



Piano Triennale  
della  
**PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E  
DELLA TRASPARENZA**

**2017 – 2019**

## Indice

1. Premessa	pag. 1
1.1 Acronimi e definizioni	pag. 1
2. Scopo del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della trasparenza	pag. 2
2.1 Definizione di corruzione	pag. 3
3. Riferimenti normativi	pag. 3
4. Campo di applicazione	pag. 3
5. Analisi dei contesti	pag. 4
5.1 Contesto esterno	pag. 4
5.2 Contesto interno	pag. 6
5.3 Conclusioni	pag. 11
6. Le figure della Prevenzione della Corruzione	pag. 12
6.1 La Direzione Aziendale	pag. 12
6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione	pag. 12
6.3 Il Responsabile della Trasparenza	pag. 14
6.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione	pag. 15
6.5 I Dirigenti	pag. 17
6.6 Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno	pag. 17
6.7 Ufficio Procedimenti Disciplinari	pag. 17
6.8 Dirigente della Formazione e Sviluppo risorse	pag. 18
6.9 Dipendenti e collaboratori dell'amministrazione	pag. 18
7. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	pag. 19

7.1 Fase preparatoria	pag. 21
7.2 Criteri per la valutazione del Rischio	pag. 23
7.3 Gestione dei rischi	pag. 27
7.4 Valutazione del rischio	pag. 28
8. Attività carattere generale	pag. 29
9. Misure trasversali e/o esclusive	pag. 44
10. Programmazione della Trasparenza	pag. 61
11. Focus su “obblighi di pubblicazione” - modifiche	pag. 63

#### *ALLEGATI*

- allegato 1: “Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e dei Responsabili della individuazione/ elaborazione/ pubblicazione dei dati”;
- allegato 2: “Riepilogo attività comunicate dalle Unità Operative e relativa analisi del rischio”;
- allegato 3: “Patto di Integrità Azienda USL Umbria 1 e Fornitori”;
- allegato 4: “Patto di Integrità Azienda USL Umbria 1 ed Associazioni di Volontariato”;
- allegato 5: “Modulo per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi da parte dei Cittadini”.

## 1. Premessa

Il presente documento, costituisce l'aggiornamento del Piano Triennale aziendale, della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (adottato con la Delibera del Direttore Generale n° 1097 del 24/12/2013, e revisionato con la n° 95 del 02/02/2015).

Apporta le modifiche dettate dal feedback ricevuto dai gruppi di lavoro delle aree a maggior rischio, durante il corso di formazione su campo "Prevenzione della Corruzione: Sviluppo del Piano di Controllo", già in parte contenute nel Piano 2016-18 adottato con la Delibera n° 122 del 03/02/2016).

Cerca inoltre di rispondere in maniera compiuta:

- a quanto modificato dal D.Lgs. 97/2016 «*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*»,
- a quanto previsto dall'Autorità Nazionale Anticorruzione sia con la Delibera n° 831 del 3 agosto 2016 «*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*», sia con le Linee Guida del 28/12/2016 ( Delibera n°1310 «*Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016 e Delibera 1309 «Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co.2 del d.lgs. 33/2013 »*

### 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
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

PTTI	Programma Triennale Trasparenza e Integrità
RASA	Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante
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 PNA, è costituito da step successivi che partono dal riesame di quanto fatto per svilupparlo e migliorarlo ed in caso di necessità cambiarlo; rappresentano un punto di riferimento e lo stimolo di un continuo miglioramento ma non certo un traguardo.

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

Sia i Piani nazionali che quelli aziendali stanno accompagnando l'evoluzione organizzativa dell'Ente, sono parte integrante dei regolamenti che disciplinano il rapporto dell'Azienda sia con i propri dipendenti, che con i soggetti esterni.

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

Le misure sono state elaborate nel rispetto dell'organizzazione aziendale e dei vincoli di bilancio per permettere la loro effettiva realizzazione nei tempi e nelle modalità previste. Nelle note vincolanti sia per gli obiettivi di Budget 2016 che per quelli 2017, 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.

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

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

La trasparenza riveste un rilievo fondamentale per la prevenzione della corruzione, in quanto, la sua corretta applicazione favorisce la promozione dell'integrità e lo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività.

## **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 del 21/12/2016 prot. 99191 "Piani triennali della Prevenzione della Corruzione nelle pubbliche Amministrazioni. Analisi del contesto esterno" e lo studio della Fondazione Antonino Caponetto, mentre il contesto interno è stato elaborato sulla base dei contenuti dell'Atto aziendale e della Relazione di attività 2015.

### 5.1 Contesto esterno

Si riporta di seguito la nota della Prefettura di Perugia:

*"In riferimento alle richieste di supporto tecnico per l'analisi del contesto esterno da tenersi in considerazione nell'aggiornamento del piano triennale 2017/2019 per la prevenzione della corruzione, si forniscono i seguenti elementi conoscitivi. Le evidenze processuali e l'analisi dei risultati delle attività info-investigative svolte dagli organi competenti, non indicano un radicamento strutturato della criminalità organizzata sul territorio provinciale che si caratterizza, prevalentemente, dalla commissione di reati classificabili nel novero della cosiddetta "criminalità diffusa". Tuttavia a conferma che le caratteristiche socio-economiche territoriali possono costruire condizioni favorevoli ai tentativi di infiltrazioni, si sono registrate presenze ed interessi delle mafie che attraverso il riciclaggio e/o il reimpiego di illeciti proventi, in particolare provenienti dal mercato della droga, insinuano la locale economia legale. In particolare le attività di contrasto alla penetrazione della criminalità organizzata nel tessuto economico, nell'evidenziare l'interesse di esponenti ritenuti organici a consorterie mafiose nei settori economico-commerciali (edilizia, ristorazione, ricettivo-alberghiero), hanno registrato nondimeno l'assenza di indizi sintomatici di condizionamento dell'attività delle pubbliche amministrazioni. Sotto il profilo della prevenzione sono stati disposti rigorosi controlli interforze di natura amministrativa su attività commerciali e luoghi di aggregazione giovanile. Nel corso del 2015 e 2016 sono stati adottati 10 e 5 provvedimenti di interdittive antimafia nei confronti di imprese aventi sede in questa provincia, nella maggior parte riconducibili a soggetti collegati ad ambienti della criminalità organizzata 'ndranghetista. Dall'analisi dell'andamento della delittuosità e degli elementi informativi forniti dalle forze di polizia, emerge che l'incidenza dei reati contro la pubblica amministrazione non assume particolare rilievo sul territorio provinciale e la linea di tendenza non sembra essere mutata nel corso del 2016. Nel biennio 2014/2015 il numero delle denunce per reati riferiti al particolare settore risultano prevalentemente connessi ad episodi di peculato ed abuso di ufficio, laddove viceversa è pressochè irrilevante per quanto riguarda i reati di corruzione, concussione, turbata libertà degli incanti e frode di pubbliche forniture. Viene segnalato tuttavia, un leggero incremento nel 2015 delle deleghe di attività di indagine da parte dell'Autorità Giudiziaria per reati in materia di appalti nonché delle segnalazioni e denunce nello stesso ambito.*

Si ritiene utile riproporre un'ampia sintesi delle " *Analisi delle infiltrazioni criminali in Umbria*" della Fondazione Antonino Caponetto, che da quando è nata, segue con attenzione i fenomeni criminali ed esamina i fatti di cronaca avvenuti.

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

*In Europa ha particolarmente pesato il debito pubblico dei singoli stati membri che ha costretto ad interventi di rientro dai disavanzi. Anche l'Italia ha fortemente risentito di una serie di manovre finanziarie tendenzialmente restrittive. Tale quadro economico in crisi rappresenta il terreno ideale per l'infiltrazione criminale di tipo mafioso mirante all'investimento di soldi provenienti dalle attività illegali.*

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

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

## *Conclusioni*

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

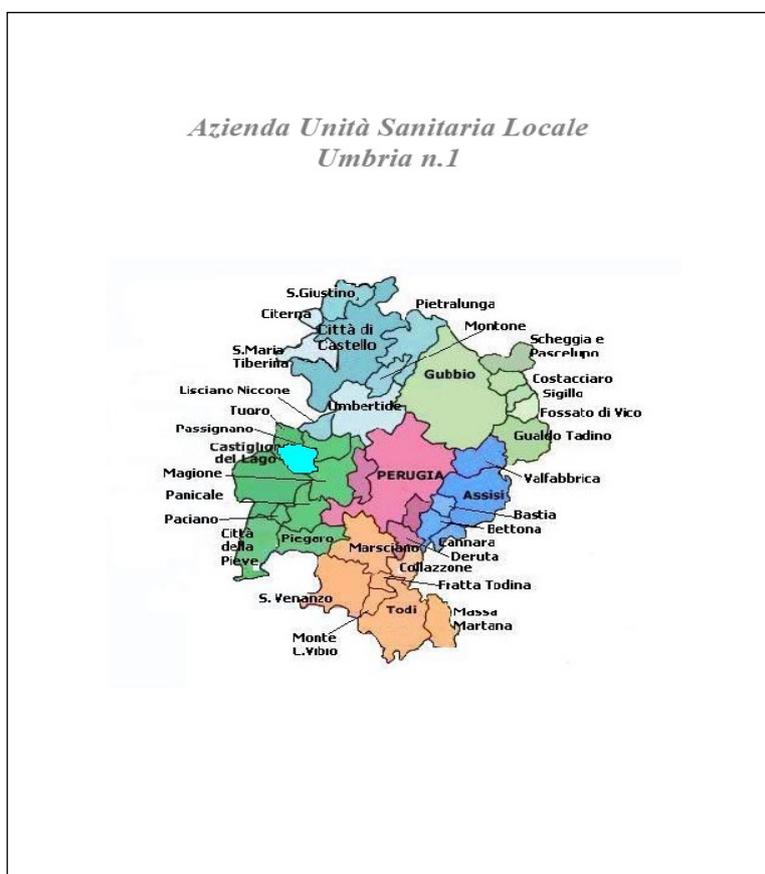
*L'elenco parziale delle principali operazioni e di alcuni fatti significativi deve risvegliare in noi la massima attenzione, così come le relazioni della DNA e della DIA. Il fatturato plausibile delle varie organizzazioni criminali è stimabile per l'Umbria tra i 2 ed i 3 miliardi di euro, prendendo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

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

## 5.2 Contesto interno

La descrizione completa dell'azienda e della sua organizzazione è consultabile all'indirizzo: <http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/atti-generalis>, (atto Aziendale) e dalla Relazione sanitaria 2015.

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 505.912 abitanti, (dati ISTAT al 01/01/2015) ed una superficie complessiva di 4.298,38 Km<sup>2</sup>, dove insistono 38 Comuni.



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**.

L'organo consultivo dell'Azienda che svolge le funzioni in materia tecnica e sanitaria ad esso attribuite dalle leggi statali e regionali e dalle altre norme di organizzazione aziendale, è il **Consiglio dei Sanitari**, i cui pareri sono obbligatori e non vincolanti. Il Direttore è tenuto a motivare i provvedimenti resi in difformità dal parere reso dal Consiglio dei Sanitari.

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

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

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

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

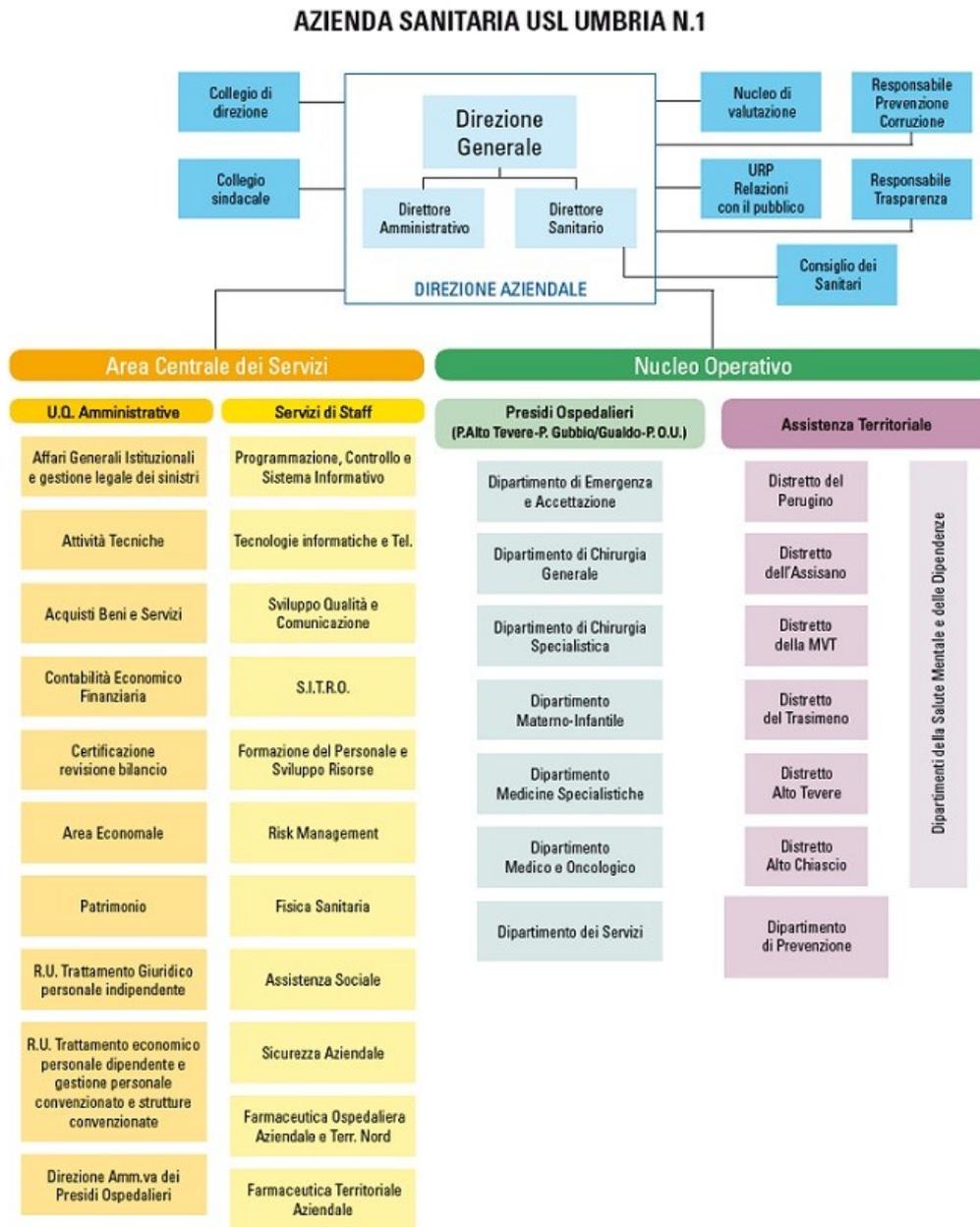
Adotta la programmazione come principale strumento di gestione mediante :

- a) il piano attuativo locale previsto dall'art. 14, LR 11/2015;
- b) il documento di programmazione e il bilancio pluriennale di previsione;
- c) il bilancio preventivo economico annuale;
- d) il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti;
- e) i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali;
- f) il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'art. 15 della LR 11/2015 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;
- g) il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995.
- h) gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate
- i) i contratti integrativi disciplinanti il rapporto di lavoro
- j) gli accordi con i medici convenzionati
- k) gli altri atti previsti dalla legislazione regionale

I dirigenti attuano gli obiettivi e 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 dal 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 4 Ospedali di Territorio e un Centro Ospedaliero di Riabilitazione Intensiva (CORI). Tutti i Presidi Ospedalieri sono organizzati secondo il modello dipartimentale.

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

Il territorio è suddiviso in 6 **Distretti**



**Distretto Perugino**

**Distretto Assisano**

**Distretto Media Valle del Tevere**

**Distretto Trasimeno**

**Distretto Alto Chiascio**

**Distretto Alto Tevere**

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.

Ha una dimensione territoriale tale da garantire un'ampia presenza di servizi territoriali e di operatori, in modo da caratterizzarsi come soggetto di negoziazione con la direzione aziendale e di interlocuzione con il sistema del governo locale. Nel territorio opera il Dipartimento di Salute Mentale

### **I Sistemi di Programmazione e Controllo**

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

In particolare, il **Budget** permette:

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

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

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

La 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.

Il PAC della Regione Umbria, partendo dagli esiti della Valutazione straordinaria delle procedure amministrativo-contabili, dai requisiti comuni, dalle attività che sono state sviluppate allo scopo di perfezionare gli strumenti amministrativo-contabili regionali ed aziendali, ha previsto una serie di obiettivi e di conseguenti azioni (scadenzate nel triennio di validità), volte alla definizione per le Aziende Sanitarie regionali, per la GSA e per il consolidato di un modello di organizzazione, gestione e controllo costituito da un insieme di regole e procedure che consentano (attraverso un adeguato processo) misurazione, gestione e monitoraggio dei principali rischi.

Con il fine di redigere i regolamenti e le procedure previsti nel cronoprogramma dal PAC, sono stati costituiti appositi gruppi di lavoro composti da professionisti aziendali esperti nelle materie oggetto di studio (a garanzia della rappresentatività dei profili di conoscenza richiesti e del rispetto delle peculiarità aziendali), e che in maniera sinergica con il gruppo di coordinamento regionale, hanno provveduto alla stesura delle linee guida.

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.

### **5.3 Conclusioni**

L'Azienda USL è fortemente radicata e collegata al territorio, (è la più grande realtà produttiva), composto in larga parte da comunità medio piccole, caratterizzate da forti campanilismi; in Umbria solo 2 comuni superano i 100.000 abitanti ed altri i due i 40.000, equamente divisi fra le due ASL territoriali. I Servizi dell'Azienda sono erogati in ben 180 strutture pertanto c'è una fortissima interazione fra cittadini ed operatori, questo rappresenta allo stesso tempo il maggior punto di forza e di debolezza dell'Ente; infatti da una parte c'è un forte controllo sociale rafforzato dal senso di appartenenza alla comunità

degli operatori sui fenomeni corruttivi, dall'altra parte rappresenta un rischio per l'imparziale funzionamento della pubblica amministrazione e di indebite pressioni. Le problematiche emerse sul mancato pagamento dei ticket ne è un chiaro segnale rilevatore. La spinta programmazione delle attività così come previsto dall'aggiornamento del PNA assieme alla dematerializzazione degli atti (Delibere del Direttore generale e Determine Dirigenziali) nonché l'istituzione del protocollo elettronico impedisce qualsiasi facile manomissione, che comunque rimane tracciata.

La definizione delle procedure di controllo previsto dal PAC, così come l'aver demandato al Nucleo ispettivo aziendale, opportunamente integrato, il controllo a campione su alcuni mandati di pagamento riscontrando tutti gli atti che lo hanno generato, rappresentano sicuramente efficaci misure di prevenzione della corruzione.

Il territorio non è immune da infiltrazioni della malavita organizzata e quindi è ipotizzabile il tentativo di aggiudicarsi gli appalti da parte di aziende a questa riconducibili.

## **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:

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

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

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

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione è nominato dal Direttore Generale di norma tra i dirigenti amministrativi di ruolo in servizio, è adeguatamente formato e soggetto a rotazione, il suo nominativo è comunicato alla CIVIT (Commissione

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

- l'elaborazione della proposta di piano della prevenzione della corruzione, che deve essere adottato dalla Direzione aziendale entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8 L. 190/2012), nei contenuti, che caratterizzano anche l'oggetto dell'attività del Responsabile, e sono indicati nell'art. 1, comma 9 L. 190/2012;
- la definizione di appropriate procedure per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8 L. 190/2012);
- la verifica 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);
- la verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett b L. 190/2012);
- la individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett c L. 190/2012);
- la pubblicazione sul sito web dell'Amministrazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, della relazione recante i risultati dell'attività svolta e relativa trasmissione all'organo di indirizzo politico (art. 1, comma 14 L. 190/2012);

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 l'incarico professionale di alta specializzazione "Valutazione strutturale ed impiantistica di pertinenza del Servizio di Prevenzione e Protezione aziendale", la scadenza tra i due incarichi è stata uniformata al 31/12/2018 dalla Delibera n° 963 del 14/09/2015, Con la Delibera del Direttore generale n° 1546 del 28/12/2016 è stato nominato ad interim Dirigente dell'U.O.C. Area Economale.

### **6.3 Il Responsabile della Trasparenza**

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

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

Con Delibera del 27/06/2013, n. 517, il Direttore Generale ha nominato l'avv. Giulia Silvestri Responsabile della Trasparenza, Dirigente Responsabile dell'U.O. Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri

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

Date le dimensioni territoriali e il numero dei lavoratori dipendenti e non, che collaborano con l'Azienda, in questa 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.

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

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

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

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

<b>Elenco dei referenti individuati</b>		
Nominativo		Rappresentante delle Unità Operative
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.sa Gigliola Rosignoli	Distretto del Perugino
4)	dott.ssa Rosalba Renzacci	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 Anna Paola Peirone	Programmazione, Controllo e Sistema Informativo
		Sviluppo Qualità e Comunicazione
		Sicurezza Aziendale
		Risk Management
		Fisica Sanitaria
		Certificazione revisione bilancio
8)	dott.ssa Daniela Menicucci	Contabilità Economico Finanziaria
9)	dott. Franco Cocchi	Formazione del Personale e Sviluppo Risorse
10)	dott. Alessandro Benedetti	Servizio Farmaceutico Ospedaliero
		Servizio Farmaceutico Territoriale
11)	dott. ing Barbara Gamboni	Tecnologie Informatiche e Telematiche
12)	dott.ing. Fabio Pagliaccia	Attività Tecniche
13)	dott.ssa Antonella Lipparelli	Acquisti Beni e Servizi
14)	dott.ssa Mirella Pucci	Area Economale
15)	dott.ing. Giuseppe Stefano Bernicchi	Patrimonio
16)	avv. Giulia Silvestri	Affari Generali Istituzionali e Gestione legale dei Sinistri
		I.P.A.S. Affari Legali del Contenzioso
17)	dott. Domenico Barzotti	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.)

E' previsto un incontro semestrale fra Responsabili della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e i Referenti.

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

*Con la Delibera del Direttore generale 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'UO Attività Tecniche 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.*

## 6.6 I Dirigenti

**Tutti i dirigenti** per la struttura diretta:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) 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);
- f) osservano le misure contenute nel PTPCT(art.1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- g) 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.
- h) 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.

## 6.6 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:

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

## 6.7 Ufficio Procedimenti Disciplinari

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

- svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 *bis* d.lgs. n. 165 del 2001 e art. 37 comma 5 del CNL/2015 per gli Specialisti Ambulatoriali);
- provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- propongono l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- relazionano annualmente al RPC.

Si precisa che l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari per gli Specialisti Ambulatoriali è stato istituito nel corso dell'anno 2016, con Delibera D.G. n. 586 del 23/5/2016, in attuazione di quanto stabilito dall'art. 37 comma 5 dell'ACNL/2015 per gli Specialisti Ambulatoriali.

Nel corso dell'anno 2016 sono stati aperti n. 3 procedimenti disciplinari nei confronti di tre Specialisti Ambulatoriali, sottoposti ad indagini preliminari per fatti non riconducibili a reati di corruzione.

### **6.8 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.

### **6.9 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 PTPCTe 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. Il 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 PTPCT 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 PTPCT;
- × feedback delle attività di verifica e controllo svolte;
- × suggerimenti degli organi istituzionali, di altri soggetti sia interni che esterni all'azienda.

## 7.1 Fase preparatoria

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

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

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

- *riesaminare le griglie di attività già presentate e valutate nei Piani Triennali della Prevenzione della Corruzione, verificando la loro completezza e la bontà della valutazione effettuata, suggerendo le eventuali integrazioni, modifiche e rivalutazioni;*
- *determinare le fasi maggiormente critiche per individuare i controlli da effettuare e definire i criteri e le modalità degli stessi;*
- *rivisitare i procedimenti amministrativi per permettere la loro pubblicazione sul sito aziendale, secondo le priorità definite.*

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

Nel corso dell'ultimo anno sulla scorta del PNA 2016 e dei cambiamenti normativi apportati dai Decreti attuativi della Legge 124/2015 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" proseguendo sulla linea del massimo coinvolgimento, così come auspicato a livello nazionale, per la definizione di modelli

organizzativi e procedure nel pieno rispetto dei principi della prevenzione della corruzione e della trasparenza sono stati organizzati 8 gruppi di lavoro:

- Accesso agli atti ai sensi del D.Lgs.vo 97/2016 e legge 241/90;
- Appalti ed Acquisti: Revisione Regolamento e procedure ai sensi del PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
- Rotazione del Personale e Nomine, revisione Codice di comportamento aziendale e Regolamento per l'autorizzazione e conferimento incarichi, definizione criteri per acquisire lo stato patrimoniale dirigenti e per la verifica delle autodichiarazioni dei collaboratori dell'azienda, pubblicazioni obbligatorie D.Lgs.vo33/2013 e ssmmii;
- Rapporti con i soggetti erogatori e relativi controlli secondo quanto previsto dal PNA 2016 e PTPC 2016-18 aziendale;
- Misure per l'alienazione degli immobili, definizione regolamento per l'acquisizione, cessione, locazione attiva e passiva e gestione immobili;
- Sperimentazioni cliniche e comodati d'uso/ valutazione "in prova";
- Gestione dei tempi e delle liste di attesa e dell'attività libero professionale intramoenia, verifica regolamenti in essere alla luce del PNA 2016, definizione dei criteri per i controlli e pubblicazione incassi;
- Coordinamento attività di controllo interni ed esterni. Nella bozza del PNA 2016 è ribadita più volte la necessità di effettuare controlli, molte strutture svolgono a vario titolo controlli sia all'interno dell'Azienda (U.O.: Risk management, Sviluppo Qualità e Comunicazione e Sicurezza Aziendale Nucleo ispettivo aziendale) o su strutture esterne che hanno rapporti con l'Azienda USL Umbria 1, come le strutture accreditate e/o convenzionate, (Dipartimento di Prevenzione e Distretti), nel rispetto della piena autonomia di ogni struttura occorre prevedere un coordinamento ed eventuale razionalizzazione di detta attività prevedendo per quanto di competenza un report per il RPC al fine di rispondere compiutamente nella relazione annuale da predisporre entro il 15 dicembre p.v..

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

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

- Revisione ed aggiornamento dei documenti aziendali, per la verifica della rispondenza a quanto previsto ed aggiornamento:
  - *dal Piano Nazionale Anticorruzione 2016 adottato dall'ANAC con la Delibera n. 831 del/8/ 2016*

- *dall'aggiornamento del Piano Nazionale anticorruzione adottato dall'ANAC Determinazione n. 12 del 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.

I tempi previsti, che prevedevano la conclusione dei lavori in tempo utile per la riscrittura del presente piano si sono dilatati causa gli innumerevoli impegni e l'assenza per malattia di diversi soggetti significativi. Solo alcuni gruppi hanno terminato i propri lavori, pertanto è stato deciso di rinviare ad atti aziendali ad hoc nel corso del 2017 l'adozione dei nuovi regolamenti e procedure definiti dai gruppi di lavoro.

## **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, ha ampliato la sfera delle attività a rischio rispetto a quelle riportate dal P.N.A 2013 e successivi aggiornamenti.

Con la collaborazione dei Dirigenti coinvolti nella fase preparatoria, le attività individuate per la valutazione del rischio sono state raggruppate 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 ( comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture).
3. Gestione lavori pubblici (ampliamento, ristrutturazioni, nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie).
4. Gestione patrimonio immobiliare (acquisti /alienazioni, affitti attivi/passivi).
5. Manutenzione edifici/impianti.
6. Gestione liste di attesa, (esami clinici, ricoveri, interventi operatori, inserimento utenti in strutture a gestione diretta, convenzionate/autorizzate (RP, RSA, ex art. 26 legge 833/78, strutture semiresidenziali, centri diurni, residenziali per dipendenze, psichiatriche)
7. Individuazione degli utenti aventi diritto ed assegnazione di beni (ausili e protesi ad es.) e servizi (ADI, trasporti sanitari)
8. Concessione benefici economici (PRINA, SLA, invalidità civile, 104).
9. Concessione benefici non economici (porto d'armi, patenti, certificazioni legali).
10. Libera professione.
11. Gestione sperimentazioni cliniche.
12. Gestione finanziamenti pubblici e privati, (donazioni e finanziamenti pubblici vincolati)

13. Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari e non presso terzi (convenzioni con cliniche e ambulatori privati, trasporti sanitari e non).
14. Rilascio Autorizzazioni.
15. Attività di controllo e vigilanza.
16. Spesa farmaceutica.
17. Incasso prestazioni sanitarie e non sanitarie.
18. Utilizzo spazi nelle strutture.
19. Rapporti con soggetti esterni (badanti, pompe funebri, etc.).

**L'aggiornamento del PNA prevede come ulteriori aree definite "generali" le seguenti aree:**

- a) gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- b) controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- c) incarichi e nomine;
- d) affari legali e contenzioso.

**Per il settore sanitario la specifica sezione dell'aggiornamento del PNA prevede le ulteriori aree:**

- e) attività libero professionale e liste di attesa;
- f) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- g) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- h) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Molte dell'aree innovative previste dall'aggiornamento erano già state considerate più o meno approfonditamente nelle precedenti edizioni del PTPC aziendale.

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 campi della matrice in questa prima fase di applicazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, sono stati semplificati, rispetto a quelli nazionali, rispettandone la sostanza per dare modo a tutte le Strutture di dare il loro apporto costruttivo.

Probabilità (Discrezionalità/Regolamentazione)			Impatto Valore economico/Danno immagine	
Livello di Discrezionalità dell'attività sulla base di 5 fattori: <ul style="list-style-type: none"> <li>• più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;</li> <li>• altre Strutture interne/esterne coinvolte;</li> <li>• regolamentazione del processo;</li> <li>• controlli sul processo;</li> <li>• controlli successivi,</li> </ul> Si punti 0; No punti 1, In caso di tutti Si, per default, è assegnato il valore 1			Valore economico del processo da contratto esclusa l'IVA, oppure, nel caso di processo che non genera valore a bilancio, all'impatto negativo sull'immagine aziendale di un evento dannoso (frode, truffa o danno al paziente)	
Descrizione	Punteggio		Descrizione	Punteggio
	SI	NO		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto non significativo; <ul style="list-style-type: none"> <li>• valore del contratto non superiore a 5.000 Euro;</li> <li>• nessun impatto del danno sull'immagine aziendale.</li> </ul>	1
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto minimo <ul style="list-style-type: none"> <li>• valore del contratto superiore a 5.000 e fino a 40.000 Euro;</li> <li>• impatto del danno sull'immagine aziendale poco rilevante e senza ripercussioni interne all'azienda</li> </ul>	2
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto di minore rilevanza valore del contratto superiore a 40.000 euro e fino a 207.000 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 □ valore del contratto superiore a 207.000 euro e fino a 5.186.000 euro;	4
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		

controlli sul processo;	0	1	□ impatto del danno sull'immagine aziendale significativo con ripercussioni esterne (giornali e TV) e/o danno economico significativo	
controlli successivi.	0	1		
più operatori dell'Unità Operativa coinvolti;	0	1	Impatto particolarmente rilevante <ul style="list-style-type: none"> <li>• valore del contratto superiore a 5.186.000 euro;</li> <li>• impatto del danno sull'immagine aziendale rilevante con gravi ripercussioni esterne e/o rilevante danno economico conseguente.</li> </ul>	5
altre Strutture interne/esterne coinvolte;	0	1		
regolamentazione del processo;	0	1		
controlli sul processo;	0	1		
controlli successivi.	0	1		

Per poi andare a stimare l'entità dei rischi:

<b>Impatto: Valore economico / Danno immagine</b>	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
	<b>Probabilità: Discrezionalità/Regolamentazione</b>				

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

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

**Rischio elevato: Valore maggiore di 9**, richiede interventi immediati mirati a migliorare le condizioni di sicurezza formazione degli addetti, prevedere procedure per eliminare per

quanto possibile ogni discrezionalità, provvedere nel breve periodo alla formazione specifica del personale, prevedere per quanto realizzabile la rotazione del personale. Nel caso in cui ci sia stato un rinvio a giudizio / condanna / provvedimento disciplinare, per episodi di corruzione relativamente ad un determinato procedimento, la sua classe viene portata a quella immediatamente superiore.

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 Gestione dei rischi**

Per costruire una cultura diffusa e condivisa della prevenzione della corruzione è stato concordato con la Direzione di individuare un consistente nucleo di Referenti e più precisamente tutti i Dirigenti Responsabili delle Macrostrutture (Presidi ospedalieri, Distretti e Dipartimento di Prevenzione), delle Unità Operative dell'Area Centrale e di quella Staff, del Dipartimento di Salute Mentale e dell'U.O. di Medicina legale, per un totale di 33 posizioni e 31 dirigenti effettivi.

E' prevista la riunione periodica dei Referenti con cadenza trimestrale, per dar modo alle Unità Operative di definire la propria organizzazione, la prima ufficiale si è svolta nel giugno 2014, dopo una serie di incontri preparatori; le altre riunioni si sono svolte con cadenza trimestrale.

In quelle sede è stato concordato di procedere con la metodologia dei gruppi di lavoro, suddivisi prima per aree omogenee e poi per tematiche comuni. L'utilizzo di gruppi di lavoro, ha permesso di raggiungere un elevato numero, (circa 250), di operatori impiegati nelle aree a maggior rischio, di condividere principi etici ed azioni inducendo un benefico effetto a cascata che ha portato a permeare tutta l'attività aziendale dei capisaldi della prevenzione della corruzione. I progressi registrati con il coinvolgimento di un numero sempre maggiore di operatori, ci ha portato in questo Piano a ridurre il numero dei Referenti, ormai veri portavoce di gruppi di lavoro di aree omogenee ed a ridurre la frequenza, la riunione periodica è prevista semestrale.

## 7.4 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.

Rispetto alle versioni del PTPC si è deciso di semplificare il numero di attività puntando l'attenzione su quelle a maggior rischio, rinviano alle precedenti versioni per l'elenco completo delle stesse.

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

## 8. Attività carattere generale

Molte delle azioni di controllo previste con una scadenza fissa, ora diventano periodiche come valido strumento di controllo.

Con la Delibera del Direttore generale n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i modelli per la comunicazione: di quanto previsto dal DPR n. 62/2016 **“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”**, recepiti con la Delibera del Direttore Generale 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.



**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<b>Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza</b>	Al fine di realizzare un'efficace strategia di prevenzione del rischio di corruzione, tutti gli strumenti di programmazione che l'Amministrazione adotterà devono essere coordinati con il PTCPT, in particolare il Piano delle performance ed il Piano triennale della formazione. Nelle note vincolanti al budget 2016 è previsto il rispetto delle prescrizioni contenute nei PTPCT, il piano della formazione aziendale prevede specifici corsi relativi alla Prevenzione della Corruzione ed alla Trasparenza, sia per i Dirigenti di struttura che per il restante personale.	Triennio	Direzione aziendale RPC Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Verifica rispetto degli indicatori di budget e di quanto previsto per i dirigenti nelle sezioni seguenti Verifica della partecipazione ai corsi di formazione
	Aggiornamento PTCPT: • aggiornamento delle attività a rischio; • conseguente aggiornamento del piano di formazione.	31 gennaio di ogni anno	RPC in collaborazione dei Referenti	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
	Individuazione di ulteriori Referenti per la Prevenzione della Corruzione	31 dicembre di ogni anno	Direzione aziendale RPC	Eventuali referenti nominati
	Adozione delle azioni di miglioramento previste	Vedi termini indicati nella specifica tabella	Dirigenti responsabili di macroarea, dei Dipartimenti, di Area centrale e staff	Vedi termini indicati nella specifica tabella
	Programmazione delle azioni di Trasparenza	31 gennaio di ogni anno	Responsabile della Trasparenza	Pubblicazione nei termini previsti del PTCPT
<b>Codice di comportamento</b>	Verifica e aggiornamento del Codice di comportamento aziendale predisposto	31/12/2017	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Aggiornamento del codice così come previsto dal PNA
	Monitoraggio annuale sulla attuazione del Codice, tramite il confronto con l'ufficio interessato delle Risorse umane eventuale incontro con i Responsabili della gestione del personale e i presidenti degli UPD 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

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Monitoraggio delle sanzioni disciplinari erogate	annuale	Dirigenti U.O. Risorse umane, in collaborazione con il RPC	Verbale incontro ovvero se il dato è richiesto nella relazione annuale pubblicazione dello stesso
	Formazione dei Dirigenti per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	31 dicembre 2016	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione	Nel 2016 sono state proposte 4 edizioni del corso riservato ai dirigenti (156 partecipanti)
	Informazione/Formazione di tutto il personale per la corretta conoscenza e applicazione del Codice	Entro il 31 dicembre 2017	RPC in collaborazione con il Dirigente U.O. Formazione	Nel 2016 sono state proposte 4 edizioni (231 partecipanti), per l'anno 2017 è previsto un ampliamento degli argomenti trattati

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<p><b>Rotazione del personale</b></p>	<p>L'Azienda USL Umbria 1 è di recente costituzione, 1 gennaio 2013, nasce dalla fusione delle ex ASL 1 e ASL 2, secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 12 novembre 2012, n. 18 "Ordinamento del servizio sanitario regionale", da due realtà con vocazioni abbastanza diverse, più ospedaliera la 1, più territoriale la 2, 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 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 le 82 Responsabilità delle Posizioni Organizzative dell'Area centrale e di Staff, con la ridefinizione delle funzioni di 49 e 7 nuovi incarichi. E' prevista l'assegnazione di 7 incarichi di dirigente dell'area PTA, mediante avviso pubblico. 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 (57 già eliminate). 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. Nel 2016 è stata effettuata la riorganizzazione di molte strutture, sono stati assegnati 57 nuovi incarichi dirigenziali (su 201 complessivi) e sopresse 37 strutture. nel corso dell'anno 2016 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. La prossimità del conferimento ha fatto sì che l'istituto non abbia potuto trovare immediata realizzazione, con inevitabile rinvio al corso dei successivi anni. Occorre, inoltre, tener conto del fatto che nell'ambito del corrente anno non sono state rilevate situazioni di incompatibilità tali da imporre un immediato ricorso alla fattispecie di che trattasi.</p> <p>E' stata rassegnata la responsabilità delle 36 Posizioni organizzative del ruolo sanitario, 17 delle quali hanno cambiato il titolare 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 alla 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, hanno ruotato i membri del gruppo di audit del Servizio PSAL. Le commissioni di selezione del personale sono nominate dal D.G., sia per il comparto che per la Dirigenza, di norma variano sempre nella loro composizione, nel rispetto della normativa vigente nazionale e regionale. E' stata attuata la rotazione dei RUP, che di solito non coincidono con i DEC. Per le forniture più complesse e più onerose è previsto l'affiancamento del DEC con assistenti nominati dal D.G.. La rotazione non è avvenuta ai soli fini della Prevenzione della Corruzione, ma è comunque una misura prevista nei regolamenti aggiornati per l'assegnazione degli incarichi.</p>			
	<p>Definizione dei criteri di rotazione del personale partecipati alle OOSS, in corso di definizione il regolamento</p>	<p>31 dicembre 2017</p>	<p>Direzione aziendale, Dirigente U.O. Risorse umane e RPC</p>	<p>Verbale incontro con le OSS</p>

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Identificazione di un nocciolo duro di professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascuna Unità Operativa; il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nell'unità organizzativa (responsabile o addetto).</p>	31 dicembre 2018	Direzione aziendale, Dirigente U.O. interessata, RPC, Dirigenti U.O. Risorse umane	Atto della Direzione aziendale che individua detto personale
	<p>Quando il numero degli operatori lo consente è variata la composizione delle squadre di vigilanza, in caso contrario la vigilanza avviene sulla base del programma definito a cura del Dirigente del Servizio utilizzando un'apposita check-list ed è previsto un programma di audit di controllo. Recentemente sono ruotati i membri del gruppo di audit del Servizio PSAL</p>	Biennale	Dirigenti responsabili	Numero delle squadre variate Programma di vigilanza predisposto Check list predisposta, numero di audit
	<p>Tempestività nelle adozioni delle azioni necessarie nell'ipotesi che si manifestino cause di incompatibilità allo svolgimento dell'incarico. In particolare in caso di notizia di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'Azienda ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'Azienda assumerà le iniziative necessarie per procedere alla rotazione dell'incarico e/o alla assegnazione ad altro servizio.</p>	immediata	Dirigenti responsabili e Dirigente dell'U.O. Gestione del personale	(numero delle azioni intraprese) / (numero dei casi verificatosi)

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Rispetto a quanto previsto dal precedente PTPC la revisione del regolamento aziendale in materia di incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi a pubblici dipendenti, è stato adottata con alcuni mesi di ritardo, pertanto è slittato al 2017 la definizione del sistema di monitoraggio. Sono stati inseriti criteri più stringenti per l'autorizzazione in particolar modo per il conflitto di interessi. E' in corso di rielaborazione il nuovo regolamento. Nel corso del 2016 si sono programmati e svolti incontri formativi del personale dipendente in cui si sono illustrate le principali novità adottate in materia dall'Azienda tramite nuovo specifico regolamento, insistendo sul concetto di conflitto d'interesse, anche alla luce delle vigenti norme nazionali ed aziendali in materia di comportamento dei pubblici dipendenti	30 giugno 2017	Dirigente U.O. Risorse umane	Definizione del sistema di monitoraggio
<b>Conferimento e autorizzazione incarichi</b>	Monitoraggio sulle dichiarazioni rese a vario titolo dai collaboratori dell'Azienda	Annuale	Dirigenti Responsabili	Numero dei controlli effettuati
<b>Attività successive alla cessazione dal servizio</b>	Allegato al presente documento è l'aggiornamento del patto di integrità che prevede la risoluzione del contratto nel caso di violazione da parte dei fornitori del divieto previsto dal DPR 165/2001 art. 53 comma 16ter, esteso nel 2016 anche alle Associazioni di volontariato			
	Comunicazione all'atto della cessazione del servizio degli obblighi di divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente	30 giugno 2017	Dirigente U.O. Risorse umane, R.P.C.	Predisposizione del documento
<b>Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblower)</b>	Verifica del sistema di protezione del Dipendente che segnala eventuali condotte illecite (art. 54 bis del d.lgs. n. 165 del 2001 e Codice di comportamento aziendale).	Si è in attesa della prima segnalazione per testare il sistema	R.P.C.	Effettiva protezione dell'anonimato del dipendente pubblico che segnala illeciti
<b>Formazione del personale</b>	Proseguimento del percorso di formazione iniziato nell'anno 2014, suddiviso in due grandi categorie:  <b>Formazione specialistica</b> attraverso percorsi articolati, destinata alle	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
	<p>figure principali della prevenzione della corruzione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• R.P.C.,</li> <li>• Referenti per la Prevenzione della Corruzione ed Operatori struttura di supporto al RPC;</li> <li>• Responsabile della Trasparenza;</li> <li>• I Dirigenti e le Posizioni organizzative e gli Operatori da questi individuati delle aree a maggior rischio;</li> <li>• I Dirigenti delle Strutture Operative dell'Area centrale, e i Dirigenti dei Dipartimenti sanitari e delle relative Strutture complesse.</li> </ul> <p><b>Formazione generale</b> a livello aziendale sarà principalmente rivolta a favorire l'acquisizione delle conoscenze e delle abilità necessarie, a secondo il ruolo ricoperto, alla corretta attuazione del Codice disciplinare e del PTPCT e dei principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.</p> <p>Detta formazione, organizzata in incontri di 4 ore sarà curata dal R.P.C., e dal Resp. Trasparenza in collaborazione con i Referenti e da altri docenti individuati secondo il Regolamento aziendale della Formazione.</p> <p>Inoltre è previsto per l'anno 2017 un corso di formazione per i Dirigenti con il seguente programma: sanzioni</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Introduzione alla legge 190/12, Piano aziendale Triennale della Prevenzione della corruzione e Codice di comportamento dei dipendenti pubblici ed applicazione aziendale</li> <li>2) Trasparenza: Cenni normativi e applicazioni pratiche</li> <li>3) Autorizzazione incarichi occasionali e Adozione dei Provvedimenti disciplinari</li> <li>4) Orario di lavoro</li> <li>5) Pubblicazione - Formati aperti e banche dati</li> </ol>			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
<b>Patti di integrità negli affidamenti</b>	E' già stato inserito negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito il patto di integrità che in versione aggiornata è riportato in allegato 4, già esteso alle associazioni di volontariato	01 gennaio - 31 dicembre	Dirigenti responsabili dell'area appalti R.P.C.	Numero di contratti sottoscritti contenente il patto di integrità / Numero di contratti sottoscritti
	Predisposizione patto di integrità ai collaboratori a vario titolo dell'Azienda	31 dicembre 2017	Dirigenti responsabili dell'area appalti RPC	
<b>Azione di sensibilizzazione e rapporto con la società civile</b>	<p>Publicazione del PTCPT nel sito istituzionale</p> <p>È a disposizione della cittadinanza la casella di posta elettronica (<a href="mailto:prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it">prevenzionedellacorruzione@uslumbria1.it</a>) per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi,</p> <p>Predisposizione delle informazioni per l'accesso civico; pubblicazione dei nominativi/caselle di posta elettronica a cui inoltrare le istanze.</p>	10 giorni dall'adozione	Responsabili Trasparenza e Prevenzione Corruzione	Pubblicazione
	<p>Annualmente, nell'ambito degli incontri programmati con i portatori d'interessi, sarà previsto uno spazio sulla "Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza" nel quale l'Azienda:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- presenterà i risultati conseguiti sia in termini di prestazioni erogate che di risorse utilizzate;</li> <li>- favorirà un tavolo di confronto con le associazioni di volontariato e dei consumatori, e con gli altri portatori d'interesse, come momento di ascolto finalizzato al raggiungimento degli obiettivi fondamentali della prevenzione della corruzione e della trasparenza.</li> </ul> <p>Dalla partecipazione dei cittadini e dei loro rappresentanti, potranno scaturire informazioni su quanto di concreto interesse per la collettività; il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione per migliorare la qualità dei servizi e favorire il controllo sociale.</p>	Annuale	Direzione aziendale Responsabile della comunicazione Responsabile della trasparenza e RPC	Organizzazione dell'evento

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>E' stato predisposto un modello specifico per la segnalazione di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto d'interessi, per i cittadini, allegato 5 al presente documento. Il Modulo sarà reso disponibile presso gli uffici per la relazione con il pubblico (U.R.P.) e scaricabile dal sito WEB aziendale, nel frattempo è già disponibile quello previsto per la segnalazione da parte dei dipendenti.</p>	30 aprile 2017	RPC	Modello distribuito
	<p>Regolamentazione per l'Accesso Civico in relazione alle L.G. ANAc - Delibera n. 1309 del 28/12/2016 e agli adempimenti previsti dagli artt. 5 e 5-bis del D.lgs n.33/ 2013 n. 33 modificato dal D.lgs n. 97/2016, è necessario procedere, alla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- revisione/integrazione del Regolamento sull'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi (Adottato con Delibera del Direttore Generale n°1368/2015)</li> </ul>	entro 30 gg dall'adozione del PTPCT/ 2017-2019	Resp. Trasparenza RPC Dirigenti	<ul style="list-style-type: none"> <li>- redazione dei modelli di domanda per l'esercizio del diritto di accesso da parte dei cittadini</li> <li>- pubblicazione sul sito web istituzionale/amministrazione trasparente del regolamento e dei modelli di domanda;</li> <li>- diffusione di tutta la documentazione ai dipendenti.</li> </ul>
<p><b>Monitoraggi interni di ogni unità operativa</b></p>	<p>Ogni dirigente, in particolar modo quelli delle aree a maggior rischio, definisce un sistema di monitoraggio sui propri processi, la priorità è data dal livello di rischio riscontrato. Segnala allo stesso immediatamente le anomalie riscontrate e se rileva violazioni:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• di rilevanza disciplinare ne dà tempestiva comunicazione all'Ufficio procedimenti disciplinari per i necessari provvedimenti,</li> <li>• di responsabilità contabile, presenta tempestiva denuncia alla competente procura della Corte dei conti,</li> <li>• con ipotesi di notizia di reato ne dà tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un Ufficiale di Polizia giudiziaria.</li> </ul>	<p>Decorrenza immediata dall'adozione del PTCPT da concludere entro il 31 dicembre 2017</p>	<p>Tutti i dirigenti di Macrostruttura, Dipartimenti e U.O. delle aree centrali e di staff in collaborazione con il RPC</p>	<p>Numero delle segnalazioni</p>
	<p>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</p>			<p>Numero dei procedimenti di cui è stato definito il tempo di attuazione</p>

<b>Attività carattere generale</b>				
<b>Titolo</b>	<b>Azioni di miglioramento da adottare</b>	<b>scadenza</b>	<b>Soggetti responsabili</b>	<b>Indicatori</b>
	Segnala periodicamente, motivando, eventuali scostamenti dai tempi previsti.			Numero delle segnalazioni
	Controlli a campione sulle autodichiarazioni rese dal personale.		Unità Operativa Risorse Umane	Numero ed esito dei controlli
	L'informatizzazione dei processi costituisce di per sé sistema di monitoraggio e consente di ottenere indicatori di controllo sul processo stesso.			
	<p>In particolare, con atto deliberativo n.1148/2016 sono state approvate le linee guida per le autocertificazioni relative a richiesta di assegni familiari e sono state previste, ed effettivamente realizzate, le seguenti tipologie di controlli:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- a campione: a posteriori (dopo l'erogazione del contributo) individuando, mediante sorteggio, la percentuale del 10% delle istanze relative al periodo 01/07 - 30/06 di ogni anno;</li> <li>- puntuali: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) (su ogni istanza) prima dell'erogazione del beneficio, per tutte le domande di riconoscimento di arretrati riferiti a periodi precedenti</li> <li>b) in tutti i casi in cui sorgono fondati dubbi sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive.</li> </ul> </li> </ul>			
<b>Monitoraggio dei rapporti amministrazione/soggetti esterni</b>	<p>Con la Delibera del Direttore generale n° 1524 del 28/12/2016 sono stati adottati i modelli per la comunicazione: di quanto previsto dal DPR n. 62/2016 <b>“Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”</b>, recepiti con la Delibera del Direttore Generale di questa USL 921/2014 avente ad oggetto <b>“Adozione del Codice di Comportamento dell’Azienda USL Umbria 1”</b>:</p> <p><b>Modulo A</b> - “Dichiarazione sostitutiva di certificazione - Partecipazione ad Associazioni e Organizzazioni che possono interferire con l'attività dell'ufficio ai sensi dell'art. 5 DPR n. 62/2013 e dell'art. 9 del Codice di comportamento aziendale”</p> <p>- <b>Modulo B</b> - “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà degli Interessi finanziari e Conflitti di interesse ai sensi dell'art. 6 DPR n. 62/2013 e dell'art. 8 del Codice di comportamento aziendale”</p> <p>- <b>Modulo C</b> – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - Disposizioni particolari per i Dirigenti”</p> <p>- <b>Modulo D</b> – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 13 del DPR 62/2013 e dell'art. 10 del Codice di comportamento aziendale - disposizioni particolari per i Dirigenti situazione reddituale e patrimoniale ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali”</p> <p>- <b>Modulo E</b> – “Dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà ai sensi dell'art. 14 Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali - Dichiarazione presentata dal Dirigente dichiarante”</p>			

**Attività carattere generale**

<b>Titolo</b>	<b>Azioni di miglioramento da adottare</b>	<b>scadenza</b>	<b>Soggetti responsabili</b>	<b>Indicatori</b>
	Raccolta delle dichiarazioni dal personale interessato	31 marzo 2017	Dirigenti responsabili	Numero 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.	30 settembre 2017	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
<b>Controllo a campione ai fini della Prevenzione della corruzione</b>	E' stato costituito il 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	Numero dei controlli effettuati, numero delle non conformità riscontrate
<b>Riduzione della discrezionalità dei processi</b>	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, che rappresentano una minima parte delle spese sostenute e comunque riepilogate trimestralmente con apposita Delibera del Direttore generale			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Con delibera n. 931 del 12/8/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale sull'Ordinativo Informatico che disciplina il controllo interno da parte degli uffici e dei firmatari degli ordinativi, con apposita verbalizzazione da parte di questi ultimi. I controlli a campione sono stati effettuati, verbalizzati e conservati agli atti d'ufficio.</p> <p>Per il Ciclo Passivo sono state predisposte ed inviate alla Regione con nota prot 136172 del 30/9/2016, nel rispetto dei termini e nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità, le seguenti procedure operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procedura Operativa Acquisto di beni sanitari e non sanitari;</li> <li>✓ Procedura Operativa Acquisto di servizi sanitari e non sanitari;</li> <li>✓ Procedura Operativa Manutenzione attrezzature sanitarie</li> <li>✓ Procedura Operativa Spesa farmaceutica convenzionata</li> <li>✓ Procedura Operativa Autoritenzione del rischio e assicurazioni</li> <li>✓ Procedura Operativa Lavanolo dispositivi tessili e materasseria</li> <li>✓ Procedura Operativa Servizio raccolta trasporto e smaltimento rifiuti</li> <li>✓ Procedura Operativa Protesica elenco 1</li> <li>✓ Procedura Operativa fondi rischi</li> <li>✓ Procedura Operativa Trattamento economico personale dipendente assimilato e autonomo</li> <li>✓ Procedura Operativa Gestione personale convenzionato.</li> </ul> <p>Per il Ciclo Attivo sono state predisposte ed inviate alla Regione con nota prot 136172 del 30/9/2016, nel rispetto dei termini e nell'ambito del Percorso Attuativo della Certificabilità, le seguenti procedure operative:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Procedura Operativa Contributi in conto esercizio;</li> <li>✓ Procedura Operativa Contributi per ricerca</li> <li>✓ Procedura Operativa Compartecipazione alla spesa sanitaria</li> <li>✓ Procedura Operativa Altri ricavi e proventi</li> <li>✓ Procedura Operativa Circolarizzazione crediti.</li> </ul>			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	<p>Le suddette procedure del Cilo Attivo e Passivo sono state trasmesse anche ai Centri di Risorsa Aziendali con nota della Direzione Amministrativa prot. 150097 del 28/10/2016 per l'applicazione ed il rispetto delle stesse, con l'invito a segnalare prontamente anche ogni eventuale esigenza di rettifica e/o integrazione</p>			
	<p>Informatizzare per quanto possibile tutti i processi, partendo da quelli a maggior rischio. Il programma deve dare modi di evidenziare le modifiche effettuate con data e autore delle stesse. Nel 2015 in tutta l'azienda è stata implementata la procedura informatizzata ASTER per l'assistenza protesica. Nel corso del 2016 è stata implementata informatico (Aster con interfaccia INPS) per le procedure in materia di Invalidità Civile e normative connesse</p>			
	<p>Tutte le procedure sotto soglia, ove presente il meta prodotto, vengono espletate tramite procedure telematica (MEPA). Tutte le fasi delle gare sono sempre seguite da almeno due persone, anche la verifica dell'anomalia. E' stato predisposto modello per la dichiarazione di non incompatibilità dei componenti delle commissioni di gara, firmato ed inserita dichiarazione a verbale e riportato nelle delibere di nomina delle commissioni e delle aggiudicazioni. Sono stati attivati, attraverso idonea modulistica, dei percorsi di raccolta del fabbisogno. Sono sempre fatti i controlli dei requisiti delle ditte aggiudicatrici così come previsto dal codice. Le funzioni di RUP sono state assunte anche da altri dipendenti della U.O. Acquisti Beni e Servizi in modo da distribuire le gare ed evitare la concentrazione in un unico soggetto di tali funzioni e sostanziare un maggiore controllo Nell'UO Area Economale, sono state segregate le funzioni: un Responsabile di Posizione Organizzativa, ricopre il ruolo di RUP, l'altro quello di Direttore dell'Esecuzione del Contratto o di suo Assistente, il Dirigente mantiene le funzioni di controllo e provvede alla liquidazione delle fatture</p>			
	<p>Completamento del processo di suddivisione dei compiti e della responsabilità delle varie fasi del processo su più dirigenti/funzionari, per evitare che chi predispone un atto, come istruttore, sia lo stesso che lo sottoscrive e lo autorizza come dirigente e poi, eventualmente liquida anche i relativi debiti, che chi prescrive un ausilio o un farmaco sia lo stesso che lo collauda o l'autorizza, chi autorizza una struttura sia lo stesso che la vigila, etc., (salvo dettami normativi che impongono prassi diverse, ad es. il DM 332/1999 prevede espressamente che chi prescrive è anche colui che collauda).</p>			
	<p>Tutte le integrazioni e modifiche ai bandi di gara devono essere assunte con Delibera del Direttore generale.</p>			
	<p>Sono stati posti in essere sistemi di controllo per la verifica della corrispondenza sia per i beni e soprattutto per i servizi fra quanto previsto nel capitolato d'appalto, integrato da quanto offerto in sede di gara, e quanto effettivamente fornito, tramite il "modulo di avvenuta prestazione" e la documentazione allegata per procedere alla liquidazione delle fatture. Si stanno individuando per ogni struttura dei referenti adeguatamente formati ( o da formare) in grado di controllare e segnalare al Dirigente dell'esecuzione del contratto (DEC) eventuali anomalie. Negli appalti di servizi di particolare rilevanza o complessità assieme al DEC sono nominati uno o più assistenti. E' previsto un incontro periodico fra i Responsabili Unici del Procedimento, i DEC e il R.P.C..</p>			
	<p>Si sta completando la nomina degli assistenti al DEC, per tutti gli appalti di particolare rilevanza economica o complessità (valore economico superiore al milione di euro),</p>			

**Attività carattere generale**

Titolo	Azioni di miglioramento da adottare	scadenza	Soggetti responsabili	Indicatori
	Predisposizione dei modelli di verbali di controllo, con apposita check list, redatto dai funzionari incaricati, attestante tutti controlli (a campione o sistematici) effettuati nel periodo di riferimento della fattura per la quale il DEC deve dichiarare la regolarità dell'esecuzione e la conseguente liquidabilità. Il suddetto verbale deve poi essere vistato dal DEC e conservato agli atti unitamente alla restante documentazione e per lo stesso periodo.	31 dicembre 2017	DEC	Numero dei modelli predisposti
	Completamento dell'addestramento del personale addetto alla verifica dell'"avvenuta prestazione"	31 dicembre 2017	DEC	Numero degli operatori addestrati
	- Verifica adeguamento sito web istituzionale, albero di navigazione Amministrazione Trasparente (ANAc allegato L.G. Del. 1310)	31/01/2017	Responsabile Trasparenza	Verbale di conformità all'Allegato L.G. ANAc
<b>Monitoraggio sull'adempimento degli obblighi di trasparenza</b>	- 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	per l'anno 2016 31 marzo 2017	Nucleo di Valutazione Aziendale	Pubblicazione entro il 30 aprile 2017

## 9. Misure trasversali e/o esclusive

Di seguito sono indicate le misure da prendere o da migliorare, sia trasversali che esclusive per le aree individuate, per prevenire e ridurre il rischio corruzione				
Reclutamento, gestione e trattamento giuridico ed economico del personale interno ed esterno				
Assunzioni a tempo indeterminato e determinato Rischio medio-alto	Le assunzioni sono effettuate sulla base della dotazione organica approvata dalla Regione, che autorizza l'istituzione o ricopertura delle strutture complesse e semplici. 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 (57 già eliminate), sulla base degli indicatori previsti dal Patto della salute 2010-12.			
	I requisiti per i concorsi per l'accesso del personale sono ben definiti a livello nazionale, occorre monitorare con attenzione che non siano disattesi, (ad esempio il PNA ricorda la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di evitare reclutamenti di candidati particolari).			
	La partecipazione ai concorsi di personale già in forza con contratti a tempo determinato nei servizi, è sicuramente una criticità, in particolar modo per le U.O. che per dimensioni e modalità operative prevedono la contiguità con il Responsabile, che necessariamente deve essere il Presidente della Commissione. E' opportuno in tal caso nella nomina della commissione prestare la massima attenzione, prevedendo almeno un autorevole membro esterno.			
	Monitoraggio ricorsi/sospensione del concorso, verifica procedimento	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero dei ricorsi/sospensioni Numero di non conformità riscontrate
Stipula di contratti professionali Rischio alto	Più delicata è l'attribuzione di incarichi professionali, che si presta ad una maggior discrezionalità, comunque sono già previsti avvisi pubblici e procedure di comparazione, secondo il regolamento aziendale recentemente adottato.			
	Monitoraggio degli incarichi esterni attribuiti e controllo a campione su alcuni di essi per verificare tutto il percorso che ha portato al conferimento.	annuale	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero di controlli effettuati Numero di non conformità riscontrate
Progressioni di carriera Rischio medio	Nel corso del 2015 nella valutazione complessiva ai fini dell'indennità di risultato nonché delle progressioni di carriera sono stati penalizzati, così come previsto dal PTPC, gli operatori che sono incorsi in provvedimenti disciplinari.			
Sostituzioni art. 18	Verifica degli incarichi assegnati secondo l'art. 18 del CCNLL	30 giugno 2017	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi assegnati
	Rotazione degli incarichi o stabilizzazione degli stessi, per le strutture che permettono tali provvedimenti	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Area Risorse Umane	Numero incarichi ruotati e /o stabilizzati
Autorizzazione allo svolgimento di incarichi	Misura analoga era prevista anche per la autorizzarlo allo svolgimento di incarichi extraistituzionali, il prossimo aggiornamento del relativo	31 dicembre	Dirigenti U.O. Risorse umane	Regolamento aggiornato

extraistituzionali.	regolamento dovrà prevedere detta casistica	2017		
<b>Acquisizione di beni e servizi e gestione del contratto</b> (comprese le gare di affidamento dell'assistenza domiciliare e gestione delle strutture)				
<p>Gli acquisti sono regolati dagli strumenti della programmazione aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ il documento di programmazione e il bilancio pluriennale di previsione;</li> <li>✓ il bilancio preventivo economico annuale;</li> <li>✓ il programma pluriennale delle forniture ai fini della programmazione degli acquisti;</li> <li>✓ i programmi annuali di attività dei dipartimenti, delle strutture e dei servizi, i progetti operativi annuali;</li> <li>✓ il programma delle attività territoriali di distretto previsto dall'art. 38 della LR 18/2012 i cui contenuti sono fissati all'articolo 3-quater, commi 2 e 3 del D.Lgs. 502/1992 e dall'articolo 4, comma 2 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001;</li> <li>✓ il programma delle attività e degli investimenti inserito nel documento di programmazione previsto dall'articolo 3 della L.R. n. 51/1995;</li> <li>✓ gli accordi ed i contratti con le strutture sanitarie erogatrici, pubbliche e private accreditate.</li> </ul>				
Definizione dei Fabbisogni (fase comune alle procedure di gara per affidamento forniture/servizi)	Il protocollo adottato prevede il coordinamento della raccolta dei fabbisogni , in particolare per l'acquisto di beni, da parte dei Direttori di dipartimento che nella richiesta dichiarano di aver effettuato la ricognizione delle scorte e di aver verificato la necessità per tutte le U.O. afferenti, per evitare sia ordini frazionati dello stesso prodotto che eccessi di scorta. La richiesta dell'acquisto di farmaci è a cura del Responsabile dell'U.O. Farmacia sulla base di quella del medico specialista.			
	Perfezionamento dei modelli per la raccolta dei fabbisogni ed omogeneizzazione delle richieste	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi	Numero dei modelli predisposti
	Verifica Regolamento Aziendale adottato	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. 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 2018	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi	Numero di operatori formati
	Negli atti di indizione della gara dovrà essere indicato il nominativo del coordinatore del gruppo di lavoro che ha esteso il capitolato, che se non debitamente motivato non potrà far parte della commissione aggiudicatrice	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	Numero atti indicanti il coordinatore/numero di atti totali (riferiti entrambi ai soli acquisti di beni e servizi)

Procedure di gara previa pubblicazione del bando (o avviso esplorativo)	Stato attuale: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Per SOPRA SOGLIA: utilizzo delle Piattaforme Consip per il Sistema dinamico o adesione a gare da Centrale di Committenza Regionale (ove disponibili e coerenti con le necessità aziendali/regionali).</li> <li>- Per SOTTO SOGLIA: utilizzo Piattaforma MEPA (ove presente metaprodotto).</li> <li>- Pubblicazioni avvisi su sito aziendale.</li> <li>- Pubblicazione dati e diffusione informazioni.</li> <li>- Raccolta autodichiarazioni da parte dei componenti delle commissioni giudicatrici e aggiudicatrici, relativamente ad assenza conflitto d'interesse relativo alla procedura e assenza condanne e procedimenti ai sensi della normativa anticorruzione.</li> <li>- Trasmissione di tali autodichiarazione all'ufficio personale ai fini dell'effettuazione dei relativi controlli.</li> <li>- Utilizzo di una scheda istruttoria preliminare agli acquisti ai fini della omogeneizzazione delle valutazioni inerenti la procedura da effettuare.</li> <li>- Sottoscrizione da parte del fornitore del Patto di Integrità predisposto.</li> </ul>			
Procedure di gara senza previa pubblicazione del bando				
Attività verifica e controllo requisiti fornitori / appaltatori	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di prequalifica, l'attività è condotta da almeno 3 collaboratori della U.O.</li> <li>- Controllo sulle autodichiarazioni di possesso dei requisiti generali, professionali, economico-finanziari ecc. in fase di aggiudicazione:</li> <li>- Avvio esternalizzazione verifica tramite AVCPass</li> <li>- Verifica della permanenza possesso requisiti generali, in fase di stipula del contratto</li> <li>- Verifica del permanere del possesso requisiti ai fini della liquidazione delle fatture (regolarità DURC)</li> <li>- Verifiche ai sensi del D.Lgs. n.159/2011, art.86. e s.m.i.</li> </ul>			
Selezione del contraente	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. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	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. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	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. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	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. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	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. Acquisti Beni e Servizi	Rapporto fra: richieste effettuate nei tempi previsti/numero gare espletate
	Predisposizione procedura che stabilisca le modalità di verifica dei fabbisogni, la loro comunicazione, i criteri per la scelta della tipologia di gara da bandire <i>Check list</i> di verifica degli adempimenti da porre in essere, anche in relazione alle direttive/linee guida interne adottate ed audit di controllo, prevedendo il ricorso quando possibile al almeno 5 operatori economici anche per importi inferiori ai 40.000 euro	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi in collaborazione Responsabile U.O. Attività tecniche	Procedura predisposta
	Predisposizione procedura per la predisposizione di elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi in collaborazione Responsabile U.O. Attività tecniche	Procedura predisposta
	Elenchi aperti elenchi aperti di operatori economici con applicazione del principio della rotazione	31 dicembre 2018	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi Responsabile U.O. Attività tecniche	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 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi in collaborazione Responsabile U.O. Attività tecniche	Procedura predisposta

	generazione di albi del personale interno per svolgere le necessarie attività dalla predisposizione del capitolato all'assegnazione della fornitura/servizio	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi Responsabile U.O. Attività tecniche	Numero di albi predisposti
	Definizione della procedura per documentare il procedimento di valutazione delle offerte anormalmente basse e di verifica della congruità dell'anomalia o nel caso in cui si riscontri un numero significativo di offerte simili o uguali.	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi in collaborazione Responsabile U.O. Attività tecniche	Procedura predisposta
	Verifica della presenza di denunce/ricorsi da parte dei concorrenti ovvero dell'aggiudicatario	annuale	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	Numero delle denunce/ricorsi presentati, da comunicare al RPC
	Prevedere la pubblicazione delle dichiarazioni rese dai funzionari e dirigenti che hanno partecipato alla gestione della procedura di gara delle dichiarazioni di cui sopra	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	Rapporto fra gare in cui è stata pubblicata la dichiarazione e quelle totali
	Verifica numero varianti concesse	annuale	Responsabile U.O. Acquisti Beni e Servizi e Responsabile U.O. Attività tecniche	Rapporto fra gli affidamenti con varianti e numero totale di affidamenti
<b>Gestione dei contratti</b>	<p>Piani di controllo sui Servizi Oltre agli interventi programmati che vengono fatti in collaborazione con il "Gruppo tecnico per i servizi esternalizzati" per la Ristorazione degenti strutture ospedaliere e residenze, Pulizia e sanificazione locali, Lavaggio, noleggio ricondizionamento divise e biancheria piana, materasseria, servizio di sterilizzazione, Trasporto e smaltimento rifiuti, Facchinaggi, Servizio distributori automatici, possono essere fatti interventi anche su richiesta, o imprevisti, inattesi e non effettuati a data fissa od in particolari giorni della settimana –.</p> <p>Il Piano di Controllo dettaglia quindi in modo analitico tutti i punti da considerare in fase di verifica definendo, per ognuno di essi, le condizioni di Conformità, Osservazione e Non Conformità.</p>	annuale	Responsabile U.O. Area Economale	Non conformità riscontrate

<b>Gestione lavori pubblici (ampliamento, ristrutturazioni, nuove costruzioni, manutenzioni straordinarie)</b>				
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	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	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 elettromedicali Rischio: alto, medio per importi fino a € 5.000.00	I principali lavori di manutenzione sono affidati mediante l'adesione alla gara CONSIP MIES ed accordi quadro. L e ditte devono essere preferibilmente individuate all'inizio dell'anno con la procedura applicabile a secondo gli importi, ma è preferibile utilizzare bandi pubblici.			
	Definizione di una procedura di controllo a campione sulle fatture emesse dalla ditta fornitrice	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Attività tecniche Responsabile U.O. Patrimonio	Procedura predisposta
	Predisposizione degli albi dei fornitori	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Attività tecniche	Numero di albi predisposti
	E' prevista la sottoscrizione da parte dei fornitori del protocollo di integrità			
Gestione patrimonio immobiliare acquisti /alienazioni, affitti attivi/passivi Rischio: medio	Si procedere 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.			
	E' stato predisposto il regolamento per l'inventario dei beni mobili ed in corso di completamento quello per l'inventario e la 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

### Liste di attesa

*Ricoveri Ordinari e Diurni.* 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 Residente 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.

*Ricoveri Ordinari e Diurni.* 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

Anno 2015:

- Gestione Blocco Operatorio
- Gestione delle liste di attesa per intervento chirurgico programmato
- Gestione percorso preoperatorio in chirurgia programmata

Anno 2016:

- Gestione alienazione beni mobili
- Gestione registro firme e sigle operatori
- Gestione informatizzata del flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera

Completamento delle procedure per la gestione delle liste di attesa	31 dicembre 2017	Dirigenti responsabili	Rapporto fra liste di attesa regolate con procedure e il totale delle liste di attesa
Verifica del rispetto dei criteri definiti nelle procedure adottate	annuale	Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Riduzione della percentuale delle prestazioni accettate rispetto a quelle prenotate.	annuale	Dirigenti responsabili	Rapporto fra le prestazioni prenotate e quelle accettate

	Definizione delle Linee Guida Aziendali per la gestione del CUP	30 giugno 2017	Dirigenti responsabili	E' stata adottata la Procedura 6/2016 sono in corso di definizione le istruzioni operative previste nella stessa.
	Informatizzazione delle liste di attesa a livello distrettuale consultabili dal cittadino che ne fa richiesta.	31 dicembre 2017	Dirigenti responsabili	Numero delle liste di attesa predisposte
	Definizione delle modalità per fornire al cittadino informazioni sullo stato di avanzamento della propria domanda	31 dicembre 2018	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta

<b>Enti/Aziende Controllate e/o Partecipate</b>				
<b>Strutture Controllate e Partecipate</b>	La società controllata Umbria Salute scarl ha adottato il Modello di organizzazione, gestione e controllo a norma del D.Lgs.n. 231/2001 "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica". Il documento assieme al Codice etico della società è stato pubblicato sul proprio sito web. Allo stesso modo la società partecipata Prosperius Tiberino sta adeguando il proprio sito, implementando l'apposita sezione: "Società trasparente". Entrambe le società stanno completando il percorso di messa a norma previsto dalla Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015, per la società Prosperius è stato promosso dagli Enti pubblici partecipanti il Protocollo di legalità.			
	Verifica formale semestrale dell'assolvimento degli obblighi di Trasparenza posti in carico alle società controllate/partecipate (D.Lgs 33/2013 e Determina ANAc 8/2015 )	31 maggio e 30 novembre	U.O. Patrimonio	Verifica tramite ceck list predisposta
			Responsabile Trasparenza	Verbale delle non conformità riscontrate
Verifica formale semestrale dell'assolvimento degli obblighi di Prevenzione della Corruzione posti in carico alle società controllate/partecipate (Legge 190/12, D.Lgs 33/2013 e Determina ANAc 8/2015 )	31 maggio e 30 novembre	RPC	Verbale di verifica e non conformità riscontrate	

## Strutture convenzionate

### Case di cura accordi contrattuali

La nostra Azienda, anche per l'anno 2016 ha fatto ricorso alla stipula di accordi contrattuali con Strutture 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. Il fine è stato quello di ridurre l'entità della mobilità sanitaria passiva, molto significativa in alcune aree specialistiche e soprattutto limitando tale collaborazione all'Area della Media Valle del Tevere.

Nel corso del secondo semestre 2016, tuttavia, si è concluso il processo di riorganizzazione funzionale aziendale a seguito del quale sono state individuate le professionalità interne cui conferire le attività oggetto degli accordi assunti con le case di cura accreditate.

Pertanto dal terzo trimestre 2016 sono state risolte le collaborazioni con tali case di cura accreditate.

Sono effettuati controlli routinari sui dati per verificare la correttezza formale anche sulla base del disciplinare sulla mobilità sanitaria, sono richiesti chiarimenti in merito ad eventuali anomalie. Le fasi del processo sono attuate secondo quanto previsto dalla Normativa Nazionale e Regionale vigente in materia. Vengono applicati il "Disciplinare Tecnico per l'invio dei dati di attività dei flussi di mobilità alla Regione" e le "Linee guida per la stipula degli accordi contrattuali tra le strutture erogatrici pubbliche e tra le Aziende USL e le strutture private che intrattengono rapporti con il Servizio Sanitario Regionale" (Allegato 1. "Linee guida per la definizione degli accordi contrattuali" e Allegato 2. "Linee guida per i controlli dei ricoveri ospedalieri"). Tali norme sono oggetto di revisione annuale. Per le attività di verifica sui flussi, la UO ProCSI utilizza un sistema di controlli informatizzato. Ulteriori controlli sono effettuati attraverso il Portale Regionale "Gestione Flussi", che serve anche per la trasmissione dei dati. Le Strutture convenzionate sono oggetto dei controlli da parte del Nucleo ispettivo aziendale e dal Nucleo di controllo esterno regionali. Nel corso del 2016 è stata svolta l'attività di controllo tecnico-sanitario sui flussi informativi finalizzati alla compensazione dell'attività di ricovero erogata dalle Case di Cura Private. Sono stati effettuati mensilmente, con uno specifico sistema informatizzato, tutti i controlli previsti dal "Disciplinare Regionale per la compensazione della Mobilità Sanitaria Intraregionale". L'esecuzione delle procedure di controllo, effettuate su tutti i ricoveri addebitati, ha generato delle anomalie che sono state inviate formalmente, con lettera protocollata, alla Casa di Cura Privata interessata per le correzioni del caso. Le anomalie che più di frequente sono emerse da tali controlli, sono state:

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

Le controdeduzioni fornite dalle Case di Cura sono state attentamente valutate e i dati, una volta effettuate le modifiche, sono stati sottoposti nuovamente alle procedure di controllo prima di validarli definitivamente. Dopo la convalida degli importi mensili, i dati definitivi sono stati trasmessi formalmente alla U.O. R.U. Trattamento Economico Dipendente – Gestione personale convenzionato e Strutture Convenzionate per i successivi provvedimenti relativi alla gestione degli aspetti contabili. Per quanto riguarda i controlli in termini di appropriatezza e qualità delle prestazioni di ricovero erogate, viene posta particolare attenzione, come previsto dalla normativa regionale e dagli accordi contrattuali stipulati, alla presenza di potenziali inapproprietezze e all'esistenza/consistenza di eventuali effetti distorsivi associati all'applicazione delle tariffe. In particolare sono monitorati:

- \_ ricoveri ripetuti (RR) per DRG diversi con finestra temporale 0-1 giorno;
- \_ ricoveri ripetuti (RR) per lo stesso DRG con finestra temporale 0-3 giorni;
- \_ ricoveri chirurgici preceduti da ricoveri medici: Omnicomprensività della Tariffa(OT).

Per l'anno 2016, i controlli sull'appropriatezza e qualità delle prestazioni di ricovero saranno effettuati entro il primo trimestre 2017, dopo la conclusione degli addebiti annuali.

	Aggiornamento dei Definizione della criteri di validazione delle prestazioni prevedendo la somministrazione a campione di questionario di soddisfazione dell'utente	31/12/2017	Responsabile U.O. Qualità e comunicazione	Predisposizione questionario
	Somministrazione questionari e relativi controlli	31/12/2017	Responsabile U.O. Qualità e comunicazione	N° questionari somministrati N° non conformità riscontrate
	Controlli per la verifica del rispetto e del permanere dei criteri di accreditamento	1 gennaio - 31 dicembre	Coordinatore Nucleo Ispettivo (Responsabile ISP) e Responsabile PROCSI	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate

	Controllo formale sulle richieste dei MMG e verifica tra le prestazioni rese ed il fatturato della specialistica			
<b>Specialistica ambulatoriale</b>	Aggiornamento della procedura esistente a seguito della ricetta dematerializzata con verifica dei criteri di validazione delle prestazioni e di soddisfazione dell'utente ed inserimento clausole a tutela del cittadino utente.	31/12/2017	Responsabili servizi interessati	Predisposizione procedura
	Controllo del rispetto dei criteri definiti del rispetto e del permanere dei criteri di autorizzazione/accreditamento	31/12/2017	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Accordi con stabilimenti termali</b>	Revisione accordi sulla base dell'Accordo Nazionale Stato-Regioni/FederTerme	30/06/2016	Responsabili servizi interessati	L'accordo è stato revisionato
<b>Attività Medici Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS)</b>	Definizione dei criteri per il controllo a campione dei riepiloghi prestazioni di particolare impegno professionali (PIIP) dei MMG e PLS	30/06/2017	Responsabili servizi interessati	Predisposizione procedura, in sede di Comitato aziendale si definiranno i criteri per il controllo dei riepiloghi attualmente informatizzati
	Controllo a campione dei riepiloghi prestazioni di particolare impegno professionali (PIIP) dei MMG e PLS	31/12/2017	Responsabili servizi interessati	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate
	Sensibilizzazione ad aderire a protocolli informatici per l'aggiornamento dell'anagrafe sanitaria (cancellazione deceduti e immigrati per recupero quote)	31/12/2017	Responsabili servizi interessati	Verifica disponibilità tabulati

<b>Individuazione degli utenti aventi diritto ed assegnazione di beni (ausili e protesi ad es.) e servizi (ADI, trasporti sanitari)</b>				
Cure palliative e alla terapia del dolore	Gli accessi alle cure palliative e alla terapia del dolore sono disciplinati dalle Delibere del Direttore generale: n°1027/2013 "Cure palliative e terapia del dolore", n° 334/2015 "Cure domiciliari" e n° 390/2015 valutazione e trattamento del dolore.			
	Utilizzo degli indicatori del Sistema Atlante con caricamento del 100% dei casi trattati per la verifica del rispetto dei criteri definiti	annuale	Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
Assegnazione degli ausili ed effettuare i relativi controlli	Sono stati uniformati l'organizzazioni e i protocolli, implementando i dispositivi regolamentari per l' assegnazione degli ausili ed effettuare i relativi controlli con le Delibere del Direttore generale: n° 450/2015 "Istituzione del nuovo Centro Ausili Aziendale e direttive vincolanti per le procedure di erogazione dell'assistenza protesica", n° 157/2015 "Procedura operativa concordata tra le Unità Sanitarie Locali dell'Umbria per l'attuazione della DGR 1679 del 16.12.2012 riferita ai dispositivi protesici destinati a sordi e ciechi", sono state predisposte liste di attesa trasparenti per le richieste di protesi acustiche a livello distrettuale. I collaudi vengono regolarmente effettuati per gli ausili e dispositivi di cui all'Elenco n. 1 e per gli ausili e dispositivi degli Elenchi 2 e 3 non a gara con le modalità previste dal DM 332 e dagli atti regionali di riferimento sono effettuati i controlli sul 10% della fornitura di ausili garati (elenco 2 e 3), come disposto dalla DDG 450/2015. Sono state definite le modalità operative per assicurare la corretta informazione all'utenza in ordine all'elenco dei fornitori autorizzati con atto regionale (modifica modulistica nota Direttore sanitario prot. n. 80912 del 2/9/2015). E' stato effettuato il recupero del ticket per i controlli negativi del 2011 e per gli ulteriori controlli attivati dal NAS o GdF. 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 2017	Dirigenti responsabili	N° dei modelli predisposti
	Adozione di una griglia per controllo conformità documentazione /fattura fornitori protesica propedeutica alla liquidazione (check list prescrizioni-autorizzazioni-fatture protesica).	30/06/2017	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
	Revisione procedure contabili protesica compresi gli acquisti extratariffario	30/06/2017	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
	Definizione dei criteri per il controllo a campione delle cartelle individuali degli assistiti che hanno richiesto ausili protesici per la verifica della completezza e regolarità della documentazione	30/06/2017	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta
	Definizione da parte del Centro Ausili Aziendale dei criteri di rotazione dei prescrittori e collaudatori e/o di organizzazione di un sistema strutturato di controlli.	31 dicembre 2017	Dirigenti responsabili	Procedura predisposta

<b>Concessione benefici economici</b>				
Concessione benefici economici: PRINA, SLA	Sono stati applicati i criteri definiti negli atti nazionali e regionali			
Concessione benefici economici: Invalidità civile, L.104, L. 68, ciechi e sordomuti, soggetti sottoposti a trapianto L.31/99	E' stata realizzata la piena condivisione dei processi accertativi nella Azienda con l'INPS titolare del provvedimento finale Condivisione delle procedure aziendali			
	Rotazione annuale di almeno un componente delle Commissioni di accertamento	annuale	Responsabile U.O. Medicina legale	Rapporto fra le commissioni con membro ruotato/n° commissioni
<b>Concessione benefici non economici</b>				
Commissioni patenti, porto d'armi, contrassegno parcheggio, cessione del quinto dello stipendio Rischio: medio	E' stata informatizzata l'attività di prenotazione delle visite per il rilascio delle certificazioni medico-legali con l'inserimento a CUP.			
	Definizione protocolli, comprensivi delle azioni di controllo, per la procedura di rilascio delle certificazioni	30/06/2017	Dirigente UO Medicina Legale Aziendale	N° protocolli predisposti
<b>Libera professione</b>				
Libera professione Rischio: alto	<p>E' stato ridefinito il regolamento aziendale sulla base di quello regionale, le prenotazioni e i pagamenti avvengono tramite CUP, i professionisti che svolgono l'intramoenia allargata sono stati dotati di POS, in alternativa non possono accettare contanti ma solo assegni. . L'attività libero professionale, specie con riferimento alle connessioni con il sistema della gestione delle liste di attesa ed alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni è un'area di rischio di evidenti possibili comportamenti opportunistici.</p> <p>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.</p> <p>Nello specifico gli uffici preposti controllano periodicamente e sistematicamente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ che il professionista in LP effettui l'attività secondo le modalità di cui al regolamento adottato</li> <li>✓ la corrispondenza delle visite effettuate con gli incassi aziendali</li> </ul>			

	Verifica prenotazione attività		Ufficio Libera Professione Responsabili servizi interessati	Rapporto visite prenotate/visite accettate
	Definizione dei criteri per il controllo del rispetto dei requisiti igienico sanitari delle strutture utilizzate, assenza di conflitto di interesse fra il professionista ed il gestore dello studio, rispetto degli orari autorizzati, verifica dei tempi di attesa dell'attività istituzionale e modalità di comunicazione all'ufficio libera professione dell'eventuale superamento	31 dicembre 2017	Ufficio Libera Professione	
	Verifica dei criteri sopra definiti. In sede di autorizzazione e/o campione	annuale	Ufficio Libera Professione Dirigenti responsabili	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

<b>Gestione sperimentazioni cliniche</b>				
	E' stato revisionato il regolamento aziendale per sperimentazioni cliniche			
	Definizione dei criteri per la verifica della corretta ed omogenea applicazione dello stesso, nonché delle comunicazioni interne per la eventuale verifica di assenza di conflitto di interessi. E' stato attivato un apposito gruppo di lavoro	30/06/2017	Responsabile U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse Responsabili servizi interessati	Procedura predisposta
Gestione sperimentazioni cliniche	Verifica dei criteri sopra definiti	annuale	Responsabile U.O. Formazione del Personale e Sviluppo Risorse Responsabili servizi interessati	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate
	<p><i>Autorizzazione visione dispositivi medici.</i> Esistono procedure aziendali consolidate nonché una precisa modulistica che impone la firma di più soggetti, non da ultimo, in alcuni casi, quella del Direttore Sanitario dell'Azienda. La rigidità, con la quale tale sistema è stato costruito, è stata dettata dalla consapevolezza che fenomeni, quali ad esempio il comparaggio, avrebbero potuto annidarsi nella filiera. Ciononostante, la continua evoluzione dei dispositivi e l'innovazione costante dei prodotti farmacologici, pur nel rispetto della deontologia medica e sempre nell'ambito dell'appropriatezza, meritano, se non altro, particolare attenzione.</p>			
	Verifica autorizzazione visione dispositivi medici	annuale	Responsabili macrostrutture	N° delle verifiche effettuate N° delle non conformità riscontrate

<b>Gestione finanziamenti pubblici e privati</b>				
Gestione finanziamenti pubblici e privati, (donazioni e finanziamenti pubblici vincolati) Rischio medio in funzione degli importi e della tipologia della donazione	E' stato predisposto apposito regolamento che definisce i criteri per l'accettazione delle donazioni che non devono generare ulteriori costi aggiuntivi o acquisizione vincolate. E' prevista l'adozione dei progetti finanziati con atto deliberativo che definisce i tempi di attuazione			
	Integrazione regolamento aziendale per disciplinare l'accettazione delle donazioni in denaro	31/12/2017	Responsabile UO Contabilità Economico Finanziaria	Regolamento predisposto

<b>Acquisizione di prestazioni e servizi sanitari</b>				
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"			
	Completare la prevista assegnazione alle associazioni dei trasporti sanitari anche per la zona nord	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Affari generali	assegnazione alle associazioni dei trasporti sanitari anche per la zona nord
	Prevedere l'istituzione di un albo per le associazioni a cui affidare a rotazione i vari trasporti sanitari	31 dicembre 2017	Responsabile U.O. Affari generali	Albo istituito

<b>Rilascio Autorizzazioni</b>				
Rilascio Autorizzazioni Rischio: medio	Le autorizzazioni sono rilasciate sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check list, l'autorizzazione è rilasciata dal Dirigente del Servizio previo esame pratica e sopralluogo da parte dei Tecnici. Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	30 giugno 2017	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Aggiornamento dei protocolli e definizione per le principali attività di check list di controllo	31 dicembre 2018	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte

<b>Attività di controllo e vigilanza</b>				
Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	La vigilanza è svolta sulla base del programma dato dal Responsabile del servizio sulla base di protocolli definiti ed in alcuni casi check, Nel Dipartimento di Prevenzione è stata prevista la costituzione all'interno di ogni Servizio di un gruppo controllo per la verifica delle attività a campione.			
	Raccolta dichiarazione aggiornata di mancanza di conflitto di interesse e raccolta delle stesse	30 giugno 2017	Responsabili dei servizi	Rapporto n° dichiarazioni / n° operatori
	Aggiornamento dei protocolli e definizione per le principali attività di check list di controllo	31 dicembre 2018	Responsabili dei servizi	Numero protocolli aggiornati e check list predisposte
Distretti Attività di controllo e vigilanza Rischio: medio	Costituzione di un gruppo operativo multiprofessionale ed interdistrettuale, che agirà secondo le modalità operative definite dal gruppo di lavoro già costituito	30 giugno 2017	Responsabili dei Distretti	N° commissioni costituite
	Controlli da parte dei distretti su tutti gli aspetti della strutturazione sul territorio e dell'erogazione dell'assistenza medico generica.	1 gennaio – 31 dicembre	Responsabili dei Distretti	N° controlli effettuati N° non conformità riscontrate

<b>Spesa farmaceutica</b>				
Spesa farmaceutica Ospedaliera e Territoriale Rischio: alto	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	In attesa svolgimento gara regionale		
	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.

*Recupero ticket per - codice bianco Pronto Soccorso ed - Altre Prestazioni* .Premesso che l'implementazione informatica degli strumenti attualmente in uso è l'auspicabile sviluppo cui l'Azienda tende per evitare i possibili rischi corruttivi legati a tali fattispecie, per il recupero dei ticket "codice bianco" di Pronto Soccorso (ex Legge 296/2006) sono attualmente applicate delle procedure consolidate che regolano il percorso dai Pronto Soccorso alle Unità Operative Amministrative deputate alla spedizione degli inviti al pagamento e alla ricostruzione degli incassi.

Più impegnativo riguarda il recupero del costo per le altre prestazioni. Al fine di migliorare, la collaborazione tra la Direzione Amministrativa e le Direzioni Sanitarie di Presidio, per lo sviluppo delle procedure di controllo in ordine al rapporto tra esami clinico-chimici e ricoveri ospedalieri, sarà a breve formalizzata una specifica linea guida, che standardizzi le diverse fasi del processo, per assicurare l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero.

Quanto sopra è la necessaria evoluzione per evitare fenomeni "mal funzionamento" verificatisi in particolare negli anni 2010/2012 . Nello specifico l'attività ispettiva, eseguita dal Nucleo Antisofisticazione dei Carabinieri, delegata dalla Procura Regionale della Corte dei Conti, e conclusasi solo nel 2014, ha evidenziato le criticità che, negli anni considerati, non hanno consentito appunto "l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero". L'Azienda ha pertanto avviato e concluso tutti i procedimenti disciplinari del caso e immediatamente adottato, fin dal 2014, la misura correttiva più adeguata, quale l'implementazione delle password individuali per tutto il personale delle varie Unità Ospedaliere che possono accedere al Sistema Informatico del Laboratorio Analisi. Premesso che l'implementazione informatica degli strumenti attualmente in uso è l'auspicabile sviluppo cui l'Azienda tende per evitare i possibili rischi corruttivi legati a tali fattispecie, per il recupero dei ticket "codice bianco" di Pronto Soccorso (ex Legge 296/2006) sono attualmente applicate delle procedure consolidate che regolano il percorso dai Pronto Soccorso alle Unità Operative Amministrative deputate alla spedizione degli inviti al pagamento e alla ricostruzione degli incassi.

Più impegnativo riguarda il recupero del costo per le altre prestazioni.

Al fine di migliorare, la collaborazione tra la Direzione Amministrativa e le Direzioni Sanitarie di Presidio, per lo sviluppo delle procedure di controllo in ordine al rapporto tra esami clinico-chimici e ricoveri ospedalieri, con atto n. 1443 del 28/12/2015 è stata approvata una specifica linea guida, che ha standardizzato le diverse fasi del processo, per assicurare l'inequivocabile corrispondenza tra esame ed introito ove non correlato da ricovero.

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

Predisposizione linea guida di cui sopra	31/12/2017	Responsabili Sanitari e Responsabile Amministrativa Presidi Opsedalieri	Linea guida predisposta
Verifica corrispondenza fra erogato ed incassato.	Annuale	Responsabili dei servizi	Numero non conformità riscontrate

<b>Utilizzo spazi nelle strutture</b>				
Utilizzo spazi nelle strutture Rischio: medio-basso	E' stato predisposto il regolamento aziendale, gli spazi sono concessi dai Responsabili delle Strutture previo domanda al Direttore generale			
	Verifica dell'applicazione del regolamento	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Rapporti con soggetti esterni</b>				
Rapporti con soggetti esterni (assistenza privata e gestione camera mortuaria,, etc.). Rischio: alto	Sono stati predisposti i regolamenti sull'assistenza sanitaria, gestione camere mortuarie, uso degli auditorium e sala riunioni.			
	<i>Utilizzo Camera mortuaria - Certificazione decessi ospedalieri.</i> E' stato predisposto il relativo regolamento aziendale per le strutture ospedaliere, è in fase di definizione quello per le territoriali. Tale attività, vedi anche determinazione ANAC n. 12/2015, viene ricompresa sotto "l'alveo delle aree di rischio specifiche" proprie di una struttura sanitaria, verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione in quanto particolarmente esposta al rischio corruzione. La gestione delle strutture mortuarie, insistenti nella nostra Azienda, è affidata alle rispettive strutture ospedaliere ad eccezione di alcune RSA e dello Hospice che sono riconducibili al territorio . Nelle more della completa applicazione dei previsti regolamenti , che ha tenuto conto tenere conto della normativa in continua evoluzione, è stato e viene assicurato, comunque, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione la più appropriata modalità di gestione. Nello specifico, le rispettive Direzioni Sanitarie vigilano affinché gli operatori, di reparto e/o preposti alla gestione operativa delle camere mortuarie, non intrattengano alcun contatto con agenzie di onoranze funebri al fine di ottenere "utili" dal possibile orientamento in loro favore di parenti dei deceduti.			
	Verifica dell'applicazione dei regolamenti	Annuale	Responsabili Strutture	N° dei controlli effettuati N° non conformità riscontrate
<b>Affari legali e del Contenzioso</b>				
Affari legali e del Contenzioso	In Azienda è stata costituita l'avvocatura interna con l'incarico Professionale Alta Specializzazione "Affari Legali e del Contenzioso", che svolge direttamente circa l'85% delle cause. All'esterno sono conferite solo quelle di elevata specialità, in particolare quelle relative a procedimenti penali. Per l'affido all'esterno si utilizzano due metodologie. La prima ad "Intuito personae", ( Sentenza del Consiglio di Stato sez. V, 11/05/2012, n° 2730 e Deliberazione n° 137/2013/PAR della Corte dei Conti Sezione Regionale di Controllo per l'Umbria) il legale è scelto dalla Direzione aziendale , con proposta di lavorare ai minimi tariffari. Il contenzioso assicurativo è supportato dal Comitato di gestione e dall'Avvocato interno Responsabile dell'U.O. Affari generali, i costi dell'eventuale presenza dell'avvocato esterno sono coperti dall'assicurazione con la quale viene concertata la scelta. Nel sito istituzionale sono assolti gli che la Trasparenza detta per il conferimento degli incarichi, sotto la voce "prestatori di opera intellettuale"			
	Potenziare gli incarichi interni a spese di quelli esterni	Annuale	Responsabile IPAS Affari legali e del Contenzioso	Rapporto n° incarichi esterni/ n° incarichi interni
	Sono in corso di definizione i criteri per predisporre gli albi aperti per materia ai professionisti esterni, applicando il principio della rotazione	31 dicembre 2017	Resp. IPAS Affari legali e del Contenzioso	Albi predisposti

## 10. Programmazione della Trasparenza

Questa «sezione» del documento è formulata in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 10 del D.lgs n.33/ 2013 n. 33 modificato dal Dlgs n. 97/2016, sostituisce il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e va con l' **Allegato 1)** - **“Amministrazione Trasparente – Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti e dei Responsabili della individuazione/ elaborazione/pubblicazione dei dati** che ne è parte integrante, costituisce il piano organizzativo che descrive alcune delle modalità necessarie a garantire all'interno dell'azienda i flussi informativi, l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati e conseguentemente attribuisce le responsabilità in merito agli molteplici e diffusi adempimenti d'obbligo.

Nasce dal costante confronto e dalla proficua collaborazione tra i Responsabili della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza e dall'effettivo coordinamento delle loro attività, svolte sia con il contributo del personale di supporto che con l'impegno di molte componenti aziendali. Questo è stato possibile anche sulla base degli obiettivi formulati nei Programmi degli anni precedenti, con un lavoro finalizzato alla diffusione/conoscenza dei singoli adempimenti, per favorire la diffusione della cultura della integrità e della trasparenza, e la pubblicazione dei dati obbligo di trasparenza da parte dei singoli Servizi.

L'attività collegata all'adempimento degli obblighi di pubblicazione sul sito web istituzionale dell'Azienda, in relazione alla Trasparenza, è consultabile all'indirizzo:

<http://www.uslumbria1.gov.it/amministrazione-trasparente/disposizioni-generalis>

In coerenza con quanto già riportato in altre parti del Piano, si individuano i seguenti obiettivi da perseguire nel triennio 2017-2019:

### Obiettivi organizzativi

- favorire l'informatizzazione di almeno 2 flussi per una migrazione automatica dei dati necessari all'adempimento degli obblighi di trasparenza;
- implementare sistemi di monitoraggio
- formare gli operatori sull'importanza dell'uso di formati aperti.

### Obiettivi di comunicazione nei rapporti con i cittadini

- consolidare i rapporti di fiducia e favorire maggiore partecipazione dei portatori d'interesse;
- rendere più accessibili e fruibili i dati dell'Ente.

In relazione a quanto contenuto nel già citato **Allegato 1)**, - colonna n°6 Aggiornamento, sia per consentire ad ANAc di effettuare la propria vigilanza, sia per dare ai pubblicatori

parametri univoci, si definiscono, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione di ciascun dato, in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme:

<b>AGGIORNAMENTO</b>		
<b><i>Critério di pubblicazione</i></b>	<b><i>Termine di pubblicazione</i></b>	<b><i>Note</i></b>
<b>“tempestivo”</b>	La pubblicazione non deve superare i 30gg. dalla produzione dell'atto o del documento previsto dall'obbligo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Per i “Bandi” almeno 25 gg. prima della data di scadenza per la presentazione delle domande;</li> <li>- Per gli “avvisi” almeno 10 gg. prima della data di scadenza per la presentazione delle domande</li> <li>- il rispetto del termine, per gli atti la cui efficacia, è legata alla avvenuta pubblicazione, determina la possibilità o meno di effettuare pagamenti.</li> </ul>
<b>“trimestrale”</b>	Entro i 45 gg. successivi al trimestre di riferimento dei dati/atti da pubblicare	
<b>”semestrale”</b>	Entro i 45 gg successivi al semestre di riferimento dei dati da pubblicare	
<b>“annuale”</b>	Entro 60 gg successivi all'anno di riferimento dei dati da pubblicare	
<b>date stabilite da specifiche normative</b>	scadenza prevista	

L'aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione "Operazione trasparenza" avverrà comunque ogni volta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

La responsabilità diretta dell'avvenuta pubblicazione è in capo ai Dirigenti dei Servizi che producono/detengono i dati/ documenti.

La vigilanza ed il monitoraggio di ANAc

Al fine di consentire alle amministrazioni i necessari adeguamenti tecnici, l'attività di vigilanza dell'Autorità sui nuovi obblighi e su quelli oggetto di modifica sarà svolta dal 31 gennaio 2017 in coincidenza con l'adozione dei PTPCT:

- verifica effettuata sul sito web istituzionale, sulla base delle pubblicazioni presenti e di quanto previsto dal PTPCT.

## **11. Focus su “obblighi di pubblicazione” – modifiche**

Il riepilogo su alcune modifiche apportate alla normativa sulla trasparenza dal D.lgs. n. 97/2016 che ha abrogato e/o integrato diversi obblighi in uno spirito di semplificazione, non è certamente esaustiva dell'argomento. Vuole soltanto porre attenzione su alcuni aspetti, che possono servire a comprendere, con maggiore immediatezza, quanto riportato nell' Allegato 2)

Tra le **modifiche di carattere generale**, si evidenziano in particolare:

A. - il mutamento dell'ambito soggettivo di applicazione della normativa sulla trasparenza;

B. - l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni;

C.- l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie, nonché l'attribuzione ad ANAC del potere di vigilanza sulle nostre pubblicazioni e della competenza all'irrogazione delle stesse sanzioni.

Il Dlgs n.33/ 2013 modificato dal Dlgs n. 97/2016 prevede all'art. 49 «*norme transitorie e finali*», l'adeguamento ai nuovi obblighi entro sei mesi dall'entrata in vigore (23 dicembre 2016), in realtà l'art. 48 «*Norme sull'attuazione degli obblighi di pubblicità e trasparenza*» rimanda alle direttive di ANAc per «*la definizione di criteri, modelli e schemi standard per l'organizzazione, la codificazione e la rappresentazione dei documenti, delle informazioni e dei dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, nonché relativamente all'organizzazione della sezione «Amministrazione trasparente*».

Come riportato in premessa, le prime direttive ANAc, relative al Dlgs n.33/ 2013 modificato dal Dlgs n. 97/2016 sono state approvate in data 28/12/2016.

Attenzione particolare va posta sull'allegato alle L.G. (Delibera 1310) che sostituisce l'allegato 1 della delibera n. 50/2013, recepisce le modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016 relativamente ai dati da pubblicare e introduce le conseguenti modifiche alla struttura della sezione dei siti web denominata “Amministrazione trasparente”.

### **Nuovi Obblighi di pubblicazione**

Si riepilogano in sintesi, i nuovi obblighi introdotti dal Dlgs n.33/ 2013 modificato dal Dlgs n. 97/2016 alla luce dei chiarimenti di ANAc, contenuti nella già menzionata Delibera n. 1310/2016 / (solo modifiche e integrazioni ) che trovano applicazione nella nostra Azienda.

#### **a) - Trasparenza nell'uso di risorse pubbliche (art. 4-bis)**

Al fine di promuovere l'accesso e migliorare la comprensione dei dati sulla spesa delle pubbliche amministrazioni, l'Agenzia per l'Italia digitale (AGID) gestisce, d'intesa con il Ministero dell'economia e delle finanze, il sito internet denominato "Soldi pubblici", tramite il quale è possibile accedere ai dati degli incassi e dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni e consultarli in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, alle amministrazioni che l'hanno effettuata, nonché all'ambito temporale di riferimento.

Si tratta di un portale web, "Soldi pubblici", <http://soldipubblici.gov.it/> che raccoglie i dati di cassa, di entrata e di uscita, rilevati dal Sistema informativo sulle operazioni degli enti pubblici (SIOPE) li pubblica dopo averli previamente rielaborati nella forma.

La consultazione di tale sito web consente, l'accesso "puntuale" ai dati sull'utilizzo delle risorse pubbliche, con riferimento alla "natura economica" della spesa con aggiornamento mensile.

La disposizione prevede che ogni amministrazione pubblica, in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione trasparente", i dati sui propri pagamenti, permettendone la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari.

#### **ANAc fornisce le seguenti indicazioni:**

ai fini della individuazione della "tipologia di spesa sostenuta", « è opportuno, per il momento, che ciascuna Amministrazione si riferisca alle seguenti tipologie di spesa, in quanto afferenti a risorse tecniche e strumentali strettamente connesse al perseguimento della propria attività istituzionale:

##### ***Uscite correnti***

- Acquisto di beni e di servizi
- Trasferimenti correnti
- Interessi passivi
- Altre spese per redditi da capitale
- Altre spese correnti

##### ***Uscite in conto capitale***

- Investimenti fissi lordi e acquisto di terreni
- Contributi agli investimenti
- Altri trasferimenti in conto capitale
- Altre spese in conto capitale
- Acquisizioni di attività finanziarie

Per ciascuna di tali tipologie di spesa, l'Amministrazione individua la natura economica delle spese e pubblica un prospetto con i dati sui propri pagamenti, evidenziando i nominativi dei "beneficiari" e, quale "ambito temporale di riferimento", la data di effettivo pagamento.

In assenza di una specifica indicazione normativa, la cadenza di pubblicazione in fase di prima attuazione è semestrale e poi almeno trimestrale.

Al fine di evitare disparità di trattamento tra gli Enti del comparto sanità e quelli di altri comparti, il mancato assolvimento di tale obbligo è soggetto alle sanzioni specifiche di cui all'art. 47, co. 1-bis, secondo periodo.

#### **b) - Atti di carattere normativo e amministrativo generale (art. 12)**

Oltre a quanto già previsto:

- Tra gli atti amministrativi generali si segnala l'indicazione dell'obbligo di pubblicazione del Manuale di gestione del protocollo informatico, dei flussi documentali e degli archivi (*pubblicazione sul sito istituzionale è espressamente prevista dall'art. 5 co. 3*

del DPCM 3 dicembre 2013 - Regole tecniche per il protocollo informatico ai sensi degli articoli 40 -bis , 41, 47, 57 -bis e 71, del Codice dell'amministrazione digitale di cui al decreto legislativo n. 82 del 2005). L'articolo, cioè, non riguarda più gli obblighi di pubblicazione dei dati sui dirigenti ora regolati dall' articolo 14, co. 1 bis e 1 ter.

- Per ragioni di semplificazione, gli Atti degli Organismi indipendenti di valutazione (Equiparati a questi atti vanno considerati anche quelli degli organismi che svolgono funzioni analoghe) vanno pubblicati una sola volta nella sotto-sezione "Controlli e rilievi sull'amministrazione" essendo la loro pubblicazione prevista anche nell'art. 31 «*Obblighi di pubblicazione concernenti i dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sull'attività dell'amministrazione*».

### **c) - Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza (art. 15)**

Viene disciplinata la pubblicazione dei dati relativi agli incarichi di collaborazione e di consulenza conferiti e affidati a soggetti esterni a qualsiasi titolo, sia oneroso che gratuito.

- Ai dati da pubblicare, rimasti immutati rispetto alla precedente formulazione, si aggiunge quello relativo all'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, stabilito dall'art. 53, co. 14 del d.lgs. 165/2001. I compensi sono da pubblicare al lordo di oneri sociali e fiscali a carico del collaboratore e consulente.
- I dati relativi agli incarichi e alle consulenze riconducibili alla nozione di "Contratto di appalto di servizi" assoggettato alla disciplina dettata nel codice dei contratti (d.lgs. 50/2016), si applica l'art. 37 del d.lgs. 33/2013, con la pubblicazione dei dati nella sotto-sezione di primo livello "Bandi di gara e contratti".
- L'Autorità, tenuto conto della eterogeneità degli incarichi di collaborazione e consulenza, ha ricondotto a tale fattispecie, quelli conferiti ai Commissari esterni membri di commissioni concorsuali, quelli di componenti del Collegio sindacale, quelli di componenti del Collegio dei revisori dei conti (dei quali va assicurata la pubblicazione).
- Gli incarichi conferiti o autorizzati dall'Amministrazione ai propri dipendenti rimangono disciplinati dall'art. 18 del d.lgs. 33/2013 e devono essere pubblicati «tempestivamente» nella diversa sotto-sezione "Personale" - "Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti"

### **d) - Bandi di Concorso (artt. 19 e 41)**

Pubblicazione dei bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione.

Introdotta l'obbligo di pubblicare anche:

- criteri di valutazione della Commissione (*pubblicati tempestivamente appena disponibili*)
- tracce delle prove scritte. (*dopo lo svolgimento delle prove*)

La pubblicazione dei bandi espletati, deve rimanere rintracciabile sul sito per cinque anni, a partire dal primo gennaio dell'anno successivo a quello in cui occorre procedere alla pubblicazione.

Inoltre, l'art. 41, co.2 (trasparenza del Servizio Sanitario Nazionale) sottolinea l'obbligo di pubblicazione dei bandi e gli avvisi di selezione e lo svolgimento delle relative procedure

degli atti di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento, di strutture semplici e complesse.

**e) - Dati relativi a: enti pubblici vigilati, enti di diritto privato in controllo pubblico, partecipazioni in società di diritto privato (art. 22)**

Le modifiche introdotte all'art. 22 hanno interessato sia gli obblighi di trasparenza posti in capo alle amministrazioni con riguardo alle società a cui partecipano, sia il regime sanzionatorio nei casi di violazione degli obblighi contenuti nel medesimo articolo.

La norma va letta in stretto coordinamento con le disposizioni del D.lgs. 175/2016 «*Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*», cui il d.lgs. 33/2013 fa esplicito rinvio.

Riferimento agli obblighi di pubblicazione dei dati da parte delle pubbliche amministrazioni, integrazioni a quanto già previsto in precedenza:

- ai sensi della lettera d-bis) introdotta nel co. 1 dell'art. 22, i provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati, razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal D.Lgs 175/2016 adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124
- ai sensi del decreto legislativo 19 agosto 2016 n. 175, le pubbliche amministrazioni titolari di partecipazioni di controllo in società, sono tenute a pubblicare i provvedimenti e i contratti di cui ai co. 5 e 6 dell'art. 19 del d.lgs. 175/2016.  
Si tratta dei provvedimenti con cui le amministrazioni fissano, per le società in controllo pubblico, gli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi incluse quelle per il personale e dei provvedimenti con cui le società in controllo pubblico recepiscono gli obiettivi relativi alle spese di funzionamento fissati dalle pubbliche amministrazioni.  
Tali documenti sono quindi pubblicati dalle amministrazioni titolari di partecipazioni di controllo in società (nonché dalle società), anche mediante collegamento ipertestuale, nella sotto-sezione di secondo livello "Società partecipate/provvedimenti società partecipate" della sezione "Amministrazione trasparente" (ai sensi dell'art. 26, co. 6 del d.lgs. 175/2016).  
L'art. 19 del medesimo decreto non si applica alle società a partecipazione pubblica derivanti da una sperimentazione gestionale costituite ai sensi dell'articolo 9-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Per quanto concerne il regime delle sanzioni, si evidenzia di seguito:

Per i casi di mancata o incompleta pubblicazione dei provvedimenti di cui ai commi 5 e 6 dell'art. 19 co. 7 del d.lgs. 175/2016 applicazione delle sanzioni disposte dall'art. 22, co. 4 del d.lgs. 33/2013 (divieto di erogare somme), dall'art. 46 (responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione, valutazione ai fini della Autorità Nazionale Anticorruzione corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili) e dall'art. 47, co. 2, (sanzione amministrativa pecuniaria).

Il co. 4, riprendendo uno degli orientamenti espressi da ANAC, chiarisce che il divieto di erogare somme non si applica ai «pagamenti che le amministrazioni sono tenute ad erogare a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni svolte in loro favore da parte di uno degli enti e società indicati nelle categorie di cui al comma 1, lettere da a) a c)».

A seguito delle modifiche introdotte all'art. 22 dal d.lgs. 97/2016, la sanzione relativa al divieto di erogare somme da parte delle amministrazioni si applica nei confronti di tutti gli enti e le società indicati nell'art. 22, co. 1, lett. da a) a c) solo nei casi in cui l'omessa o incompleta pubblicazione dei dati indicati nel comma 2 del medesimo articolo dipendano dalla mancata comunicazione degli stessi dati da parte degli enti e delle società, qualora tali dati non siano già nella diretta disponibilità delle amministrazioni.

Pertanto, le amministrazioni, prima dell'erogazione di somme a qualsiasi titolo nei confronti di uno degli enti e delle società di cui all'art. 22, sono tenute a verificare sul proprio sito web, eventualmente consultando il proprio Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza o l'OIV, se effettivamente tutti i dati previsti dall'art. 22 del d.lgs. 33/2013 risultano pubblicati sul proprio sito.

#### **f) - Dati aggregati relativi all'attività amministrativa (art.24)**

**Abrogato l'art. 24** del d.lgs. 33/2013 che si riferiva alla pubblicazione sia dei dati aggregati sull'attività amministrativa, sia dei risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della L. 190/2012.

Il monitoraggio periodico effettuato ai sensi dell'art. 1, co. 28, della L. 190/2012 costituisce, comunque, misura necessaria di prevenzione della corruzione.

#### **g) - Bilancio, preventivo e consuntivo, piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, dati concernenti il monitoraggio degli obiettivi (art. 29)**

Pubblicazione del bilancio di previsione e consuntivo, **completo di allegati**, entro trenta giorni dalla sua adozione.

Al fine di assicurare la piena accessibilità e comprensibilità anche da parte dei meno esperti alla lettura delle informazioni di bilancio, si chiede di **pubblicare, in aggiunta**, i dati relativi al bilancio di previsione e a quello consuntivo in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche.

Di rendere accessibili i dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentirne l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.

Strettamente connesso, e complementare, alla pubblicazione integrale e semplificata dei documenti di bilancio nonché dei dati relativi alle entrate e alla spesa, è l'obbligo di pubblicazione del piano di indicatori con cui si fornisce ai cittadini la possibilità di esercitare anche un controllo sugli obiettivi della pubblica amministrazione.

#### **h) - Beni immobili e gestione del patrimonio**

Pubblicazione delle informazioni identificative degli immobili posseduti e di quelli detenuti, nonché dei canoni di locazione o di affitto versati o percepiti. L'amministrazione è tenuta a rendere pubblico il patrimonio immobiliare a propria disposizione, posseduto in ragione di un titolo di proprietà o altro diritto reale di godimento o semplicemente detenuto. Al fine di garantire una

pubblicazione uniforme dei dati, è opportuno che le informazioni sugli immobili siano rese sulla base dei dati catastali.

#### **i) - Dati relativi ai controlli sull'organizzazione e sulle attività dell'amministrazione (art. 31)**

Pubblicazione di tutti gli atti degli organismi indipendenti di valutazione o nuclei di valutazione (procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti).

Organi di revisione amministrativa e contabile: relazione al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio; nonché tutti i rilievi ancorché non recepiti della Corte dei Conti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle Amministrazioni e dei loro uffici.

Ai fini degli obblighi di pubblicazione degli atti conclusivi adottati dagli OIV (o organismi con funzioni analoghe) per la USL Umbria 1 Nucleo di Valutazione Aziendale (NVA):

- la relazione annuale sullo stato del funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità, la validazione della relazione sulla performance di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009

-l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza da parte dell'amministrazione.

ANAc, in data 17 gennaio 2017 ha prorogato al 31 marzo 2017 il termine per l'attestazione e al 30 aprile 2017 del termine per la pubblicazione. Con successiva delibera verranno indicati gli obblighi di pubblicazione oggetto di attestazione.

#### **l) - Dati sui servizi erogati (artt. 32 e 41)**

- Pubblicazione della Carta dei servizi o il documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici.
- Individuazione dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, e pubblicazione di:
  - a) i costi contabilizzati e il relativo andamento nel tempo;
- Apposita sezione denominata «Liste di attesa» con criteri di formazione delle liste di attesa i tempi di attesa previsti e i tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata.

#### **m) - Dati sui tempi di pagamento dell'amministrazione (art.33)**

La misurazione dei tempi riguarda ogni tipo di contratto stipulato dall'amministrazione/ente, ivi compresi quelli aventi a oggetto prestazioni professionali, affidati nel rispetto della disciplina vigente in materia.

Ulteriore novità riguarda la pubblicazione, con cadenza annuale, dell'ammontare complessivo dei debiti e del numero delle imprese creditrici.

Rendere disponibile nella sotto-sezione di secondo livello "Indicatore di tempestività dei pagamenti/ammontare complessivo dei debiti" della sezione "Amministrazione trasparente", possibilmente non oltre il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, l'ammontare complessivo del debito maturato dall'amministrazione e il numero delle imprese creditrici, fra le quali, sono da intendersi ricompresi tutti i soggetti che vantano crediti nei confronti dell'azienda compresi i singoli professionisti.

#### **n) - Procedimenti amministrativi, controlli sulle dichiarazioni sostitutive, acquisizione d'ufficio dei dati (art. 35)**

Nell'ottica della semplificazione:

- a) è stato **eliminato l'obbligo** di pubblicare il nome del responsabile del procedimento, sostituito con la pubblicazione dell'ufficio responsabile (co.1, lett. c);
- b) è stato **abrogato l'obbligo** di pubblicare i risultati dell'indagine di customer satisfaction effettuata per verificare il livello di qualità dei servizi erogati, previsto alla lett. n), abrogata dall'art. 30 del d.lgs. 97/2016;
- c) è stato **soppresso l'obbligo** di pubblicare le eventuali convenzioni che regolamentano le modalità di accesso ai dati secondo quanto previsto nel CO.A.D. e le ulteriori modalità per acquisire d'ufficio i dati per lo svolgimento dei controlli sulle autocertificazioni (co. 3, lett. b) e c).

#### **o) - Contratti pubblici di lavori, servizi e forniture (art. 37)**

L'art. 37 è stato riformulato; permangono gli obblighi di pubblicazione contenuti nell'art. 1, co. 32, della L. 190/2012 ed è stata aggiunta la pubblicazione degli atti e delle informazioni oggetto di pubblicazione ai sensi dell'art. 29 del D.lgs. 50/2016.

Fermo restando quanto già previsto dall'Autorità con la delibera ANAC 39/2016, l'Autorità ritiene che le pubbliche amministrazioni e gli altri soggetti tenuti ai sensi dell'art. 2 bis del d.lgs. 33/2013, siano tenuti a pubblicare nella sezione "Amministrazione trasparente"- sotto- sezione "Bandi di gara e contratti"

- gli atti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 50/2016, (come elencati nell'allegato 2, che è parte integrante del presente documento),
- gli elenchi dei verbali delle commissioni di gara, ferma restando la possibilità di esercizio del diritto di accesso civico generalizzato ai predetti verbali, ai sensi degli artt. 5, co. 2 e 5-bis del d.lgs. 33/2013.

Gli atti in questione possono essere pubblicati nella predetta sotto-sezione, anche tramite link ad altre parti del sito, in attuazione dell'art. 9 del d.lgs. 33/2013, purché in conformità della qualità e apertura dei formati di pubblicazione utilizzati.

#### **p) - Trasparenza dell'attività di pianificazione e governo del territorio (art. 39)**

Al fine di semplificare gli obblighi di trasparenza:

- Sono soppressi, in coerenza con l'introduzione dell'accesso civico generalizzato e la prossima apertura delle banche dati, gli obblighi di pubblicazione dei documenti recanti le linee guida per la valutazione degli investimenti, le relazioni annuali sullo stato di attuazione della pianificazione, ogni altro documento predisposto nell'ambito della valutazione, ivi inclusi i pareri dei valutatori che si discostino dalle scelte delle amministrazioni e gli esiti delle valutazioni ex post che si discostino dalle valutazioni ex ante.

L'obbligo di pubblicare i documenti di programmazione delle opere pubbliche, contenuto al co. 2, riformulato dal d.lgs. 97/2016 ribadisce quanto già previsto per il programma triennale dei lavori pubblici e gli aggiornamenti annuali sia all'art. 21 del d.lgs. 50/2016 sia nella disciplina generale della trasparenza per i contratti pubblici, contenuta nell'art. 29 del

codice (cui peraltro fa espresso rinvio l'art. 37 del d.lgs. 33/2013), ove si afferma nuovamente che «tutti gli atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture... devono essere pubblicati e aggiornati sul profilo del committente...».

- Ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di cui al co. 2 dell'art. 38, è necessario che si proceda ad inserire, nella sezione "Amministrazione trasparente" sotto-sezione "Opere pubbliche" il collegamento ipertestuale alla sotto-sezione "Bandi di gara e contratti", ove risultano pubblicati i dati in questione.

#### **q) - Trasparenza del SSN (art.41)**

L'azienda è tenuta al rispetto di tutti gli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente in materia di trasparenza. Alcuni obblighi sono stati richiamati, per coerenza con il contenuto, nella trattazione precedente, tra gli obblighi l'Autorità pone attenzione sulla pubblicazione di :

- disposizioni contenute in atti vincolanti o accordi, quale, ad esempio, l'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015, recante la disciplina dei rapporti con gli specialisti ambulatoriali interni, veterinari ed altre professionalità sanitarie.

E' bene ricordare che il D. Lgs. 33/2013 per attività professionali intende, ai sensi del comma 1, lettera c) dell'articolo 15, anche le prestazioni professionali svolte in regime intramurario.

Per quanto riguarda gli obblighi di pubblicazione da applicarsi ai dirigenti sanitari ANAc rinvia alle apposite Linee guida sull'art. 14 «*Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione odi governo e i titolari di incarichi dirigenziali*» in corso di adozione.