principali lavori di manutenzione sono affidati mediante l'adesione alla gara CONSIP MIES ed accordi quadro. L e ditte devono essere preferibilmente individuate all'inizio dell'anno con la procedura applicabile a secondo gli importi, ma è preferibile utilizzare bandi pubblici.			
	Definizione di una procedura di controllo a campione sulle fatture emesse dalla ditta fornitrice	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi e U.O .Patrimonio	Predisposizione procedura
	Predisposizione degli albi dei fornitori	31 dicembre 2019	Responsabile U.O. Attività tecniche - Acquisiti beni e servizi	Numero di albi predisposti
	E' prevista la sottoscrizione da parte dei fornitori del protocollo di integrità			

Gestione patrimonio immobiliare				
Gestione patrimonio immobiliare acquisti /alienazioni, affitti attivi/passivi Rischio: medio	Si procede agli acquisti o al reperimento in affitto dei locali mediante avviso pubblico e solo in casi particolari alla negoziazione diretta con il proponente, così come per l'alienazione degli immobili e/o loro cessione in affitto.			
	Sono stati predisposti i regolamenti per l'inventario dei beni mobili e di quelli immobili, di prossima emissione quello di gestione dei beni immobili.			
	Prima di procedere al rinnovo degli affitti occorre verificare la congruenza con i prezzi di mercato, anche tenendo conto di eventuali esigenze particolari, ed acquisire una relazione da parte del Dirigente responsabile dell'U.O. che utilizza i locali per verificare il grado di adeguatezza degli stessi.	annuale	Responsabile U.O. Patrimonio	Rapporto fra il numero delle verifiche effettuate e gli affitti rinnovati
Gestione liste di attesa				
<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: · Gestione Blocco Operatorio · Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato · Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmata 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). E' stato predisposto il regolamento delle RSA a ciclo breve con accesso dei Medici di Medicina Generale e in via di definizione quelli aziendali per le RSA e le Residenze Protette. E' stato definito, già con il rinnovo delle convenzioni nel 2014, uno schema unico aziendale per gli accordi contrattuali con le Residenze Protette, con le Strutture Socio-Riabilitative e con gli Istituti Riabilitativi ex-art. 26 della L. 833/78. Non si è ritenuto necessario provvedere alla rotazione dei componenti delle Unità di Valutazione Multidisciplinari (UVM) data numerosità dell'equipe, presenza di componenti nominati da altri Enti (Comune), integrazione dell'equipe con i referenti territoriali che propongono i casi in discussione, processo regolamentato da criteri definiti a livello regionale ed aziendale. E' in corso la sperimentazione delle prenotazioni on line. <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: http://intranet.uslumbria1.it/index.php/modulistica/category/215-procedure-general-aziendali				

Liste di attesa	Con delibera del DG n. 744 del 27/06/2016 è stato adottato il "Piano Aziendale per il contenimento delle liste d'attesa per le prestazioni specialistiche ambulatoriali"			
	Verifica del rispetto dei criteri definiti nelle procedure adottate	annuale	Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
	Riduzione della percentuale delle prestazioni accettate rispetto a quelle prenotate.	annuale	Dirigenti responsabili	Rapporto fra le prestazioni prenotate e quelle accettate
	Informatizzazione delle liste di attesa a livello distrettuale consultabili dal cittadino che ne fa richiesta.	annuale	Dirigenti responsabili	Numero delle liste di attesa predisposte
	Definizione delle modalità per fornire al cittadino informazioni sullo stato di avanzamento della propria domanda	Annuale	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
Enti/Aziende Controllate e/o Partecipate				
Strutture Controllate e Partecipate	La società controllata Umbria Salute scrl ha adottato il Modello di organizzazione, gestione e controllo a norma del D.Lgs.n. 231/2001 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica". Il documento assieme al Codice etico della società è stato pubblicato sul proprio sito web, ha successivamente nominato i Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (incarichi attualmente ricoperti da una unica persona) e adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza. Con delibera del DG n. 1421 del 26/10/2017 è stato preso atto e approvato lo schema di convenzione per "controllo analogo congiunto su Umbria digitale scrl e schemi patti parasociali tra i soci di Umbria digitale scrl, Regione e Aziende Sanitarie, per l'esercizio di controllo analogo", finalizzato al rispetto di cui alla delibera ANAC del 20/09/2017 Allo stesso modo la società partecipata Prosperius Tiberino ha adeguato il proprio sito, implementando l'apposita sezione: "Società trasparente".			

	Verifica formale semestrale dell'assolvimento degli obblighi di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza posti in carico alle società controllate/ partecipate (Legge 190/12, D.Lgs 33/2013 e Dlgs. 175/2016)posti in carico alle società controllate/partecipate (D.Lgs 33/2013 e e Dlgs. 175/2016) La verifiche sono state effettuate e tutto hanno data esito positivo	31 maggio e 30 novembre	Responsabile Prevenzione Corruzione e Responsabile Trasparenza	Verbale delle non conformità riscontrate
Strutture convenzionate				
Case di cura accordi contrattuali	La nostra Azienda, anche per l'anno 2018 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. 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: _ Anomalie relative ai dati anagrafici; _ Anomalie di attribuzione del DRG; _ Anomalie di tariffazione. 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. 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: - 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"			

	Controlli per la verifica del rispetto e del permanere dei criteri di accreditamento	1 gennaio - 31 dicembre	Coordinatore Nucleo Ispettivo (Responsabile ISP) e Responsabile Programmazione Sanitaria e Gestione Flussi Informativi	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Specialistica convenzionata	Controllo formale sulle richieste dei MMG e verifica tra le prestazioni rese ed il fatturato della specialistica			
	Aggiornamento della procedura esistente a seguito della ricetta dematerializzata con verifica dei criteri di validazione delle prestazioni e di soddisfazione dell'utente ed inserimento clausole a tutela del cittadino utente. L'entrata in vigore del Reg. EU 679/2016 (GDPR) ha reso alquanto complesso organizzare un sistema di rilevazione del grado di soddisfazione dell'utente che presenti garanzie sufficienti a tutelare il diritto alla privacy dell'interessato. Si è pensato, quindi, di cambiare approccio; con il supporto dell'Ufficio URP Aziendale, si è proceduto a valutare congiuntamente i reclami che gli utenti presentano all'Azienda a seguito di prestazioni rese in regime convenzionale dalle strutture private accreditate, per individuare le criticità ed, eventualmente, proporre azioni correttive. La procedura di verifica dei criteri di validazione delle prestazioni rese a seguito di prescrizioni dematerializzate non è ancora conclusa.	Annuale	Responsabili servizi interessati	Predisposizione procedura

	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	Annuale	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
Attività Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)	Sensibilizzazione ad aderire a protocolli informatici per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (cancellazione deceduti e immigrati per recupero quote)	31/12/2019	Responsabili servizi interessati	Verifica disponibilità tabulati
	E' in corso di definizione la procedura per l'effettuazione dei controlli a campione dei riepiloghi delle PIIP (prestazioni di particolare impegno) dei MMG e PLS inseriti nella procedura informatizzata".			
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 garantiti (elenco 2 e 3), come disposto dalla DDG 450/2015. Sono state definite le modalità operative per assicurare la corretta informazione all'utenza in ordine all'elenco dei fornitori autorizzati con atto regionale (modifica modulistica nota Direttore sanitario prot. n. 80912 del 2/9/2015). Sono già state definite e realizzate procedure e modalità di attivazione della CNS in ogni sede distrettuale			

	Aggiornamento modello Autorizzativo secondo il nuovo programma informatico alle più recenti delibere regionali (DGR 332 e 527/2015) con informazioni a fornitori e assistiti	31 dicembre 2019	Dirigenti responsabili	N° dei modelli predisposti
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)			

Libera professione			
Libera professione Rischio: alto	E' stato ridefinito il regolamento aziendale sulla base di quello regionale, le prenotazioni e i pagamenti avvengono tramite CUP, i professionisti che svolgono l'intramoenia allargata sono stati dotati di POS, in alternativa non possono accettare contanti ma solo assegni. . L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema della gestione delle liste di attesa ed alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni è un'area di rischio di evidenti possibili comportamenti opportunistici. E' in corso di aggiornamento il nuovo regolamento sulla libera professione che disciplinerà e declinerà dettagliatamente anche gli aspetti legati alla verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento. Previa negoziazione, da parte della Direzione Aziendale, dei volumi di attività in Alpi in relazione agli obiettivi aziendali ed alla individuazione degli spazi a tal fine utilizzabili, l'Azienda ha adottato, con atto n. 740/2014, il Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria, (in applicazione delle linee guida emanate a tale titolo dalla Regione Umbria con DGR n. 402/2014) che ne ha capillarizzato tutte le fasi, dalla autorizzazione alla fatturazione e disciplinato le modalità di vigilanza e controllo. Nello specifico gli uffici preposti controllano periodicamente e sistematicamente: ✓ che il professionista in LP effettui l'attività secondo le modalità di cui al regolamento adottato ✓ la corrispondenza delle visite effettuate con gli incassi aziendali Sono stati attivati procedimenti disciplinari a seguito di comportamenti scorretti per le attività di libera professione, come conseguenza degli stessi è stata sospesa l'autorizzazione a svolgerla.		
	Verifica prenotazione attività		Ufficio Libera Professione Responsabili servizi interessati
	Definizione dei criteri per il controllo del rispetto dei requisiti igienico sanitari delle strutture utilizzate, assenza di conflitto di interesse fra il professionista ed il gestore dello studio, rispetto degli orari autorizzati, verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento.	31 dicembre 2019	Ufficio Libera Professione
	Verifica dei criteri sopra definiti. In sede di autorizzazione e/o campione	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili

Gestione sperimentazioni cliniche				
Gestione sperimentazioni cliniche	E' stato revisionato il regolamento aziendale per sperimentazioni cliniche			
	<i>Autorizzazione visione dispositivi medici.</i> Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti , non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Ciononostante, la continua evoluzione dei dispositivi e l'innovazione costante dei prodotti farmacologici, pur nel rispetto della deontologia medica e sempre nell'ambito dell'appropriatezza, meritano, se non altro , particolare attenzione.			
	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.			
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
	Aggiornamento dei protocolli e definizione per le principali attività di check list di controllo	31 dicembre 2019	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
	Aggiornamento dei protocolli e definizione per le principali attività di check list di controllo	31 dicembre 2019	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte

Distretti Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	Controlli da parte dei distretti su tutti gli aspetti della strutturazione sul territorio e dell'erogazione dell'assistenza medico generica.	1 gennaio – 31 dicembre	Responsabili dei Distretti	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
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”.			
	Completare la prevista centralizzazione dei magazzini	E' in corso di svolgimento la gara centralizzata		
	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	Sono stati adottati i regolamenti per il funzionamento del CUP,(in ogni sede è prevista la possibilità di pagare anche con bancomat e carta di credito), per il recupero crediti e del ciclo attivo. Il bollettino per il pagamento viene inviato a seguito del documento contabile; è attivo servizio regionale di recalling che consente la messa a regime per l'applicazione del comma 15 art. 3 Decreto Legislativo 124/ 1998. Negli ambulatori deve essere effettuato il controllo preventivo dell'avvenuto pagamento della prestazione. <i>Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni</i> .Premesso che l'implementazione informatica degli strumenti attualmente in uso è l'auspicabile sviluppo cui l'Azienda tende per evitare i possibili rischi corruttivi legati a tali fattispecie, per il recupero dei ticket “codice bianco” di Pronto Soccorso (ex Legge 296/2006) sono attualmente applicate delle procedure consolidate che regolano il percorso dai Pronto Soccorso alle Unità Operative Amministrative deputate alla spedizione degli inviti al pagamento e alla ricostruzione degli incassi. Quanto sopra è la necessaria evoluzione per evitare fenomeni “mal funzionamento” verificatisi in particolare negli anni 2010/2012 . Più impegnativo riguarda il recupero del costo per le altre prestazioni. Al fine di migliorare, la collaborazione tra la Direzione Amministrativa e le Direzioni Sanitarie di Presidio, per lo sviluppo delle procedure di controllo in ordine al rapporto tra esami clinico-chimici e ricoveri ospedalieri, con atto n. 1443 del 28/12/2015 è stata approvata una specifica linea guida, che ha standardizzato le diverse fasi del processo, per assicurare l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero. In base a tale linea guida le Direzioni Sanitarie, con cadenza periodica, riscontrano la corrispondenza degli esami di laboratorio prodotti in favore di singole Unità Operative ospedaliere. 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.			
	Verifica corrispondenza fra erogato ed incassato.	Annuale	Responsabili dei servizi	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	<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. 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. 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. 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.			
	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	In Azienda è stata costituita l'Avvocatura interna e “Affari Legali e del Contenzioso” che patrocinia direttamente gran parte del contenzioso, eccezion fatta per il contenzioso collegato a malpractice sanitaria che afferisce all'Unità Operativa “Affari Generali, Istituzionali e Gestione legale dei sinistri”. Gli incarichi agli avvocati esterni vengono conferiti secondo i criteri stabiliti nel regolamento approvato con DDG n. 648/2016 “Regolamento per l'attività legale e la tutela in giudizio dell'Azienda”. 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			
	Monitorare l'affidamento 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. ADEMPIMENTI IN MATERIA DI TRASPARENZA

a) Accesso

L'entrata in vigore del D.Lvo 25.05.2016 n. 97 che ha introdotto il FOIA (Freedom of Information Act), detto "diritto di accesso universale", ha comportato l'arrivo alla USL di richieste di accesso civico e civico generalizzato complesse ed articolate da parte dei cittadini, sempre più informati della materia. Ciò anche grazie al nuovo Regolamento sull'accesso pubblicato nella Sezione "Amministrazione Trasparente" del Sito aziendale, unitamente alla relativa Modulistica, che ha semplificato e chiarito maggiormente agli utenti le azioni da intraprendere.

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 alla Pubblica amministrazione.

Nel corso dell'anno 2018 sono pervenute n. 7 richieste di accesso generalizzato e n. 1 di accesso civico semplice. Per quanto riguarda la richiesta di accesso civico semplice, aveva 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". In un caso di accesso generalizzato l'Amministrazione si è trovata costretta ad applicare detto articolo e di ciò il richiedente ha preso atto.

b) Obblighi di pubblicazione

Il monitoraggio sulle pubblicazioni obbligatorie da parte dei Servizi competenti rileva che l'addestramento del personale individuato dai Dirigenti dei Servizi per la pubblicazione in autonomia è stato utile, anche se, tutt'ora, viene fornito un costante supporto sia giuridico sia tecnico al personale ed ai Dirigenti. Tutto ciò, nonostante il collocamento a riposo delle due unità lavorative a ciò preposte, che ha comportato una riorganizzazione a livello di

competenze della UO Affari Generali Istituzionali e Gestione Legale Sinistri, preposta a tale attività.

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

Le verifiche sono state effettuate nei confronti di “Istituto Prosperius Tiberino” e nei confronti di “Umbria Salute SCARL”. Per quanto riguarda le verifiche nei confronti della Società “Umbria Digitale Scarl”, la detenzione da parte della Regione dell’Umbria di oltre il 76,92% del capitale, comporta che il controllo sia effettuato dai competenti uffici della Regione medesima.

c) Rapporti tra RPCT e RDP a seguito del Regolamento UE 2016/679 e del D. Lgs. 101 del 10/8/2018

In ottemperanza al Regolamento Europeo per il Trattamento dei Dati personali n. 679/2016, entrato in vigore il 25/5/2018, è stato nominato il Responsabile per la Protezione dei Dati Personali nella figura del Dr. Fausto Chionne, già Responsabile della UO Fisica Sanitaria dell’Azienda.

L’Azienda, consapevole della raccomandazione del Garante Privacy volta ad evitare che il RPD coincida con il RPCT (nella USL Umbria 1 il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è l’Ing. Tullio Tavernelli e il Responsabile della Trasparenza è l’Avv. Giulia Silvestri), ha orientato comunque la sua scelta verso una professionalità interna, che fosse in possesso del livello di conoscenza specialistica e delle competenze richieste dall’art. 37, par. 5, del RGPD e che non si trovasse in situazioni di conflitto di interesse con la posizione da ricoprire ed i compiti e le funzioni da espletare. Ciò anche al fine di contenere i costi aziendali.

Il RPD collabora strettamente con il Responsabile della Trasparenza fornendo 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».