

AGGIORNAMENTO PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

3° AGGIORNAMENTO 2017 - 2019

INDICE

- 1 INTENTI**
 - 1.1 IMPEGNO**
 - 1.2 OBIETTIVI E STRUMENTI**
 - 1.3 PIANI TRIENNALI DELLE AMMINISTRAZIONI**
 - 1.4 CONTINUITÀ' CON IL P.T.P.C. 2016 – 2018**

- 2 ANALISI E VALUTAZIONE DELLA MAPPATURA**
 - 2.1 CALENDARIZZAZIONE DEGLI INCONTRI DI MONITORAGGIO**

- 3 ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI RISCHI E REVISIONE MAPPATURA**
 - 3.1 OBIETTIVI DEL MONITORAGGIO**

- 4 IL P.T.P.C. ED I PRINCIPI FONDAMENTALI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE E DEL MALFUNZIONAMENTO AMMINISTRATIVO**
 - 4.1 LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE**

- 5 LE AREE A MAGGIOR RISCHIO DERIVANTE DALLA MAPPATURA DEI PROCESSI**
 - 5.1 AREA CONTRATTI PUBBLICI**
 - 5.2 CARATTERE ORGANIZZATIVO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

- 6 COINVOLGIMENTO DEI SOGGETTI INTERNI NELL'AGGIORNAMENTO DEL PTPC**
 - 6.1 ASPETTO FORMATIVO DEL MONITORAGGIO DEI RISCHI**

- 7 CODICE DI COMPORTAMENTO INTERNO**

- 8 LIMITAZIONE DELLA DISCREZIONALITA'**

- 9 INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI**
 - 9.1 VARIE INIZIATIVE AZIENDALI**

- 10 ALTRE MISURE NECESSARIE PER IL CONTRASTO DEI FENOMENI CORRUTTIVI**
 - 10.1 Selezione e rotazione del personale**
 - 10.2 Selezione del personale destinato ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione**
 - 10.3 Patti di integrità negli affidamenti**
 - 10.4 Rispetto dei tempi dei procedimenti amministrativi. Responsabilità dirigenziale e dei dipendenti**

- 10.5 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti**
- 10.6 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali**
- 10.7 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**
- 10.8 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**
- 10.9 Rapporti con i soggetti esterni beneficiari**
- 10.10 Gestione del Whistleblowing**
- 10.11 Rapporti con il Cittadino ed azioni di sensibilizzazione**

- 11 CONCETTO DI RISCHIO IN AMBITO SANITARIO E RELAZIONI CON IL RISCHIO DI CORRUZIONE**
- 11.1 PRINCIPI DELLA GESTIONE DEL RISCHIO**
- 11.2 LA VALUTAZIONE DEL CONTESTO ESTERNO**
- 11.3 LA GESTIONE DEL RISCHIO: ATTUAZIONE DI UN PROCESSO**
- 11.4 IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO**
- 11.5 DEFINIRE IL CONTESTO INTERNO**
- 11.6 ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO**

- 12 LE FIGURE DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO(RUP) E DEL DIRETTORE ESECUZIONE DEL CONTRATTO (DEC)**
- 12.1 IL R.U.P.**
- 12.2 PROFESSIONALITÀ' DEL RUP**
- 12.3 REQUISITI E COMPITI DEL RUP NELL'AFFIDAMENTO DI APPALTI DI SERVIZI E FORNITURE E NELLE CONCESSIONI DI SERVIZI**
- 12.4 COMPITI DEL RUP**
- 12.5 VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA DA PARTE DEL RUP**
- 12.6 FASE DI ESECUZIONE CONTRATTUALE**
- 12.7 IL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE**
- 12.8 COMPITI DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE**
- 12.9 VERIFICA DI CONFORMITA' DEL CONTRATTO**
- 12.10 ATTIVITÀ DI CONTROLLO DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE**

- 13 CONTROLLO SUGLI ENTI ACCREDITATI**

- 14 PROGRAMMA DELLE AZIONI PER LA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE**

- 15 IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE DELLA ASL DI VITERBO 2017-2019**
- 15.1 OBIETTIVI STRATEGICI**

- 16. NOTE RIEPILOGATIVE**
- 16.1 CRITICITÀ'**

- 17 NOTE FINALI**

- 18 NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

ALLEGATI

- MAPPATURA DEI PROCESSI - IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI (AII. 1):

- MISURE DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE (AII. 2)

AGGIORNAMENTO P.T.P.C. 2017 – 2019

1- INTENTI

Si vogliono confermare in questa sede impegni ed obiettivi di sistema già dichiarati nei precedenti piani, ed aggiungere o meglio specificare altri intenti.

Poiché siamo un'Azienda Sanitaria Locale, sembra opportuno far riferimento alle considerazioni del Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, Raffaele Cantone: *"Il diritto alla salute è pretesa primaria delle persone, assicurata dalla Costituzione. Il valore del diritto alla salute come interesse della collettività ne esalta il significato di diritto fondamentale e amplifica la sua dimensione di principio supremo dell'ordinamento"*.

L'ASL di Viterbo ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso prestazioni preventive, di cura e riabilitative, prodotte ed erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni della Provincia di Viterbo, per quanto espressamente previsto o delegato.

Individua il riferimento costante della propria azione nella Persona, unica e irripetibile e ritiene che la sostenibilità economica è raggiungibile solo attraverso l'aderenza dell'organizzazione alla risposta dei bisogni di salute, attraverso l'erogazione di prestazioni appropriate ed azioni di presa in carico che consentano la personalizzazione delle cure, nel rispetto dei bisogni globali di ogni cittadino.

L'azienda ritiene che, per l'attuazione di un modello così articolato, è indispensabile interpretare i bisogni dei cittadini, della società civile e delle Istituzioni. Inoltre, è inevitabile una evoluzione nell'organizzazione in quanto nella produzione - nella forma più avanzata, efficace ed efficiente della

“salute individuale e collettiva” - è necessario adeguare le competenze e i ruoli di chi agisce in quel determinato ambito.

In un terreno così delicato il contrasto alla corruzione assume un ruolo centrale e va, in primo luogo, inteso come cultura della trasparenza che consente la verifica costante degli strumenti, dei tempi e dei modi di attuazione dei trattamenti sanitari”. Anche dai provvedimenti governativi emerge l'intenzione di un adeguamento del sistema finalizzato a semplificare ma al contempo rendere ancora più efficaci gli obblighi di pubblicazione e di accesso alle informazioni, così da avviare un vero e proprio modello di “*Freedom of information act*” realizzatosi nel D.Lgs. n° 97 del 25/05/2016.

1.1 - IMPEGNO

Questa Azienda precisa che il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2017 - 2019, unitamente all'allegato Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) 2017/2019, costituisce “l'insieme degli impegni” che si assumono per la realizzazione di strategie ed azioni rivolte alla promozione dell'integrità e alla prevenzione dell'illegalità, nell'ambito delle previsioni della legge n. 190/2012, dei decreti dalla stessa derivati e dalle indicazioni nei provvedimenti di indirizzo emanati con specifico riferimento al Nuovo P.N.A, approvato con deliberazione ANAC n° 831 del 03/08/2016, le conseguenti Linee guida emanate e del D.Lgs. 25/05/2016 n° 97, il cosiddetto, *Freedom of Information Act* (FOIA).

I sistemi generali di Anticorruzione e Trasparenza prevedono obbligatoriamente forme di coordinamento con il ciclo di gestione della Performance, appunto a garantire un diretto collegamento tra le misure previste per la Trasparenza e la Prevenzione della Corruzione e gli obiettivi e le valutazioni delle attività dei dirigenti e delle unità organizzative.

Si tratta di un “*unitario sistema*” che si vuole confermare, al di là dell'attività riconducibile alla logica dell'adempimento, che annualmente, o comunque ogni volta se ne ravvisasse l'opportunità, vedrà aggiornamenti, modificazioni, integrazioni, sviluppi. L'attività di pianificazione descritta nel documento si configura come un processo ciclico in cui le strategie, le azioni e gli strumenti vengono aggiornati, affinati o modificati anche in ragione degli esiti della loro applicazione. Da qui i criteri fondamentali del Piano, *modularità e progressività*, che rispondono all'esigenza di uno sviluppo “*in progress*” del sistema di prevenzione, consapevoli della complessità delle azioni da promuovere e delle difficoltà di realizzazione.

Come anche richiamato dalla determina A.N.AC. del 28/10/2015, n° 12, l'individuazione delle misure (generali e specifiche) e la programmazione degli incontri finalizzati al monitoraggio dei rischi non devono essere finalizzati esclusivamente alle strategie proprie di prevenzione, ma devono rappresentare occasione per analizzare le proprie attività istituzionali, per perseguire possibilità di maggiore efficienza complessiva, risparmio di risorse, riqualificazione del personale mediante gli interventi formativi, incremento delle capacità tecniche e conoscitive.

Pertanto, al di là di un semplice dovere e/o adempimento da prevedere, l'intento generale è quello di agire per far prendere coscienza all'intero sistema di cui si è parte sulla necessità di correttezza ed integrità nell'agire pubblico (ma anche privato). Il bisogno vero è un cambiamento culturale diffuso ad ogni livello, per il quale lo strumento fondamentale si ritiene sia costituito dalla formazione e dal confronto costruttivo tra Dipendenti(Dirigenti/Comparto). Sul punto, tra le misure si prevedono iniziative ed interventi di informazione e di diffusione, sia del sistema, delle strategie e degli interventi, ma anche delle opportunità e dei benefici che porterebbe un complessivo cambiamento culturale spesso difficile da recepire.

1.2 - OBIETTIVI E STRUMENTI

Sono tre gli *obiettivi* principali da perseguire 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.

I principali *strumenti* previsti dalla normativa:

- adozione dei Piani Triennali per la prevenzione della corruzione
- adempimenti di Trasparenza (Programma Triennale)
- Codici di Comportamento e di conferimento incarichi extraistituzionali
- tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito
- rotazione del personale (aree a rischio)
- obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse
- disciplina per incarichi extra istituzionali e vietati
- incompatibilità e inconfiribilità di incarichi dirigenziali
- disciplina per attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

- disciplina in materia di formazione di commissioni
- disciplina incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA
- formazione del personale

1.3 - PIANI TRIENNALI DELLE AMMINISTRAZIONI

I Piani Triennali delle Amministrazioni devono contenere, tra altri elementi:

- l'individuazione di aree e processi esposti al rischio di corruzione, intesa in senso lato, quindi con esplicito riferimento a tutti i casi di malfunzionamento ed imparzialità della funzione pubblica come detto nei precedenti P.T.P.C.
- il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale
- il monitoraggio dei rischi nei processi
- l'osservanza del Codice di Comportamento, con integrazioni e specificità rispetto a quello nazionale approvato con DPR n. 62/2013
- misure in materia di trasparenza (Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità)
- integrazione e coordinamento con il Piano della Performance
- attività di formazione del personale
- misure per la segnalazione di condotte illecite
- misure per la rotazione del personale addetto alle aree a maggior rischio
- misure in materia di autorizzazione di incarichi esterni
- misure per l'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali (materia rivista dall'Autorità con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014), anche successivamente alla cessazione dal servizio.

1.4 - CONTINUITÀ CON IL P.T.P.C. 2016 – 2018

Il presente Aggiornamento si pone in continuità con il P.T.P.C. 2016-2018, approvato con deliberazione D.G. n° 137 del 29/01/2016, nel rispetto di quanto stabilito dapprima con la determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015 che ha dato modo di offrire un supporto operativo che consentisse alle pubbliche amministrazioni e agli altri soggetti tenuti all'introduzione di misure di prevenzione della corruzione di apportare eventuali correzioni volte a migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto di contrasto ai fenomeni corruttivi a livello sistemico, nonché con i principi del nuovo P.N.A. approvato dall'ANAC con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e le conseguenti Linee Guida adottate.

Secondo quanto previsto dalla L. n° 190/2012, art. 1, co. 5, il P.T.P.C. «**fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio**».

Pertanto, il P.T.P.C non va considerato come «un documento di studio o di indagine ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione».

Il presente Aggiornamento non solo conferma ma conferisce un maggior valore alla finalità generale che il P.T.P.C. deve mantenere nell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Obiettivo principale dell'Aggiornamento è stato l'espletamento della fase del

Monitoraggio dei rischi secondo quanto stabilito nel P.T.P.C. 2016 – 2018.

Tale processo rappresentava la fondamentale esigenza da porre in atto entro l'anno 2016 dopo aver provveduto ad elaborare la mappatura dei rischi e dei processi aziendali.

Quanto sopra, è un passaggio necessario, poiché è sempre ragionevole evidenziare che la mappatura dei processi, insieme alla valutazione dei rischi individuati, potranno essere soggette a perfezionamento e, quindi, ad aggiornamento continuo. Come noto, il P.T.P.C. rappresenta un tipico esempio di attività "*in progress*", ossia un atto che va adattandosi e perfezionandosi nel tempo, tenuto conto dei cambiamenti aziendali.

In una serie di **n. 12 riunioni**, tutte documentate con verbale, appositamente pianificate con tutte le UU.OO.CC. /Strutture previste nel Piano, si è valutata in maniera dettagliata la concreta applicazione e i risultati apportati dall'applicazione delle misure di contrasto indicate nella realtà aziendale. Con tale modalità, basata su veri e propri audit mirati con dirigenti e dipendenti appartenenti alle strutture coinvolte, individuati ed invitati alla discussione allo stesso tavolo, è stato possibile verificare l'applicazione ed i risultati derivanti dall'applicazione delle misure di prevenzione poste dal P.T.P.C. 2016 – 2018.

Tutti gli incontri si sono svolti in forma di confronto, discussione e condivisione tra le parti ed il R.P.C. prendendo in esame sia le misure di contrasto poste dall'Allegato 2, sia dal rapporto delle misure

stesse con i corrispondenti principali processi e sub-processi contenuti nell'Allegato1, nonché con il grado di valutazione stimata del rischio.

Alla fine di questo anno di validità del P.T.P.C. 2016 -2018 ed in base al percorso di verifica del monitoraggio dei rischi e delle misure previste, appare realisticamente possibile disporre di un catalogo dei processi sufficientemente completo di valutazioni, mappature e procedure, per ciascun processo, coerenti con quanto previsto dalla normativa e dal nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con delibera A.N.A.C. n. 831 del 3 agosto 2016.

La fase del monitoraggio attuata come sopra specificato, ha permesso concretamente non solo di vagliare e discutere gli aspetti più problematici dei processi previsti nella mappatura del P.T.P.C. 2016 – 2018 ma anche di analizzare e verbalizzare tutte le riunioni e le discussioni svoltesi al fine di apportare le eventuali modifiche o aggiornamenti del P.T.P.C. per il triennio 2017 – 2019.

Ovviamente, nell'analisi dei rischi e delle misure di contrasto sarà data la priorità ai processi che risulteranno a maggior rischio di corruzione ed a quelli che nel tempo dovessero risultare critici in seguito, ad esempio, ad eventi giudiziari.

Il presente Aggiornamento non solo conferma, ma conferisce un maggior valore alla finalità generale che il P.T.P.C. deve mantenere nell'individuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

2. - ANALISI E VALUTAZIONE DELLA MAPPATURA

Il perseguimento degli obiettivi legati alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda Sanitaria di Viterbo è caratterizzata da una elevata complessità organizzativa. L'elevato numero di processi che si svolgono in Azienda e la loro articolazione, rende particolarmente difficoltosa l'implementazione del processo di gestione del rischio.

L'opera di prevenzione va ovviamente valutata con riferimento al risultato anche rispetto ai passaggi e al metodo generale per raggiungerlo. Di qui è sorta la necessità di orientare la scelta all'approfondimento di specifiche realtà amministrative, per settori specifici di attività, tenuto conto della tipologia dei processi che contraddistinguono un'Azienda Sanitaria.

Come previsto dal nuovo P.N.A. si è agito secondo due modelli organizzativi:

- Misure di prevenzione oggettiva che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari che potrebbero portare ad un improprio

condizionamento delle decisioni aziendali e quindi ad evitare che si configurino situazioni di conflitto d'interessi e/o di discrezionalità;

- Misure di prevenzione soggettiva che mirano a garantire la posizione di imparzialità del dipendente, sia esso dirigente o del comparto, nei modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie imparziali e regolamentate).

Come avvenuto per l'elaborazione del catalogo dei processi, individuazione e valutazione dei rischi, si è ripercorsa ed analizzata, anche nel dettaglio, la conoscenza di tutti i numerosi e complessi processi aziendali.

Nell'ambito degli incontri per il monitoraggio del P.T.P.C., si è valutata l'idoneità della mappatura dei processi nonché l'identificazione e valutazione dei rischi (**AII. 1**) e si è compiuta l'analisi di tutte le UU.OO./Strutture aziendali a seguito dell'applicazione dei criteri contenuti nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016 – 2018 (**AII. 2**).

2.1- CALENDARIZZAZIONE DEGLI INCONTRI DI MONITORAGGIO

La calendarizzazione di tutti gli incontri tenutisi per l'attività di monitoraggio è stata programmata ed effettuata come sotto specificato:

- **28/10**, UOC Affari Generali e Relazioni Esterne, URP, Ufficio Legale, Ufficio Protocollo, Ufficio Referente Comitato Etico
- **03/11**, UOC Pianificazione e Programmazione, Controllo, Gestione Bilancio e Sistemi Informativi
- **08/11**, UOC Politiche e Gestione Risorse Umane - Formazione
- **10/11**, UOC Medicina Legale
- **15/11**, UOC Politiche e Gestione Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Sviluppo Sistemi Informatici e della Sicurezza - Servizio Prevenzione e Protezione (S.P.P.)
- **17/11**, UOC E. Procurement - Ingegneria Clinica - Farmacia aziendale
- **22/11**, UOC Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero - PP.OO. - Dipartimenti Ospedalieri
- **24/11**, Dipartimento Governo dell'Offerta e Cure Primarie - Distretti A – B – C – UOSDI Disabile Adulto - NPI

- **28/11** (*n.2 riunioni distinte*), D.S.M. – UU.OO.CC. Salute Mentale Distretti A – B – C – Serv. Dipendenze (SERD) – Risk Manager – Staff Comunicazione aziendale – Ufficio Stampa
- **29/11**, UOC Programmazione e Gestione Offerta Accreditati
- **30/11**, Dipartimento di Prevenzione SPRESAL – Laboratorio Igiene Industriale-Centro Regionale Amianto – Serv. Veterinario, Sanità Animale e Igiene degli Allevamenti – Serv. Veterinario Ispezione degli Alimenti di Origine Animale – Servizio Igiene degli Alimenti e Nutrizione (S.I.A.N.) – UOC Igiene Pubblica – UOSVD Coordinamento Screening – U.O. Coordinamento Programmi di Vaccinazione – U.O.V.D. Fisica Sanitaria.

Come sopra detto, di ognuna delle riunioni di cui sopra, è stato redatto specifico verbale riportante:

- il numero, nominativi e qualifica dei dipendenti partecipanti (dirigenti, comparto);
- tutti gli argomenti di discussione affrontati specificatamente con i relativi interventi;
- le criticità e le decisioni eventualmente concordate;
- le integrazioni e/o variazioni da apportare anche con riferimento alla valutazione del rischio.

I verbali sopra specificati vengono a costituire parte integrante e sostanziale, anche se non materialmente allegati al P.T.P.C. 2017 - 2019 ma conservati agli atti d'Ufficio del R.P.C., come prodotto della fase di effettivo monitoraggio dei rischi.

3. - ATTIVITA' DI MONITORAGGIO DEI RISCHI E REVISIONE MAPPATURA

Proprio attraverso la fase di monitoraggio dei rischi, si è constatato che il sistema adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo si è rivelato in grado di essere appropriato a garantire un miglioramento della gestione del rischio corruttivo o di malfunzionamento capace di portare al raggiungimento, nel tempo, degli obiettivi strategici posti dalla normativa.

A seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale, approvato con deliberazione C.S. n° 221 del 26/02/2015 a seguito DCA n U00115 del 20/03/2015, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n° 32 – Supplem. n. 1, in data 21/04/2014, è stato necessario apportare al P.T.P.C. 2016 – 2018 degli assestamenti ed integrazioni successivamente perfezionatesi.

I criteri di valutazione adottati dall'Azienda si basano su otto parametri fondamentali:

- 1) grado di discrezionalità;
- 2) concentrazione del potere;
- 3) esistenza o meno di regolamentazioni interne o normative;

- 4) scarsa o meno trasparenza nei procedimenti;
- 5) frequenza controlli;
- 6) possibilità di attuare la rotazione del personale;
- 7) impatto sul patrimonio aziendale dell'atto corruttivo o malfunzionamento generato;
- 8) esistenza o meno di precedenti fatti corruttivi nella U.O./Struttura di riferimento.

Da questi principi, sono scaturiti i criteri di valutazione del rischio in : **ALTO - MEDIO - BASSO**. (v. P.T.P.C. 2015 - 2017).

Il processo di mappatura deve essere contestualizzato dall'analisi e dall'applicazione dettagliata dei citati criteri che rappresentano i punti cardine delle misure di contrasto dei fenomeni corruttivi o di malfunzionamento delle attività.

Dall'espletamento del monitoraggio è stato possibile analizzare la reale efficacia delle misure di contrasto alla corruzione e che, comunque, l'implementazione ed il perfezionamento delle stesse può sicuramente avere un effetto deterrente della corruzione.

L'individuazione di tali misure è stata effettuata secondo le necessità dell'Azienda, tenuto conto di una dettagliata autoanalisi dei processi, della conoscenza approfondita dei procedimenti amministrativi di competenza, della programmazione unitaria dei processi di riorganizzazione, delle esigenze poste dalla propria condizione organizzativa, della situazione dei propri dipendenti, del contesto esterno nel quale si trova ad operare. Il percorso intrapreso ha condotto necessariamente all'adozione di concrete ed effettive misure di prevenzione della corruzione.

Durante l'attività di monitoraggio si è in particolare stabilito:

- di promuovere, a livello di UU.OO./Strutture, periodici momenti di incontro e di confronto finalizzati alla massima diffusione delle strategie elaborate;
- condivisione di percorsi, direttive, procedure e regolamentazioni interne di processi, iniziando da quelli più a rischio, al fine di rendere certa e codificata l'attività amministrativa e amministrativo-sanitaria della Struttura/U.O..

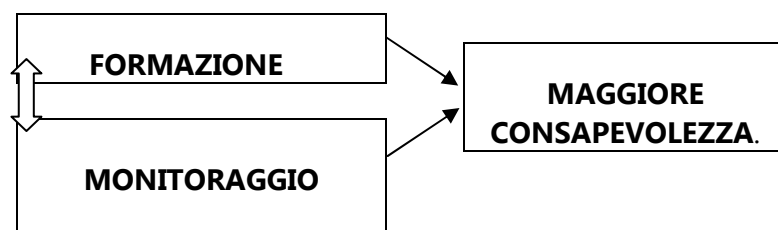
E' realisticamente possibile affermare che dall'elaborazione del P.T.P.C. 2016 - 2018 l'Azienda può disporre di un catalogo dei processi, allo stato dei fatti, sufficientemente completo e di valutazioni, mappature e procedure, per ciascun processo, coerenti con quanto previsto dalla normativa e dal P.N.A.. Ovviamente, nell'analisi dei rischi e delle misure di contrasto sarà data sempre priorità ai

processi che risulteranno a maggior rischio di corruzione e a quelli che nel tempo dovessero risultare critici in seguito, ad esempio, ad eventi giudiziari.

Il sistema di monitoraggio sull'implementazione del PTPC si è rivelato pertanto necessario per valutare l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione come elaborato nel precedente Piano e dovrà essere previsto con regolarità durante la vigenza del P.T.P.C. 2017 - 2019. Nella predisposizione del P.T.P.C. 2016 - 2018 si era già posta l'attenzione quasi esclusivamente sull'analisi dei principali processi organizzativi.

Con riferimento alla mappatura dei processi organizzativi - obiettivo primario del P.T.P.C. 2016 – 2018 - la situazione che appare dopo il monitoraggio è tendenzialmente condivisa e stabile. La programmazione delle misure più generali ha registrato un buon livello di consenso proprio per la capacità di agire su la gran parte dei procedimenti mentre la previsione di misure più specifiche ha suscitato maggiori perplessità in relazione all'individuazione dei rischi e alla capacità di collegarli adeguatamente ai processi organizzativi.

Si può così sintetizzare tutto il percorso svolto sino ad oggi:



3.1- OBIETTIVI DEL MONITORAGGIO

Gli obiettivi degli incontri finalizzati al monitoraggio dei rischi possono così riassumersi:

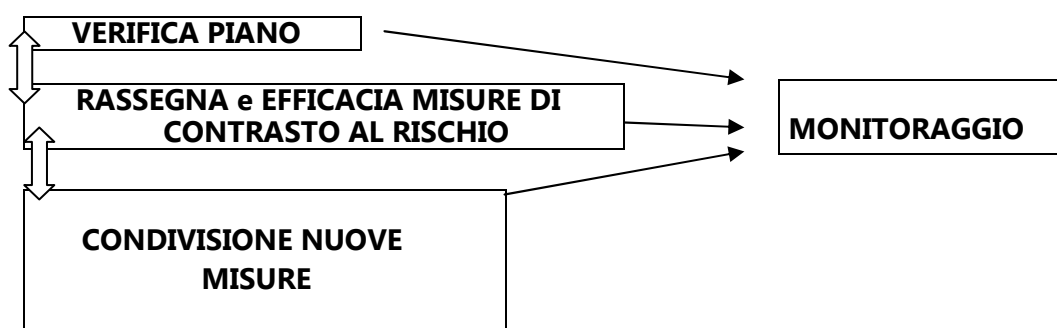
- fornire un supporto al Responsabile dell'Anticorruzione per addivenire ad una stesura di una completa analisi e revisione dell'attuale stato della mappatura dei processi aziendali nonché dell'efficacia delle azioni migliorative poste a tutela dei rischi individuati con contestuale verifica dell'adeguatezza delle misure di contrasto ai fenomeni corruttivi o di malfunzionamento ed eventuali interventi modificativi e/o correttivi;
- procedere, nel caso della A.S.L. di Viterbo, alla prima verifica dei risultati ottenuti dall'applicazione delle misure di contrasto previste nell'Allegato 2 al P.T.P.C. 2016 – 2018 verificandone l'efficacia, la validità, l'attendibilità, la messa in atto, il mantenimento o meno nella mappatura;

- procedere ad eventuale rimodulazione, integrazione, soppressione delle suddette misure o riconferma delle medesime in quanto giudicate efficaci e consone alle rispettive attività prese in esame;
- pervenire ad una mappatura ancora più completa ed aggiornata dei rischi connessi alle varie UU.OO/Strutture/Aree, secondo competenza, aggiungendo o eliminando processi o sub-processi che non risultano appropriati alle nuove esigenze aziendali;
- procedere ad un'eventuale rimodulazione della valutazione del grado di rischio posto dalla mappatura contenuta nel P.T.P.C. 2016 – 2018 qualora, dall'analisi dei processi, risulti un risultato diverso a quello precedentemente stimato;
- tornare di nuovo a sensibilizzare ed orientare il Personale all'osservanza dei principi etici e di comportamento nell'esercizio delle proprie attività previsti dal Codice di Comportamento aziendale (ultima delib. C.S. n° 699 del 25/06/2015), dal D.P.R.16/04/2013, n° 62: "*Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n° 165*", nonché dal P.T.P.C. e dall'osservanza puntuale delle norme sulla Trasparenza (D.Lgs. 25/05/2016 n° 97, il cosiddetto, *Freedom of Information Act* (FOIA) e D.Lgs. n° 33/2013) e Privacy (Regolamento ASL VT delib. C.S. n° 217 del 24/02/2015);
- ottimizzare i contenuti, le dinamiche, le metodologie seguite per la predisposizione del vigente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione riproponendo dei criteri necessari alla messa a punto di misure di contrasto alla corruzione e al malfunzionamento, fornendo modelli comportamentali di riferimento e buone pratiche e contestualizzarli;
- soffermarsi ancora sulle problematiche delle incompatibilità e sulla possibilità di attuare la misura della rotazione del personale;
- riprendere la metodica di "formazione sul campo (*training on the job*)" che proprio durante i precedenti corsi di formazione ha visto i Dirigenti di struttura con i Responsabili dei procedimenti aziendali svolgere un ruolo attivo nell'analisi dei principali processi aziendali;

- ripercorrere il quadro normativo completo di riferimento della normativa relativa alla prevenzione e repressione della corruzione attraverso le nuove norme introdotte nell'ordinamento nell'anno 2016:

- **D.lgs 18 aprile 2016 n. 50**
- **D.Lgs. 25/05/2016 n° 97**
- **Delibera A.N.A.C. n. 831 del 3 agosto 2016** “*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*” e conseguenti Linee guida.

In sintesi, la fase di monitoraggio:



4 - IL P.T.P.C. ED I PRINCIPI FONDAMENTALI PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE E DEL MALFUNZIONAMENTO AMMINISTRATIVO

Si ribadisce, come per l'anno 2016, che le misure generali di prevenzione individuate per gestire il rischio di corruzione, malfunzionamento e/o imparzialità dell'attività aziendale si riferiscono in particolare modo ai seguenti ambiti d'azione:

- **Sensibilizzazione e vigilanza in materia etica e piena osservanza dei principi fondamentali del Codice di Comportamento aziendale** (delibera C.S. n° 699 del 25/06/2015), **dei contenuti del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.), del Piano Triennale della Trasparenza e Integrità (P.T.T.I.) e del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62**, intitolato “*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*”;
- **Evitare situazioni di concentrazione del potere decisionale** facendo in modo, ove possibile, di istituire degli Organismi interni e/o Unità Valutative che possano esprimere pareri collegiali;

- **Limitazione quanto più possibile del rischio di esercizio di potere discrezionale** in tutti i procedimenti amministrativi e in tutti i vari processi aziendali, ricorrendo a regolamentare tutte le attività possibili anche con ricorso a procedure, direttive interne, note, circolari e disposizioni;
- **Provvedere, ove possibile, a far ruotare il personale dipendente** con particolare riferimento al personale impiegato per lunghi periodi in attività particolarmente a rischio;
- **Gestione incarichi e prevenzione di ogni situazione anche potenziale di conflitto di interessi:** prevenzione delle situazioni di inconfiribilità, incompatibilità e, più in generale, di conflitto di interessi;
- **Implementazione di tutte le misure a sostegno della massima trasparenza** cui devono essere improntate le attività amministrative aziendali soprattutto dopo l'entrata in vigore del D.lgs. 25/05/2016, n° 97, il cd. *Freedom of Information Act* (FOIA);
- **Gestione dei rischi di corruzione:** approntare le azioni necessarie per affrontare i rischi di corruzione e le azioni di soluzione dei rischi con definizione degli interventi che si reputano opportuni porre in atto dopo aver elaborato una mappatura pressoché completa dei principali rischi aziendali, a seconda delle UU.OO/Strutture/Aree di competenza;
- **Formazione in tema di anticorruzione:** iniziative di formazione organizzate, tipologia di contenuti e articolazione dei soggetti partecipanti anche attraverso la condivisione e discussione dei materiali distribuiti e delle normative specifiche analizzate e illustrate nei corsi effettuati nell'anno 2015 e ripresi durante la recente attività di monitoraggio tenutasi nelle date sopra indicate;
- **Altre iniziative:** sono stati discussi casi reali in relazione al ruolo svolto dai soggetti partecipanti al monitoraggio. Particolare attenzione è stata prestata agli aspetti riguardanti il Codice di Comportamento interno, i contenuti del P.T.P.C., il ruolo fondamentale della trasparenza, la gestione del conflitto di interesse, l'affiancamento di un dipendente ad un altro dipendente che si trova a svolgere attività particolarmente a rischio, ove non sia possibile attuare la rotazione del personale per l'esiguità dell'organico presente, il percorso normativo della L. n° 190/2012, D.lgs. 33/13, D.Lgs. 39/13 (v. Allegato 2 al P.T.P.C.).

Per una migliore realizzazione del processo di gestione del rischio, si raccomanda a tutto il personale di tenere conto dei principi di seguito indicati, in gran parte già contenuti nell'allegato 6 del P.N.A..

4.1- LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Non è un processo formalistico né un mero adempimento burocratico e non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve essere programmata precisamente per le attività istituzionali svolte dall'Amministrazione; Pertanto:

a) va condotta in modo da realizzare il preminente interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;

b) è parte integrante di tutti i processi decisionali aziendali a tutti i livelli organizzativi.

c) influisce con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni) al fine di porre le condizioni per la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione adottata. Detta strategia deve trovare un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi dell'Azienda. Gli obiettivi individuati nel P.T.P.C. per i Responsabili delle unità operative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori devono, di norma, essere collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance o in documenti di controllo di gestione. L'attuazione delle misure previste nel P.T.P.C. è opportuno divenga uno degli elementi di valutazione del dirigente e, per quanto possibile, anche del personale non dirigenziale;

d) è un processo di miglioramento continuo e graduale ("in progress") che da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi della mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio e, dall'altro, deve tener conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;

e) implica, comunque, l'assunzione di responsabilità. Essa si basa su un processo che richiede, necessariamente, di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte e le relative responsabilità riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPC;

- f)** è un processo "su misura" che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno di ogni singola amministrazione o ente, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC).
- g)** è un processo da svolgersi nella totale trasparenza, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h)** è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i)** non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo. E' quindi normale ammettere delle "*correzioni di rotta*" e adattamenti su alcune fasi del processo di gestione del rischio di corruzione.

Il sistema previsto nel P.T.P.C. 2017 – 2019, in relazione di continuità con il precedente P.T.P.C. 2016 – 2018, con le periodiche attività di monitoraggio, permetterà all'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo di dimostrare con efficacia, anche all'esterno, la sua capacità di garantire un miglioramento continuo finalizzato al raggiungimento, nel tempo, degli obiettivi strategici posti dalla normativa anche in conseguenza di un'articolazione aziendale mutata a seguito dell'adozione del nuovo Atto Aziendale, approvato con deliberazione C.S. n° 221 del 26/02/2015 a seguito D.C.A. n° U00115 del 20/03/2015, pubblicato sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio n° 32 – Supplem. n. 1, in data 21/04/2015. Per cui è stato necessario aggiornare e integrare il P.T.P.C. 2017 – 2019 che ha portato ad una ridefinizione di un nuovo insieme di regole e procedure finalizzato al coordinamento di tutti i soggetti coinvolti nell'adempimento delle prescrizioni di legge, con una chiara identificazione dei ruoli e delle responsabilità a seconda dell'attività lavorativa svolta nella U.O./Struttura di competenza.

La difficoltà consiste nell'individuare e valutare correttamente i rischi di corruzione, di collegarli ai processi organizzativi e di utilizzare un'adeguata metodologia di valutazione e contrasto degli stessi.

5 - LE AREE A MAGGIOR RISCHIO DERIVANTE DALLA MAPPATURA DEI PROCESSI

L'obiettivo operativo primario quello strategicamente individuato dalla normativa è:

- **la prevenzione della corruzione e del "malfunzionamento" della funzione stessa della P.A..**

Si conferma la definizione del fenomeno contenuta nel P.N.A., non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con il “malfunzionamento dell’Amministrazione”, intesa come assunzione di decisioni devianti 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.

Dal lavoro precedentemente promosso di mappatura dei principali processi aziendali, si è rilevato che le Aree maggiormente esposte al rischio di corruzione risultano essere:

- 1) **Area affidamento dei lavori, servizi e forniture:** U.O.C. POLITICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE, IMPIANTISTICO E SVILUPPO SISTEMI INFORMATICI E DELLA SICUREZZA; U.O.C., E. PROCUREMENT; U.O.C. INGEGNERIA CLINICA (criteri di nomina delle commissioni di gara, criteri di individuazione e nomina del RUP e DEC, definizione del soggetto dell’affidamento, requisiti di qualificazione, requisiti di aggiudicazione, valutazione delle offerte, verifica eventuali anomalie della offerte, procedure negoziate, affidamenti diretti, revoca del bando, redazione del crono programma, varianti in corso di esecuzione del contratto, subappalto);
- 2) **gestione del patrimonio e dei pagamenti:** U.O.C. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DEI SISTEMI ECONOMICI, GESTION. E INFORM.;
- 3) **concessione ed erogazione sussidi, autorizzazione Piani Assistenziali Individuali (PAI), concessione ausili protesici :** DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE; SERVIZIO DIPENDENZE; DIPARTIMENTO PER IL GOVERNO DELL’OFFERTA E DELLE CURE PRIMARIE; AREE DISTRETTUALI; SERVIZIO DIPENDENZE;
- 4) **procedimenti riconoscimento handicap, invalidità civile, rilascio patenti, porto d’armi, ecc.,** MEDICINA LEGALE;
- 5) **gestione autocertificazioni, esenzioni e riscossione tickets:** DIPARTIMENTO PER IL GOVERNO DELL’OFFERTA E DELLE CURE PRIMARIE AREE DISTRETTUALI; MEDICINA LEGALE; C.U.P.; DIREZIONE SAN. C.O.B.; DIREZIONI SAN. TERRITORIALI;
- 6) **concessioni autorizzazioni e attività di vigilanza:** DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE;
- 7) **vigilanza e controlli sulle strutture accreditate:** U.O.C. PROGRAMMAZIONE E GESTIONE DELL’OFFERTA ACCREDITATI;
- 8) **concorsi e prove selettive per l’assunzione di personale; progressioni di carriera, conferimento incarichi di collaborazione (CO.CO.CO. CO.CO.PRO.):** U.O.C. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE;

9) attività libero- professionale intramoenia (A.L.P.I.): U.O.C. POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.

La valutazione dei rischi di cui sopra è scaturita dunque dall'applicazione dei criteri fissati nel P.T.P.C. 2015 – 2017, ovviamente esaminati sulla base delle varie competenze sottoposte a diversificazione del rischio, **pervenendo ad una pressoché completa mappatura dei rischi all'interno dei processi principali dell'A.S.L. di Viterbo e, conseguentemente, permettendo di individuare una serie di misure di contrasto e di controllo idonee a combattere o, quanto meno, a ridurre la probabilità del verificarsi di fenomeni corruttivi e/o di malfunzionamento nell'attività istituzionale dell'Azienda** di cui al P.T.P.C. 2016 – 2018. Le aree di cui sopra si sono confermate a particolare rischio anche a seguito dello svolgimento della fase di monitoraggio.

5.1 - AREA CONTRATTI PUBBLICI

Particolare attenzione deve essere posta sull'Area Contratti Pubblici.

Tenuto conto delle indicazioni contenute nella Determina A.N.AC. 28 ottobre 2015 i servizi e le funzioni aziendali coinvolte nell'Area Contratti sono:

- **Politiche e Gestione Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Sviluppo Sistemi Informatici e della Sicurezza**
- **E-Procurement**
- **Ingegneria Clinica.**

Sono stati considerati alcuni rilevanti processi all'interno delle varie fasi in cui sono articolati i procedimenti che realizzano contratti pubblici.

Si distinguono le seguenti fasi:

- _ **Programmazione**
- _ **Progettazione**
- _ **Selezione del contraente**
- _ **Verifica aggiudicazione e stipula del contratto**
- _ **Esecuzione del contratto**
- _ **Rendicontazione del contratto**

Fase: PROGRAMMAZIONE	MISURA DA ATTUARE	ADEMPIMENTI
----------------------	-------------------	-------------

Analisi e definizione dei fabbisogni e dell'oggetto dell'affidamento	Adozione atto di Programmazione Aziendale	Pubblicazione sul sito aziendale
Redazione ed aggiornamento del programma triennale dei lavori	Definizione dei fabbisogni condivisa con i soggetti individuati a livello aziendale e adozione della proposta del programma annuale dei lavori	Pubblicazione sul sito aziendale
Fase: PROGETTAZIONE	MISURA DA ATTUARE	ADEMPIMENTI
Nomina del Responsabile Unico del Procedimento e Componenti il Gruppo tecnico	<p>Nomina RUP sin dal primo atto di impulso applicando, ove possibile, il principio di rotazione rispetto a gare precedenti aventi identico od analogo oggetto</p> <p>Costituzione Gruppo Tecnico: presenza di figure tecniche e professionali dei vari servizi coinvolti applicando, ove possibile il principio di rotazione rispetto a gare precedenti aventi identico od analogo oggetto</p>	Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (RUP e Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara
Individuazione dello strumento/istituto di affidamento	Motivazione nella delibera/determina a contrarre in ordine sia alla scelta della procedura sia alla scelta del sistema di	Specifica dettagliata del criterio di affidamento

	affidamento adottato ovvero della tipologia contrattuale	
<p>Scelta della procedura di aggiudicazione, con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata (esclusività)</p> <p>Affidamenti in esclusiva</p> <p>Affidamenti diretti in economia</p>	<p>Verifica dell'esclusività del prodotto/servizio richiesto con esplicitazione delle motivazioni a supporto</p> <p>Adozione della determina a contrarre con indicazione dei criteri utilizzati per l'individuazione delle imprese da invitare ovvero indicazione degli stessi nell'atto di affidamento</p> <p>Utilizzo dei sistemi informatizzati attivati presso le centrali di committenza per l'individuazione degli operatori da consultare</p>	<p>Individuazione di procedure atte ad attestare il ricorrere dei presupposti legali per indire procedure negoziate</p> <p>Acquisti in economia nell'osservanza delle prescrizioni del nuovo Codice Appalti ed in caso di necessità di garantire continuità nella fornitura nelle more dell'aggiudicazione di gara programmata (€ 40.000)</p>
Fase: SELEZIONE DEL CONTRAENTE	MISURA DA ATTUARE	ADEMPIMENTI
<p>Pubblicazione del Bando</p> <p>Fissazione termini per la ricezione delle offerte</p> <p>Trattamento e custodia della documentazione di gara</p>	<p>Predisposizione di idonei ed inalterabili sistemi di protocollazione delle offerte</p> <p>Obbligo di menzione nei verbali di gara delle specifiche cautele adottate a tutela dell'integrità e della conservazione delle buste contenenti l'offerta</p>	<p>Accessibilità online della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese</p> <p>Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte</p>

		Individuazione di appositi archivi (fisici e/o informatici) per la custodia della documentazione
Fase: VERIFICA DELL'AGGIUDICAZIONE E STIPULA DEL CONTRATTO	MISURA DA ATTUARE	ADEMPIMENTI
Verifica requisiti ai fini della stipula del contratto	Esecuzione dei controlli e verifiche affinché i contenuti del contratto non siano alterati per danneggiare l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria	Verificare che lo schema di contratto da sottoscrivere sia del tutto conforme a quello approvato con atto deliberativo. Tracciabilità dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo.
Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Insussistenza rapporto di contiguità del DEC con l'impresa aggiudicataria o dei requisiti idonei ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza con il ruolo di direzione.	Sottoscrizione da parte del Direttore Esecuzione Contratto di dichiarazione in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione all'oggetto del contratto interessi personali in relazione all'oggetto del contratto
Fase: ESECUZIONE DEL CONTRATTO	MISURA DA ATTUARE	ADEMPIMENTI
Verifiche in corso di esecuzione del contratto	Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate	Applicazione di procedure per la verifica di su non conformità di corretta esecuzione contrattuale

	<p>nell'esecuzione del contratto</p> <p>Riscontro periodico del Direttore dell'esecuzione del contratto sull'andamento del contratto</p> <p>Verifica conformità nelle forniture di beni sanitari</p> <p>Uso/fornitura non giustificati di materiali/forniture fuori contratto</p>	Istruzioni operative sui monitoraggi
Fase: RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO	MISURA DA ATTUARE	ADEMPIMENTI
<p>Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)</p>	<p>Elenchi collaudatori e Pubblicazione modalità di scelta</p> <p>Pubblicazione delle modalità di scelta, dei nominativi e della qualifica professionale dei componenti delle commissioni di collaudo</p> <p>Predisposizione di sistemi di controlli all'interno della stazione appaltante, sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione</p>	<p>Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti</p> <p>di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina di collaudatori, da selezionare di volta</p>

5.2- CARATTERE ORGANIZZATIVO DELLE MISURE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il lavoro di autoanalisi organizzativa che sta dietro al lavoro finalizzato all'individuazione di misure di prevenzione della corruzione deve essere concepito non come adempimento a se stante ma come una politica

di riorganizzazione da conciliare in una logica di politica di miglioramento organizzativo. A questo fine, il P.T.P.C. si configura come il complesso delle misure che autonomamente ogni amministrazione o ente adotta, in rapporto non solo alle condizioni oggettive della propria organizzazione ma anche dei programmi elaborati per il raggiungimento di altre finalità (riqualificazione del personale, maggiore efficienza, risparmio di risorse pubbliche, incremento delle capacità tecniche e conoscitive, raggiungimento di una miglior performance).

6 - COINVOLGIMENTO DEI SOGGETTI INTERNI NELL'AGGIORNAMENTO DEL PTPC

Una delle principali difficoltà riguardante l'implementazione del P.T.P.C. è individuabile nella spesso non chiara configurazione dei compiti e delle responsabilità dei soggetti interni all'Azienda con la conseguenza di un carente confronto e di una complicata condivisione degli obiettivi di prevenzione della corruzione.

Quest'ultima, infatti, è da ritenersi fondamentale ai fini del buon successo dell'intera politica di prevenzione.

Ai fini del buon successo dell'intera politica di prevenzione, è di importanza fondamentale riuscire ad assicurare un pieno coinvolgimento e la partecipazione dei Titolari degli uffici e dei Titolari di incarichi amministrativi di vertice nella discussione e nella pianificazione del lavoro di autoanalisi organizzativa che è alla base di una buona mappatura dei processi e conseguente applicazione dei criteri di valutazione del rischio in diretta collaborazione con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

In tal senso, il coinvolgimento dei dipendenti deve essere assolutamente assicurato con la partecipazione al processo di gestione del rischio e con l'obbligo di osservare le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, co. 14, della l. 190/2012).

Il coinvolgimento di tutto il personale in servizio (ivi compresi anche gli eventuali collaboratori a tempo determinato o i collaboratori esterni) è decisivo per la qualità, l'efficacia del P.T.P.C. e delle relative misure in esso stabilite, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo fondamentale della

lotta alla corruzione e della promozione dei valori etici che sono alla base del Codice di Comportamento aziendale.

Ne caso della ASL di Viterbo il coinvolgimento è stato pienamente assicurato:

- a)** in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi;
- b)** di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione;
- c)** in sede di svolgimento della fase di monitoraggio dei rischi.

Anche per questo, nel P.T.P.C. deve essere assicurata una maggiore attenzione alla **responsabilità disciplinare dei dipendenti**, attivabile dai Responsabili degli uffici. Si tratta di un elemento fondamentale dell'intera politica di prevenzione. Nel P.T.P.C. sono pertanto introdotti obiettivi consistenti nel più rigoroso rispetto dei doveri etici del Codice di Comportamento e verifiche periodiche sull'uso dei poteri disciplinari.

6.1 – ASPETTO FORMATIVO DEL MONITORAGGIO DEI RISCHI

Ai fini di una concreta implementazione e diffusione della cultura della legalità, trasparenza ed integrità all'interno dell'organizzazione sanitaria è necessario, inoltre, supportare l'attuazione del PTPC con gli strumenti, anche formativi, volti ad accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori al processo di miglioramento del sistema.

La centralità della formazione è affermata nella L.190/2012 (art. 1, co. 5, lett. b); co. 9, lett. b); co. 11).

La formazione del Personale rappresentava l'altra esigenza da porre in atto anche per l'anno 2016 contestualmente alla realizzazione del monitoraggio dei rischi.

Il perseguimento dell'obiettivo di monitorare i rischi e di valutare l'efficacia delle misure di contrasto del fenomeno corruttivo ha determinato conseguentemente un approfondimento del percorso formativo promosso nell'anno 2015 nonché una migliore valutazione e qualità delle misure di prevenzione.

Anche in senso formativo, la consapevolezza del fenomeno corruttivo può dirsi raggiunta in maniera apprezzabile.

Il coinvolgimento diretto del Personale (Dirigenti/Comparto) nel monitoraggio dei rischi, oltre a stimolare il senso d'appartenenza e di coinvolgimento aziendale, ha accentuato il rispetto dei principi

generali sulla gestione del rischio che diventa funzionale al rafforzamento dell'efficacia del P.T.P.C. e delle misure di prevenzione, assumendo carattere funzionale alle significative difficoltà di utilizzare le rotazioni di personale sulle "funzioni" e sui compiti operativi, in chiave preventiva all'evento corruzione.

7- CODICE DI COMPORTAMENTO INTERNO

Con deliberazione C.S. n° 699 del 25/06/2015, è stato approvato il Codice di Comportamento aziendale, ai sensi del comma 5° dell'art. 54 del D.Lgs. n° 165/2001, in via di revisione, del D.P.R. n° 16/04/2013, n° 62, recante il Regolamento del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici, nonché della delibera ANAC n° 75/2013 recante le Linee Guida in materia di Codici di Comportamento delle Pubbliche Amministrazioni.

Tutti hanno consapevolezza dell'importanza dei principi etici e di buon comportamento professionale contenuti nel Codice di Comportamento adottato dall'Azienda.

Il Codice di Comportamento è stato pubblicato nell'apposita sezione del sito istituzionale "*Amministrazione Trasparente*", in conformità alle prescrizioni dettate dal D.Lgs. 33/2013 e ai contenuti della Delibera n. 50/2013 dell'A.N.A.C., permettendone la consultazione a tutti gli interessati e garantendone la massima diffusione in conformità alle previsioni di legge.

La misura fondamentale e comune a tutte le UU.OO./Strutture stabilita nel P.T.P.C. 2016 – 2018 è proprio il rispetto e l'osservanza dei principi fondamentali del Codice di Comportamento aziendale.

Dalle relazioni prodotte dai Dirigenti, anche se ancora non tutte pervenute, si riscontra espressamente che nelle UU.OO./Strutture aziendali vengono applicati ed osservati i principi del Codice di Comportamento a cui devono ottemperare altresì i soggetti titolari di nuovi contratti d'impiego che sono obbligati alla sua conoscenza ed osservanza.

Si è ribadito che devono essere predisposti tutti gli schemi-tipo di incarico/contratto inserendo la condizione imprescindibile dell'osservanza del Codice di Comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Entro l'anno di adozione del presente P.T.P.C. 2017 – 2019, deve entrare a regime l'obbligo da parte del Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane di trasmettere al R.P.C., annualmente, un report che riporti il numero e il tipo delle violazioni accertate e sanzionate e in quali aree

dell'amministrazione si concentra il più alto tasso di violazioni al fine attivare, eventualmente, anche in raccordo con l'U.P.D., le autorità giudiziarie competenti per i profili di responsabilità contabile, amministrativa, civile e penale.

8 - LIMITAZIONE DELLA DISCREZIONALITA'

Al fine di limitare quanto possibile situazioni di malfunzionamento, corruzione e parzialità all'interno delle attività, le Strutture/ UU.OO. partecipanti al monitoraggio dei rischi hanno manifestato la volontà di evitare, quanto possibile, ogni forma di discrezionalità nelle decisioni da prendere e di evitare contrazioni di potere applicando regolarmente, norme, circolari interne, direttive aziendali al fine di rendere le varie fasi dei procedimenti vincolate, rigorose e trasparenti. Spesso vengono fatti degli incontri proprio per dar luogo ad iniziative volte a ridurre margini di discrezionalità degli operatori o il verificarsi di situazioni di incompatibilità con le attività svolte.

Durante il monitoraggio si è stabilito di verificare la possibilità di istituire, ove possibile, organi o unità valutative proprio per disporre comunque di valutazioni di tipo collegiale.

In particolare, l'UOC Politiche e Gestione Risorse Umane evidenzia la vigilanza operata, anche attraverso specifici ordini di servizio, in occasione delle fasi preparatorie relative alle nuove assunzioni, durante le quali gli operatori dei servizi preposti vengono affiancati da altro personale appartenente alla UOC allo scopo di evitare fenomeni di concentrazione di potere che potrebbero dar luogo ad un anomalo esercizio della discrezionalità.

9 - INCOMPATIBILITA' E CONFLITTO DI INTERESSI

E' particolarmente importante che tutte le situazioni anche di potenziale conflitto di interessi con l'Azienda, che possano configurare un vantaggio personale anche di natura non patrimoniale, devono essere tempestivamente resi noti, con apposita dichiarazione scritta, da inviarsi al proprio Dirigente.

Su questo argomento si richiede una maggior attenzione da parte di tutti i dipendenti destinati ad operare con utenti/fornitori/contraenti esterni o in attività particolarmente esposte alla corruzione. L'obbligo di far presente ogni situazione di potenziale conflitto al proprio Dirigente ed al R.P.C. è di fondamentale importanza.

Naturalmente il P.N.A. (Piano Nazionale Anticorruzione) raccomanda una particolare attenzione, da parte dei responsabili del procedimento, alle situazioni di conflitto di interesse.

Ci si è soffermati, a tal proposito, sull'art. 1, comma 41, della l. n. 190 ha introdotto l'art. 6 *bis* nella l. n. 241 del 1990, rubricato proprio "*Conflitto di interessi*" e si è posto l'accento sui due aspetti fondamentali della norma:

- 1) è previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti;
- 2) è stabilito un obbligo di segnalazione e di astensione per il Responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti, ad adottare atti che possono in qualche modo configurarsi in conflitto d'interesse con l'Azienda;

La norma persegue, pertanto, una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro-interessati.

La norma va letta in maniera coordinata con la disposizione inserita nel Codice di Comportamento (art. 6 D.P.R. 16/04/2013 n° 62) dei pubblici dipendenti.

"Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza".

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al dirigente, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, esso dovrà essere affidato dal dirigente ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

In proposito, si è affrontato di nuovo l'argomento delle incompatibilità e delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali conferiti ai dipendenti aziendali, sia a titolo gratuito che retribuiti, secondo le previsioni dell'art. 53 D.Lgs. 165/2001 e ss.mm. e ii. apportate dalla L. n° 190/2012, e previsti dall'apposito Regolamento (*deliberazione C.S. n° 927 del 15/10/2014*), in via di rielaborazione.

Per l'attribuzione degli incarichi devono essere inserite espressamente:

- 1) le condizioni di incompatibilità**

- 2) i soggetti interessati rendano almeno una volta l'anno la dichiarazione sostitutiva di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto;
- 3) controlli sulle autocertificazioni rilasciate.

Da qui l'obbligo per l'Azienda conferente di usare la massima diligenza nella valutazione della suddetta dichiarazione, che può essere non veritiera a prescindere dalla consapevolezza del suo autore circa la sussistenza di una delle cause di inconfiribilità o di incompatibilità (*Linee guida ANAC in materia di accertamento delle inconfiribilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi, ex Delibera n. 833 del 3 agosto 2016*). Proprio in considerazione della buona fede presunta del dichiarante, si invitano gli Uffici aziendali di chiedere oltre alla dichiarazioni anche l'elenco di tutti gli incarichi ricoperti dal soggetto che si vuole nominare, nonché delle eventuali condanne da questo subite per i reati commessi contro la pubblica Solo in questo modo, sarà onere dell'amministrazione conferente, sulla base della fedele elencazione degli incarichi ricoperti, effettuare le necessarie verifiche circa la sussistenza di una causa di inconfiribilità o di incompatibilità. In questo modo risulterà meno complicato accertare l'elemento psicologico del dolo o della colpa lieve in capo all'organo conferente, chiamato ad accertare se, in base agli incarichi riportati nell'elenco prodotto, quello che si vuole affidare sia o meno inconfiribile o sia con quelli incompatibile.

Conflitti di interesse - modulistica AGENAS

L'Autorità Nazionale, sempre nell'ambito del provvedimento di aggiornamento del Piano Nazionale, nella parte in cui considera l'area di rischio generale *sanità, relativamente a ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni*, prevede la possibilità che i professionisti delle Aziende Sanitarie impegnati su quelle attività sottoscrivano una "*dichiarazione pubblica di interessi*", in modo da rendere conoscibili le relazioni o gli interessi che li possono coinvolgere nell'espletamento delle loro funzioni. Allo scopo, nell'ambito dei rapporti di collaborazione attivati tra A.N.AC. e l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, sarà resa disponibile una modulistica standard, anche con apposito supporto informatico.

Ai sensi della nota prot. 1053 del 03/02/2016 dell'AGENAS (Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari Regionali), per favorire un'applicazione omogenea della misura prevista al punto 2.2.3 della determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015 da parte delle aziende sanitarie, la citata Agenzia ha reso disponibile sul proprio sito istituzionale una modulistica standard che

permetta l'identificazione dei professionisti del S.S.N. nonché delle attività/interessi/relazioni oggetto di dichiarazione pubblica, sia per ottemperare ai principi di trasparenza, che di responsabilità ed etica all'interno del Sistema Sanitario con particolare riferimento agli ambiti più "sensibili".

Tra questi ambiti, assume particolare rilievo quanto richiamato al citato punto 2.2.3: "*Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni*". Il settore farmaci, dispositivi, l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria nonché le attività di ricerca, sperimentazione clinica e le sponsorizzazioni, sono stati riconosciuti quali ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di possibili conflitti di interessi. La caratteristica del bene "farmaco" e delle relative modalità di acquisizione, preparazione, dispensazione, appropriatezza di somministrazione e smaltimento può dar luogo a comportamenti errati o negligenti che possono configurare sia sprechi di denaro pubblico che eventi avversi. Per questo ANAC, Ministero della Salute ed AGENAS hanno ritenuto necessario adottare delle misure di prevenzione dei rischi.

Di ciò sono stati informati tutti i Dirigenti con nota del RPC n° 30922 del 20/04/2016.

9.1 – VARIE INIZIATIVE AZIENDALI

Si evidenzia che l'UOC Pianificazione e Programmazione, Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi ha predisposto una nuova procedura denominata "Liquimon" che crea uno scadenziario in ordine cronologico per effettuare i pagamenti considerando prioritario il criterio di arrivo delle fatture a partire dalla meno recente, al fine di non creare disparità di trattamento tra i diversi fornitori e non creare potenziali situazioni conflittuali.

L'UOC Politiche e Gestione Risorse Umane deve espletare periodicamente degli incontri con i Responsabili dei diversi settori/UU.OO. al fine di evidenziare le attività più soggette a rischio al termine dei quali deve attuare tutte le iniziative volte a ridurre i margini di discrezionalità o il verificarsi di situazioni di incompatibilità con le procedure svolte. Tra queste iniziative, una in particolare riguarda il controllo "a campione" delle dichiarazioni sostitutive di atto notorio o di certificazione rese sia dai dipendenti che dagli utenti rilasciate, ad esempio, da coloro che richiedono all'Azienda

l'erogazione di somme a titolo di assegni familiari o altro emolumento, oppure controlli sulle procedure concorsuali relativamente alla formazione delle graduatorie ed assegnazione dei punteggi, proprio per evitare che il personale coinvolto non presenti situazioni di incompatibilità o di conflitto d'interessi. Riguardo allo svolgimento di incarichi extraistituzionali la UOC ottempera a quanto disposto dal Regolamento aziendale in merito alle dichiarazioni rilasciate ai sensi del D.P.R. n° 445/2000 e nella fase successiva all'erogazione della prestazione da parte dei soggetti autorizzati, la UOC deve effettuare controlli riguardo alla veridicità della prestazione erogata e l'inserimento del soggetto autorizzato in apposita anagrafica.

Comunque, i soggetti interessati devono rendere sempre la dichiarazione sostitutiva di insussistenza delle cause di inconfiribilità e di incompatibilità all'atto del conferimento di qualsiasi incarico.

L'UOC Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e Sviluppo dei Sistemi Informatici e della Sicurezza oltre a dichiarare le variazioni del RUP nei vari procedimenti, comunica che ogni qual volta si rende necessario costituire commissioni di gara per l'esame delle offerte, individua i componenti attraverso

una valutazione dei requisiti professionali adeguati all'incarico da svolgere, verificando di volta in volta anche la sussistenza o meno di eventuali situazioni di conflitto di interessi e di incompatibilità. Nella documentazione di gara (avvisi, disciplinari, lettere d'invito, ecc.) devono sempre essere inserite clausole di previsione di esclusione dalla gara o di risoluzione del contratto per i casi di inosservanza delle norme comportamentali interne nonché di prevenzione di eventuali situazioni conflittuali di cui all'art. 80, comma 5, D.Lgs. 50/2016.

Inoltre deve essere sottoscritto dai partecipanti alla gara apposito "*Patto di Integrità*" da inserire tra la documentazione obbligatoria di gara.

Le dichiarazioni rese in sede di gara dalle imprese partecipanti vengono verificate con il sistema AVCPass e tutte le spese monitorate attraverso apposito programma di gestione della spesa con indicazione dei fondi residui.

10 - ALTRE MISURE NECESSARIE PER IL CONTRASTO DEI FENOMENI CORRUTTIVI

10.1- Selezione e rotazione del personale

La ratio delle previsioni normative ad oggi emanate è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività e di evitare che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo, relazionandosi sempre con i medesimi interlocutori (fornitori, imprese, ecc.).

Durante tutte le giornate di incontro per il monitoraggio dei rischi, si è a lungo dibattuto sull'attuazione del criterio di rotazione del personale aziendale, soprattutto nei settori soggetti a maggior rischio corruttivo.

Tuttavia, si è dovuto constatare quanto già rimarcato l'anno precedente e cioè che in Azienda è, allo stato attuale, difficilmente applicabile il meccanismo di rotazione del Personale in organico in quanto lo stesso risulta significativamente insufficiente.

Infatti, data la dotazione organica attuale, è ancora molto difficile poter disporre di un programma di rotazione del personale e, anzi, si riscontra una carenza organizzativa a vari livelli.

L'Azienda dovrà affrontare al più presto il problema della carenza di organico per poter definire i criteri e le procedure per poter attuare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La misura di cui trattasi deve essere messa in atto dai vari dirigenti nel momento in cui se ne ravvisi l'assoluta necessità.

10.2 Selezione del personale destinato ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione

10.3 Per la selezione del personale destinato ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, sono previsti criteri di assoluta trasparenza in tutte le fasi del processo che regolano l'attribuzione dei suddetti incarichi come, ad esempio, l'obbligo di comunicare al proprio dirigente, attraverso dichiarazione sostitutiva, l'assenza di conflitti di interesse e situazioni di incompatibilità con la funzione svolta, in linea con la dichiarazione di cui all'art. 6, comma 1, del D.P.R. 62/2013.

10.4 Patti di integrità negli affidamenti

Come sopra detto, in azienda deve essere adottato in tutti i contratti di gare lavori, servizi e forniture il Patto di integrità / Protocollo di legalità che ha lo scopo di condividere un unico documento da integrare nei processi di affidamento prevedendo che, negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito, il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

10.5 Rispetto dei tempi dei procedimenti amministrativi. Responsabilità dirigenziale e dei dipendenti.

Si è rimarcato anche il rispetto dei tempi per la conclusione dei procedimenti per conferire più trasparenza possibile all'azione amministrativa che consenta all'Azienda di essere sempre più

efficiente, responsabile e orientata al risultato, nonché ad assicurare una maggior certezza per quanto riguarda i tempi di conclusione del procedimento.

10.6 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

Il Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane, provvederà ad impartire quanto prima apposite direttive affinché:

- 1)** per l'attribuzione degli incarichi, siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento (Capi III e IV del D.Lgs. 39/2013, art. 53, comma 1bis, del D.Lgs. 165/2001 e situazioni di conflitto di interessi tra cui quelle riportate all'art. 13, comma 3 del DPR 62/2013);
- 2)** i soggetti interessati rendano sempre la dichiarazione sostitutiva di insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

10.7 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Il Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane, provvederà ad impartire quanto prima apposite direttive affinché:

- 1)** per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni di incompatibilità (Capi V e VI del D.Lgs. 39/2013);
- 2)** i soggetti interessati rendano almeno una volta l'anno la dichiarazione sostitutiva di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto;
- 3)** tutti gli incarichi attribuiti in posizioni apicali dell'Azienda siano svolti in posizione di fuori ruolo per tutta la durata dell'incarico.

10.8 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Sono introdotte nuove forme di incompatibilità nel caso di *condanna con sentenza anche non passata in giudicato* per i reati ricompresi nella parte del Codice Penale riservata ai delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione.

I soggetti condannati con sentenza passata in giudicato:

- non possono far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi
- non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture o per la concessione o l'erogazione di contributi, sovvenzioni, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere

- non possono essere assegnati, con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi, forniture.

Il Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane, provvederà ad impartire apposite direttive affinché:

1) siano effettuati i controlli sui precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi mediante acquisizione della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato, nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni di concorso nei casi previsti dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39 del 2013 e per gli stessi incarichi già conferiti;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165 del 2001;

2) se all'esito della verifica risultassero a carico del Personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si asterrà dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione;
- applicherà le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39 del 2013;
- provvederà a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni saranno dichiarati nulli.

10.8 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

Nel corso degli incontri di monitoraggio dei rischi, si è di nuovo affrontata la normativa riguardante il cd. *pantouflage – revolving doors*. Il Dirigente U.O.C. Politiche e Gestione delle Risorse Umane, dovrà disporre che nei contratti di assunzione del personale, sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro.

10.9 Rapporti con i soggetti esterni beneficiari

Il presente obiettivo raggruppa una serie di sotto obiettivi, definiti dal P.N.A. e dalla normativa in materia, che hanno come destinatari i soggetti esterni beneficiari, ovvero, quei soggetti che stipulano

con l'amministrazione contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

La ricognizione di tutti i rapporti che l'Azienda intrattiene con i soggetti esterni beneficiari e l'implementazione di adeguati meccanismi di monitoraggio può essere realisticamente realizzata nell'ambito del medio periodo e quindi entro la scadenza dell'attuale P.T.P.C. 2017-2019. Le risorse attualmente disponibili non permettono un'azione incisiva a tal proposito. Ci si augura che nei successivi aggiornamenti del P.T.P.C. saranno introdotte le misure che nel tempo saranno individuate e messe in pratica compatibilmente con le risorse disponibili.

10.10 Gestione del Whistleblowing

Nell'ambito di tutti gli incontri, è stato ritrattato compiutamente il tema della funzione e della tutela del whistleblower per sensibilizzare tutti i dipendenti sui diritti e sulle tutele previste dalla legge.

Pertanto, si è proposta una modalità operativa attraverso la quale il dipendente aziendale, che intende effettuare una segnalazione di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, deve indirizzarla al proprio superiore gerarchico ed al R.P.C. compilando in tutte le sue parti l'apposito "*modello per la segnalazione di condotte illecite*", previsto nel PTPC 2014/2016.

La segnalazione al proprio superiore gerarchico dovrà essere effettuata utilizzando l'apposito modulo messo a disposizione sul sito intranet aziendale insieme alla descrizione delle modalità di segnalazione. Il modulo conterrà la clausola di riservatezza rivolta a tutti i soggetti coinvolti nel trattamento.

Il dirigente, cui è indirizzata la segnalazione, dovrà:

- intraprendere con tempestività le iniziative istruttorie necessarie in relazione all'illecito di cui è venuto a conoscenza;
- attivare il procedimento disciplinare segnalando tempestivamente l'illecito alla Direzione Strategica, al R.P.C., all'autorità disciplinare, prestando, ove richiesta, la propria collaborazione;
- provvedere ad inoltrare tempestiva denuncia all'autorità giudiziaria o segnalazione alla Corte dei Conti per le rispettive competenze.

Il dirigente dovrà adottare ogni cautela di legge affinché sia tutelato il segnalante e non sia indebitamente rivelata la sua identità. Il dirigente, per la gestione della segnalazione, è obbligato a coinvolgere il numero di persone strettamente necessario e solamente gli uffici competenti. Tutti i

soggetti coinvolti nel trattamento della segnalazione di illecito sono obbligati alla massima riservatezza.

La violazione della riservatezza comporterà l'irrogazione di sanzioni disciplinari.

L'identità del segnalante potrà essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nel seguente caso:

- la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata e la conoscenza dell'identità del segnalante è assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Fuori dai casi di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'art. 2043 del codice civile, il dipendente non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Il dipendente che riterrà di aver subito una discriminazione per aver effettuato una segnalazione di illecito dovrà dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al R.P.C. il quale dovrà valutare la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione; il dirigente valuterà tempestivamente l'opportunità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- all'U.P.D, il quale, per i procedimenti di propria competenza, valuterà la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- al Legale dell'amministrazione che valuterà la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine dell'Azienda.

Dall'analisi delle attività da svolgere, rispetto agli obblighi di legge, il R.P.C. non dispone, allo stato attuale, di risorse sufficienti per gestire le eventuali segnalazioni ricevute da parte dei whistleblower e monitorarle. Questo può portare al parziale raggiungimento dell'obiettivo.

10.11 Rapporti con il Cittadino ed azioni di sensibilizzazione

La A.S.L. di Viterbo, attraverso l'U.R.P. ed il sito internet istituzionale aziendale, promuove l'informazione e la trasparenza prevista quale strategia privilegiata di prevenzione dei fenomeni di corruzione, cattiva amministrazione, malfunzionamento e conflitto di interessi, in ottemperanza a quanto previsto nel Piano Triennale della Trasparenza e Integrità e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione, dalla L. 190/2012, dal D.lgs. 33/2013 e dal D.lgs. 97/2016 (FOIA).

11 - CONCETTO DI RISCHIO IN AMBITO SANITARIO E RELAZIONI CON IL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il concetto di "rischio" in ambito sanitario, nell'accezione tecnica del termine, è prevalentemente correlato agli effetti prodotti da errori che si manifestano nel processo clinico assistenziale. In questo senso, *«la sicurezza del paziente consiste nella riduzione dei rischi e dei potenziali danni riconducibili all'assistenza sanitaria a uno standard minimo accettabile.* Così inteso, il concetto di rischio sanitario è strettamente connesso al concetto di *Risk management* quale processo che, attraverso la conoscenza e l'analisi dell'errore (sistemi di report, utilizzo di banche dati, indicatori) conduce all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione dello stesso e all'implementazione e sostegno attivo delle relative soluzioni.

Non è escluso, tuttavia, che possa sussistere una correlazione tra rischio in ambito sanitario e rischio di corruzione, ove il primo sia un effetto del secondo.

Quindi, ogni qualvolta il rischio in ambito sanitario sia la risultante di comportamenti di *"maladministration"* in senso ampio, gli aspetti di rischio in ambito sanitario possono essere correlati a comportamenti e/o condizioni legati ad una non corretta e/o non trasparente *governance* amministrativa e/o gestione dei singoli processi.

11.1 - PRINCIPI DELLA GESTIONE DEL RISCHI

Nel prendere in esame il contesto aziendale dobbiamo fare riferimento ad alcuni importanti principi per una efficace gestione del rischio.

La gestione del rischio:

- crea e protegge il valore dell'attività aziendale
- e' parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione
- e' parte integrante del processo decisionale
- combatte esplicitamente l'incertezza

- deve essere sistematica, strutturata e tempestiva
- deve basarsi sulle migliori informazioni possibili e certe
- deve realizzarsi "*su misura*", tenendo conto dei fattori sia umani che culturali
- deve essere improntata alla massima trasparenza ed inclusività
- deve essere dinamica, interattiva e reattiva al cambiamento
- deve favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione

Rischio	Effetti dell'incertezza sugli obiettivi
Gestione del Rischio	Attività coordinate e finalizzate per guidare e tenere sotto controllo una organizzazione con riferimento al rischio
Definizione del contesto	Definizione dei parametri esterni ed interni da tenere in considerazione quando si gestisce il rischio e si definiscono il campo di applicazione ed i criteri del rischio per la politica per la gestione del rischio.

11.2 - LA VALUTAZIONE DEL CONTESTO ESTERNO

La visione strategica dell'Azienda è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza e sulla qualità dei servizi offerti agli Utenti rispetto ai loro bisogni ed attese, orientato al miglioramento continuo della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione della domanda di salute del territorio e della valorizzazione delle risorse rappresentate dal patrimonio professionale, di esperienza e di competenza dei suoi operatori, in un contesto di gestione ottimale delle risorse disponibili. L'Azienda, nell'ottica di sostenere la motivazione e il senso di appartenenza degli operatori, promuove e valorizza lo sviluppo delle relazioni interne con forme strutturate di partecipazione organizzativa, e in questo ambito anche il lavoro in equipe, coinvolgendo le diverse professionalità nei processi di sviluppo e miglioramento dell'organizzazione del lavoro e della qualità dei servizi.

La Valutazione del contesto esterno deve tener conto:

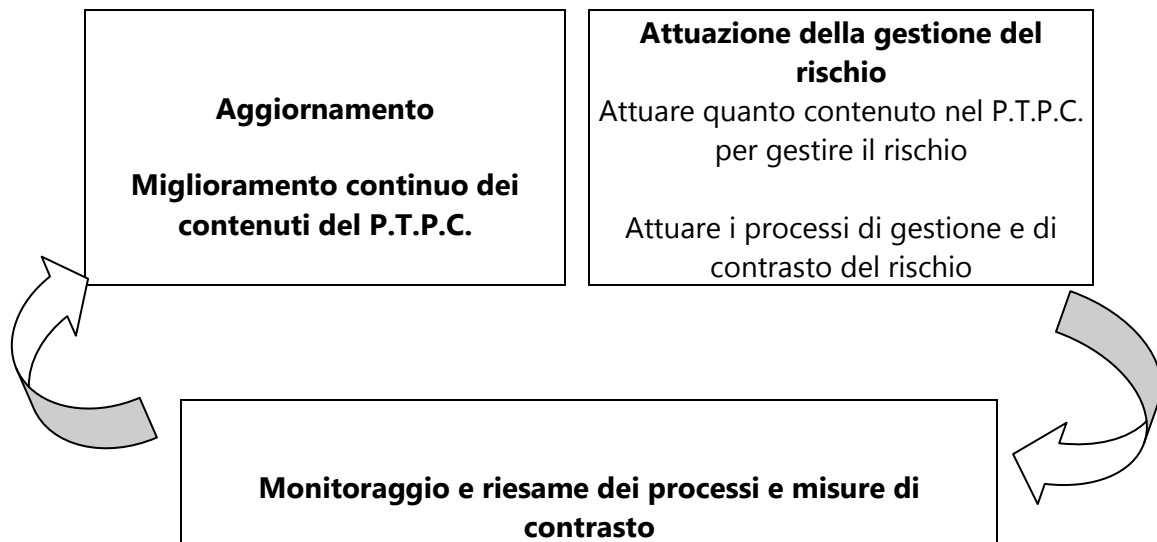
- dell'ambiente sociale, culturale, politico, finanziario, economico, naturale e competitivo, a livello internazionale, nazionale e locale
- delle relazioni con i portatori di interessi esterni, loro percezioni e valori

- della governance, struttura operativa, ruoli e responsabilità
- delle politiche, obiettivi e strategie in atto per il loro conseguimento
- delle capacità, intese in termini di risorse e conoscenza (per esempio capitale, tempo, persone, processi, sistemi e tecnologie)
- dei sistemi e flussi informativi, dei processi decisionali
- della cultura dell'organizzazione
- delle direttive, linee guida e modelli adottati dall'organizzazione
- della forma e l'estensione delle relazioni contrattuali.

11.3 - LA GESTIONE DEL RISCHIO: ATTUAZIONE DI UN PROCESSO

Il rischio va gestito attraverso la strutturazione di un insieme collegato di azioni che consentano una sua riduzione o eliminazione. Per attivare un processo con tali finalità è necessario comprendere le caratteristiche di un processo di gestione del rischio che si compone di specifiche fasi. La sequenza delle fasi è collegata alla definizione degli obiettivi di processo e l'identificazione delle unità preposte. L'attività di applicazione non esaurisce il ciclo poiché il monitoraggio costituisce parte integrante e critica per un corretto adempimento del processo stesso ai fini di dar luogo ad un miglioramento per l'evoluzione dell'attività aziendale. Il monitoraggio fornisce, infatti, opportune garanzie per la verifica del comportamento organizzativo e degli effetti generati dai miglioramenti prodotti. Nella logica del ciclo, il processo può così essere schematicamente rappresentato





Come si vede nello schema, la comprensione dell'organizzazione e del suo contesto e' alla base del modello organizzativo del sistema di gestione del rischio.

11.4 - IL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

L'insieme delle attività, del percorso e dei soggetti che vi partecipano costituisce il processo di gestione del rischio. E' quanto è stato efficacemente concretizzato nella fase propedeutica all'approvazione del Piano.

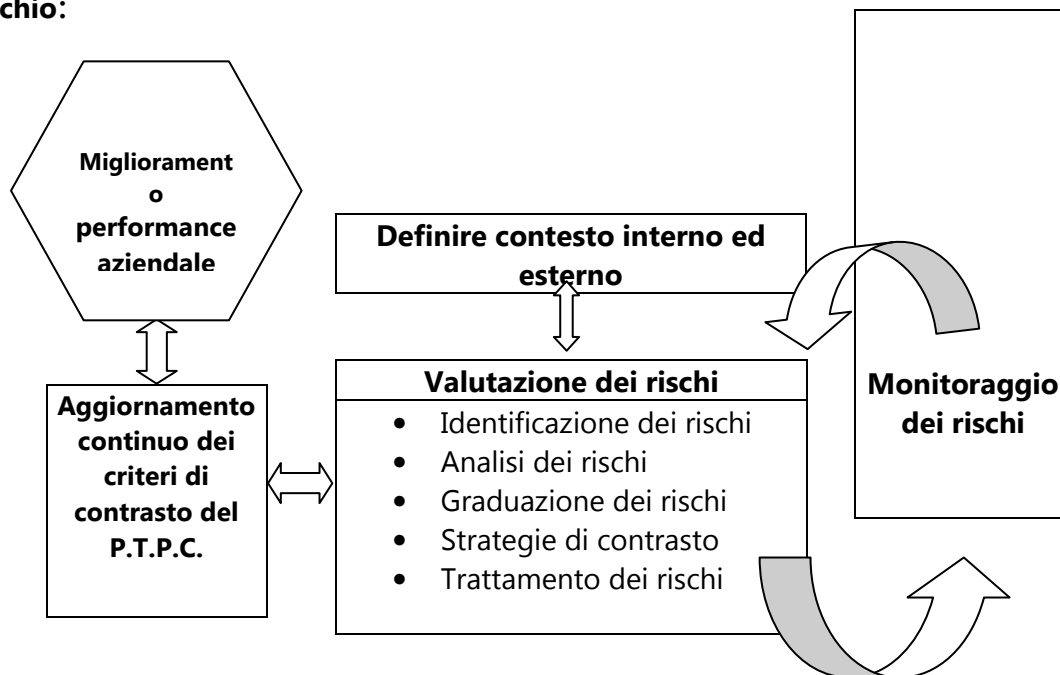
E' articolato, in concreto, nelle fasi di:

- individuazione delle aree con presenza di rischio
- individuazione dei processi/attività all'interno delle aree
- valutazione del rischio, secondo parametri dettati nel Piano Nazionale Anticorruzione
- definizione di misure possibili di prevenzione
- attuazione delle misure
- monitoraggio e valutazione.

Il processo di gestione del rischio deve:

- costituire parte integrante della gestione
- essere incorporato nella cultura e nella prassi dell'organizzazione
- essere adattato ai processi dell'organizzazione

Ecco come può essere rappresentato, nel contesto interno ed esterno, **il processo di gestione del rischio:**



11.5 - DEFINIRE IL CONTESTO INTERNO

Per il contesto interno, occorre considerare le attività sanitarie svolte nonché quelle amministrativo-gestionali.

Il contesto interno è l'ambiente interno in cui l'azienda opera cercando di raggiungere i propri obiettivi.

Qualsiasi cosa possa internamente influenzare il modo in cui l'Azienda gestisce il rischio, deve essere considerata parte del contesto interno.

Si consideri che:

- la gestione dei rischi avviene nel contesto degli obiettivi dell'organizzazione
- gli obiettivi ed i criteri di un particolare processo o attività dovrebbero essere considerati alla luce degli obiettivi dell'organizzazione nel suo complesso
- alcune organizzazioni non riescono a riconoscere le opportunità per conseguire i propri obiettivi strategici e progettuali e ciò può influenzare la credibilità, la fiducia ed il valore dell'organizzazione.

Per comprendere il contesto interno si dovrebbero considerare almeno:

- governance, struttura organizzativa, ruoli e responsabilità
- politiche, obiettivi e le strategie in atto per raggiungerli
- capacità', intesa in termini di risorse e conoscenza
- la cultura dell'organizzazione
- sistemi e flussi informativi e processi decisionali
- norme, linee guida, procedure, regolamentazioni e modelli adottati dall'organizzazione
- forma ed estensione delle relazioni contrattuali.

In conclusione

E' necessario prestare attenzione ai:

- Attività concorrenti al fine di ridurre la mobilità sanitaria verso Aziende extraregionali
- Bisogni dell'Utenza
- Progresso tecnologico e innovazione
- Normative vigenti nelle attività trattate
- Costi dei servizi, lavori, forniture e delle utility
- Cambiamenti esigenze sociali
- Fornitori
- Banche
- ...ecc.

Come si può facilmente immaginare, per ognuna delle voci elencate sopra, sono ipotizzabili rischi ed e' possibile anche definirne la loro interrelazione.

Per ciò che riguarda l'ambiente interno i rischi possono riguardare:

- Capacita' di pianificazione dei fabbisogni
- Ciclo di vita delle apparecchiature, mezzi tecnologici
- Penali dei clienti
- Finanza/Liquidita'
- Attivita' svolte
- Processi
- Qualita' del servizio offerto
- Soddisfazione dell'Utenza

- Fornitori
- Trasporti e Logistica
- Frode da parte dei collaboratori/terzi
- Eventi eccezionali
- Emergenze
- Salute e sicurezza dei lavoratori
- Problemi ambientali
- Problemi energetici
- Infrastrutture
- Rischi specifici per il settore sanitario

Di questo bisogna dunque tener conto per definire il contesto in cui opera l'Azienda per poi intraprendere la valutazione dei rischi ed ottenere risultati migliori e/o migliorabili.

11.6 – ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

Nel 2015 in Provincia di Viterbo la popolazione over 65 è circa il 23,% del totale, percentualmente superiore alla media regionale (16,6%) e nazionale (22%). Gli indicatori di dipendenza strutturale degli anziani si pongono su livelli superiori a quelli della media regionale, ad indicare un peso maggiore della popolazione in età non attiva (56,6%) e della popolazione più anziana (36%) sulla popolazione in età attiva, rispetto a quanto rinvenuto mediamente nelle altre province laziali.

Sono inoltre presenti in Provincia di Viterbo circa 30.090 stranieri, di cui oltre il 50% donne, che costituiscono il 9,4% dei residenti complessivi (seconda solo a Roma, tra le realtà laziali).

Per l'analisi del contesto esterno ove i Soggetti destinatari operano, è necessario considerare i fattori locali idonei a determinare i potenziali rischi di corruzione/condizionamento ed a caratterizzare i Piani rispetto alle peculiarità locali.

Le dimensioni di contesto da analizzare possono riguardare, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, gli aspetti territoriali, epidemiologici, socio-economici, strutturali e organizzativi.

A tal scopo è opportuno utilizzare, per una più puntuale individuazione e analisi dei rischi, le informazioni cui i Soggetti destinatari possono attingere attraverso l'accesso a banche dati del Ministero della Salute e ad altre banche dati nazionali, regionali, locali.

La specificità del settore sanitario, rispetto ad altri settori della pubblica amministrazione, risente di alcuni fattori i cui effetti sono maggiormente percepiti dalla collettività, in ragione della peculiarità del bene salute da tutelare. Alcuni di questi fattori possono interferire nel rapporto tra la domanda sanitaria e l'offerta e costituire potenziali elementi di condizionamento.

Intento primario è pertanto quello di fornire ai Soggetti che interagiscono nel Sistema Sanitario specifiche raccomandazioni per contrastare i suddetti potenziali fattori di condizionamento tenendo conto del particolare ambito di applicazione, del contesto ambientale, della tipologia e del livello di complessità dell'organizzazione sanitaria e del sistema di relazioni in essa esistenti.

Dovremo comunque definire sia il contesto esterno che quello interno.

Il contesto esterno e l'ambiente esterno in cui l'Azienda opera.

E' importante considerare gli obiettivi e le criticità dei portatori d'interesse esterni, cioè le persone o organizzazioni che possono essere influenzate, o influenzare, o percepiscono se stesse come influenzate da una decisione o da una attività aziendale.

Nello sviluppo dei criteri di rischio dovrà essere cura dell'Azienda considerare il contesto relativo a tutta l'organizzazione ed in modo particolare tenendo conto dei requisiti, della percezione dei portatori di interesse e di ogni altro aspetto riguardante la gestione di un rischio.

L'analisi del contesto esterno ha quindi l'obiettivo di evidenziare come l'ambiente nel quale l'Azienda opera possa favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno. Ciò in relazione sia al territorio di riferimento, sia a possibili relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzarne l'attività, anche in riferimento alla specificità delle strutture/UU.OO. da cui l'Azienda è composta.

L'inquadramento del Contesto Esterno richiede un'attività di individuazione, di selezione, di valutazione e di analisi delle caratteristiche ambientali in cui si trova ad agire l'ASL di Viterbo. Tale fase, come obiettivo, pone in evidenza le caratteristiche dell'ambiente territoriale nel quale l'Azienda opera, sia con riferimento alla serie di variabili, da quelle culturali a quelle criminologiche, da quelle sociali a quelle economiche, sino a quelle territoriali in generale, dato che tutte possano favorire il verificarsi di fenomeni. Quanto sopra, si rende necessario sia con riferimento a tutti quei fattori legati

al territorio di riferimento dell'ASL coincidente con la Provincia di Viterbo, sia riguardo alle possibili influenze che il PNA aggiornato individua quali Portatori e Rappresentanti di interessi esterni.

L'Azienda, pertanto, pur vivendo, come dovunque, una fase di decrescita legata a fattori modificativi del mondo del lavoro e dell'economia locale, mantiene ancora intatto il suo profilo dimensionale fondato su una Collettività dedita alla promozione della cultura e delle tradizioni a questa legate ed intimamente connesse, ma anche dedita alla promozione del lavoro e di iniziative private per il miglioramento del contesto sociale. Pur avendo registrato negli ultimi cinque anni il fenomeno che molte aziende hanno cessato le attività con conseguente creazione di situazioni di disagio sociale, tuttavia, l'Azienda Sanitaria di Viterbo tende ad utilizzare al meglio le varie risorse assegnategli dalla Regione Lazio cercando di implementare la quantità e soprattutto la qualità dei servizi verso l'Utenza investendo anche a medio termine sia sul miglioramento dei servizi sanitari che delle tecnologie e con la promozione di una serie di progettualità finalizzate al miglioramento delle prestazioni sanitarie offerte.

Statisticamente, non si rileva una pericolosa presenza di criminalità, se non nell'ordine relativamente normale del fenomeno, e comunque non incidente sulla regolare attività e terzietà dell'azione di governance e di amministrazione.

Non sono, pertanto, rilevabili forme di pressione, tantomeno preoccupanti, che non siano quelle conseguenti alle continue richieste di promozione dei servizi sanitari anche verso i Centri territoriali e verso le classi meno avvantaggiate bisognose di ancora maggiore tutela

Da uno studio condotto dal Dirigente la Divisione Anticrimine della Questura di Viterbo è emerso che l'indagine della qualità della vita presente in un determinato ambito territoriale ha una architettura caratterizzata da nove dimensioni d'analisi:

- affari e lavoro,
- ambiente,
- criminalità,
- disagio sociale e personale,
- popolazione,
- servizi finanziari e scolastici,
- sistema salute,

- tempo libero e tenore di vita,

oltre 21 sottodimensioni e un elevato numero di indicatori di base che consentono di investigare in maniera approfondita i molteplici aspetti in cui la qualità della vita si articola nelle Province italiane.

Va tuttavia detto, almeno per quello che concerne l'andamento della delittuosità, che i dati statistici mostrano un evidente diminuzione dei delitti segnalati all'A.G. sin dal 2013, sia per il numero complessivo (-7,73% nel raffronto 2013-2014), che per i delitti che più destano allarme sociale o comunque suggeriscono un senso di insicurezza maggiore (es.: furti e rapine).

Va rilevato che la locale Prefettura si è prefissa l'obiettivo di monitorare, attraverso l'attivazione del gruppo interforze composto da rappresentanti della Prefettura e delle Forze dell'Ordine, di contribuire a contrastare gli ostacoli al libero esercizio dell'attività imprenditoriale e della concorrenza, nonché di prevenire e contrastare tentativi di ingerenza criminale negli appalti pubblici, garantire la trasparenza nelle procedure finalizzate alla realizzazione delle opere.

Tale attività vuole proteggere il mercato del lavoro nelle fasi di aggiudicazione ed esecuzione degli appalti pubblici, favorendo la c.d. "economia pulita" anche attraverso la stipula di specifici Protocolli d'Intesa.

Questo determina per volume di investimento, complessità e durata, un considerevole impatto sul territorio di questa Provincia, contribuendo a rilanciare l'economia locale, anch'essa colpita dall'attuale congiuntura economica sfavorevole.

12- LE FIGURE DEL RESPONSABILE UNICO DEL PROCEDIMENTO(RUP) E DEL DIRETTORE ESECUZIONE DEL CONTRATTO (DEC)

12.1- IL R.U.P.

L'art. 31 del D.lgs 18 aprile 2016 n. 50 - Linee Guida attuative del nuovo Codice degli Appalti e delle Concessioni, individua le funzioni del RUP negli appalti di lavori, servizi e forniture e nelle concessioni. Le disposizioni in esso contenute si applicano anche alle stazioni appaltanti che ricorrono ai sistemi di acquisto e di negoziazione delle Centrali di Committenza o che operano in aggregazione e, per espresso rinvio dell'art. 114, ai settori speciali (gas, energia termica, elettricità, acqua, trasporti, servizi postali, sfruttamento di area geografica)

La norma citata stabilisce, inoltre, che, per ogni singola procedura di affidamento di un appalto o di una concessione, le stazioni appaltanti, con atto formale del Dirigente dell'U.O./Struttura, che deve essere di livello apicale, nominano, nel primo atto relativo a ogni singolo intervento, un RUP per le fasi della programmazione, progettazione, affidamento ed esecuzione.

In proposito, per i lavori, si ritiene di specificare che:

- il RUP deve essere nominato prima del progetto di fattibilità tecnica ed economica e, nel caso di lavori non assoggettati a programmazione, contestualmente alla decisione di realizzare gli stessi;
- per i servizi e le forniture, invece, il RUP deve essere nominato contestualmente alla decisione di acquisire i servizi e le forniture.

Il RUP deve essere nominato tra dipendenti di ruolo addetti alla medesima unità operativa cui è preposto il soggetto apicale o, in mancanza, tra gli altri dipendenti in servizio.

Alla Stazione Appaltante è data la possibilità di istituire una struttura stabile a supporto dei RUP e di conferire, su proposta di quest'ultimo, incarichi a supporto dell'intera procedura o di parte di essa, nel caso di appalti di particolare complessità, nel rispetto dei principi di adeguatezza e proporzionalità in rapporto all'oggetto dell'appalto e della concessione.

12.2 - PROFESSIONALITÀ DEL RUP

I requisiti di professionalità devono valutarsi in relazione alla complessità dei lavori. Il RUP svolge i propri compiti con il supporto dei dipendenti dell'amministrazione aggiudicatrice.

Deve possedere:

- un livello di inquadramento giuridico e di competenze professionali adeguate in relazione ai compiti per cui è nominato;
- per i lavori e per i servizi attinenti all'ingegneria e all'architettura il RUP deve essere un tecnico abilitato all'esercizio della professione o, quando l'abilitazione non sia prevista dalle norme vigenti, un funzionario tecnico, anche di qualifica non dirigenziale;
- requisiti aggiuntivi di professionalità, individuati in relazione a particolari tipologie di lavorazioni (ad esempio esperienza maturata nel ruolo di RUP) con riferimento ai lavori oggetto dell'intervento, particolari specializzazioni tecniche pertinenti.

12.3 - REQUISITI E COMPITI DEL RUP NELL’AFFIDAMENTO DI APPALTI DI SERVIZI E FORNITURE E NELLE CONCESSIONI DI SERVIZI

Per gli affidamenti di servizi e forniture, mediante appalto e concessione, il RUP è, di regola, un funzionario, anche di qualifica non dirigenziale, dell’amministrazione aggiudicatrice. Anche in questo caso, tuttavia, può valutarsi l’esperienza maturata nel ruolo di RUP in relazione ad affidamenti analoghi oppure al possesso di particolari specializzazioni tecniche o alla frequenza di determinati corsi di formazione.

Il Codice stabilisce espressamente all’art. 101 che l’esecuzione dei contratti di servizi e forniture è diretta dal RUP che assicura il controllo sui livelli di qualità delle prestazioni. La medesima norma precisa altresì che il RUP si avvale, tra gli altri, anche del Direttore dell’esecuzione, accertando il corretto ed effettivo svolgimento delle funzioni affidate.

12.4 - COMPITI DEL RUP

I compiti fondamentali del RUP per le varie fasi del procedimento di affidamento sono specificati all’art. 31, comma 4. Altri compiti assegnati al RUP sono individuati nel Codice in relazione a specifici adempimenti che caratterizzano le fasi dell’affidamento e dell’esecuzione del contratto.

Inoltre, per espressa previsione dell’art. 31, comma 3, il RUP svolge tutti i compiti relativi:

- alle procedure di programmazione,
- progettazione,
- affidamento,
- esecuzione previste dal Codice, che non siano specificatamente attribuiti ad altri organi o soggetti.

Ulteriori compiti del RUP:

- formula proposte e fornisce dati e informazioni al fine della predisposizione del programma triennale dei lavori pubblici e dei relativi aggiornamenti annuali,
- partecipa alla preparazione di ogni altro atto di programmazione di contratti pubblici di servizi e di forniture e dell’avviso di preinformazione, nelle fasi di affidamento, elaborazione e approvazione del progetto di fattibilità tecnica ed economica, definitivo ed esecutivo, nelle procedure di scelta del contraente per l’affidamento di appalti e concessioni, in occasione del

controllo periodico del rispetto dei tempi programmati e del livello di prestazione, qualità e prezzo, nelle fasi di esecuzione e collaudo dei lavori.

12.5 - VERIFICA DELLA DOCUMENTAZIONE AMMINISTRATIVA DA PARTE DEL RUP

Il procedimento di aggiudicazione della gara secondo il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa basato sul rapporto qualità/prezzo, si svolge, normalmente, in tre fasi:

- A)** due richiedono prevalenti competenze amministrative
- B)** l'altra prevalenti competenze tecniche.

L'art. 77 del Codice assegna alla Commissione giudicatrice la valutazione delle offerte tecniche.

Alla stessa, quindi, non è affidato il compito di svolgere le attività preliminari di valutazione e ammissione dei concorrenti.

Questa fase di controllo della documentazione amministrativa deve, quindi, essere svolta dal RUP o, eventualmente, da un seggio di gara istituito *ad hoc*. Ciò anche in considerazione del fatto che il RUP cura il corretto e razionale svolgimento delle procedure, espletando tutti i compiti relativi alle procedure di affidamento che non siano specificamente attribuiti alla commissione giudicatrice.

Rientrano quindi nei compiti del RUP:

- la verifica della regolarità dell'invio dell'offerta,
- del rispetto delle disposizioni generali e speciali,
- la verifica della regolarità della documentazione e del possesso dei requisiti di partecipazione.

12.6 - FASE DI ESECUZIONE CONTRATTUALE

Il RUP, ai sensi degli artt. 101, comma 1, e 102 del Codice, ha un ruolo centrale anche nella fase di esecuzione dei contratti.

In particolare:

- propone l'individuazione di un Direttore dei Lavori;
- impartisce allo stesso le istruzioni occorrenti a garantire la regolarità dei lavori;
- autorizza il direttore dei lavori alla consegna dei lavori;
- svolge le attività di accertamento della data di effettivo inizio, nonché di ogni altro termine di svolgimento degli stessi;
- controlla l'esecuzione del contratto congiuntamente al Direttore dell'esecuzione (art. 102 del Codice).

12.7 - II DIRETTORE DELL'ESECUZIONE

Il RUP ed il Direttore dell'esecuzione (DEC), di nomina della Stazione appaltante, debbono svolgere le rispettive attività in stretto coordinamento.

Il Direttore dell'esecuzione rappresenta, nei confronti dell'impresa, l'Azienda (l'amministrazione committente).

La sua attività di coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto è esplicazione, da un lato, del dovere di cooperazione della stazione appaltante con l'impresa aggiudicatrice, dall'altro, del potere di ingerenza e di controllo dell'amministrazione sull'esecuzione del contratto.

12.8 - I COMPITI DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE

L'articolo 111, comma 2, del nuovo Codice enuncia i compiti del Direttore dell'esecuzione individuandoli nel:

- coordinamento, direzione e controllo tecnico-contabile dell'esecuzione del contratto stipulato dalla stazione appaltante, in modo da assicurarne la regolare esecuzione.

Specificamente, la direzione dell'esecuzione si sostanzia in un insieme di attività volte a:

- garantire che l'esecuzione del contratto avvenga nei tempi stabiliti ed in conformità alle prescrizioni contenute nei documenti contrattuali e nelle condizioni offerte in sede di aggiudicazione o affidamento. Pertanto, è necessario che nel contratto sottoscritto tra le parti siano dettagliatamente riportate le condizioni migliorative offerte nell'ambito dell'offerta economicamente più vantaggiosa e le modalità di esecuzione del servizio e/o di consegna della fornitura.

Durante l'esecuzione del contratto il Direttore inoltre:

1. provvede al **controllo della spesa** legata all'esecuzione del servizio o della fornitura, attraverso la **tenuta della contabilità** del contratto;
2. **segnala** tempestivamente al RUP eventuali **ritardi, disfunzioni o inadempimenti** rispetto alle prescrizioni contrattuali, anche al fine **dell'applicazione delle penali** inserite nel contratto ovvero della risoluzione dello stesso per grave inadempimento nei casi consentiti,

3. **comunica** al Responsabile del procedimento le **contestazioni** insorte in relazione agli aspetti tecnici che possono influire sull'esecuzione del contratto,
4. **trasmette** senza indugio apposita relazione al RUP, qualora nell'esecuzione del contratto avvengano **sinistri alle persone o danni alle cose**,
5. **controlla** per evitare **infiltrazioni** da parte della criminalità organizzata,
6. **verifica** la presenza nel luogo di esecuzione del servizio delle **imprese sub-appaltatrici autorizzate**.

12.9 - VERIFICA DI CONFORMITA' DEL CONTRATTO

Ai fini della definizione dei contenuti della funzione di controllo attribuita al Direttore dell'esecuzione, i contratti di servizi e forniture sono oggetto di verifica di conformità "per certificare che l'oggetto del contratto in termini di prestazioni, obiettivi e caratteristiche tecniche, economiche e qualitative sia stato realizzato ed eseguito nel rispetto delle previsioni contrattuali e delle condizioni offerte in sede di aggiudicazione o affidamento"(art. 102, co. 2, del Codice).

La verifica della conformità è svolta dal Direttore dell'esecuzione del contratto in presenza del RUP e dando avviso all'esecutore della data del controllo affinché quest'ultimo possa intervenire.

La stazione appaltante nomina, ai sensi dell'art. 102, comma 6, una commissione composta da uno a tre componenti scelti tra i propri dipendenti o tra i dipendenti di altra amministrazione, con qualificazione rapportata alla tipologia e caratteristica del contratto il cui compenso è contenuto nell'ambito dell'incentivo di cui all'art. 113. In caso di comprovata carenza in organico di personale con le caratteristiche previste, possono essere nominati soggetti esterni con le procedure di cui all'art. 31, comma 8, nel rispetto di quanto disposto dall' art. 102, comma 7.

Il RUP o il Direttore dell'esecuzione trasmettono al soggetto incaricato della verifica di conformità la seguente documentazione:

- a) copia degli atti di gara;
- b) copia del contratto;
- c) documenti contabili;
- d) risultanze degli accertamenti in merito alle verifiche sulla qualità della prestazione eseguita;

- e) certificati delle eventuali prove effettuate;
- f) ogni ulteriore documentazione ritenuta utile dal soggetto incaricato.

Altri strumenti operativi per il Direttore dell'esecuzione sono:

- 1) il **processo verbale** di accertamento di fatti (di rilevanza particolare quelli relativi all'avvio, sospensione, ripresa e ultimazione dell'esecuzione);
- 2) le **relazioni** per il RUP (quali le relazioni riservate redatte a seguito dell'iscrizione di riserve nei documenti contabili da parte dell'appaltatore, di cui al combinato disposto dell'art. 205, comma 3 e dell'art. 206 del Codice);
- 3) il **certificato di verifica di conformità**;
- 4) le **comunicazioni**.

Ne contratto devono, quindi, essere indicati, in modo preciso, le condizioni:

- sulla regolarità e qualità della prestazione resa,
- sulle penali per eventuali inadempimenti,
- sui casi di sospensione, risoluzione o recesso del contratto,
- su eventuali premi o incentivi,
- sui mezzi e le risorse messi eventualmente a disposizione da parte di un'impresa ausiliaria, allegando il relativo contratto di avalimento,
- sull'intenzione di ricorrere al subappalto, specificando per quale parte dell'affidamento.

12.10 - ATTIVITÀ DI CONTROLLO DEL DIRETTORE DELL'ESECUZIONE

Le attività di controllo del Direttore dell'esecuzione devono essere, quindi, strettamente correlate a quanto definito e disciplinato nei documenti contrattuali, che debbono richiamare le prestazioni indicate dall'esecutore nella propria offerta.

In particolare, l'attività di controllo è tesa a verificare che le previsioni del contratto siano pienamente rispettate, sia con riferimento alle scadenze temporali, che alle modalità di consegna, alla qualità e quantità dei prodotti e/o dei servizi, per le attività principali come per le prestazioni accessorie.

A ulteriore conferma dell'importanza attribuibile alle attività di verifica del Direttore dell'esecuzione, è inoltre, utile evidenziare, come il mancato utilizzo in sede esecutiva degli strumenti di controllo del livello qualitativo delle prestazioni fornite dall'appaltatore rende difficoltoso, se non impossibile,

valersi della possibilità di escludere da gare successive gli imprenditori che abbiano svolto precedenti contratti con negligenza e malafede.

L'utilizzo concreto della facoltà di esclusione dalle gare successive, di quelle imprese che non hanno rispettato, in fase esecutiva, i livelli di qualità richiesti in sede di gara e/o offerti dalle stesse, rappresenta una leva estremamente importante per scoraggiare la presentazione di offerte eccessivamente aggressive sul prezzo e/o con livelli qualitativi concretamente insostenibili.

13 - CONTROLLO SUGLI ENTI ACCREDITATI

Le aziende sanitarie sono tenute, qualora controllino o partecipino in società o altri enti di diritto privato, ad assicurare l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e la promozione della trasparenza in coerenza con quanto previsto nelle norme vigenti.

Per i soggetti non di diritto pubblico, come ad esempio gli ospedali classificati, e anche per gli altri soggetti accreditati con il Servizio Sanitario Nazionale, la cui natura giuridica è di diritto privato, si raccomanda alle amministrazioni di riferimento di promuovere l'adozione di strumenti per il rafforzamento della trasparenza e per la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi, alla luce delle indicazioni operative contenute nel presente PTPC.

Come raccomandato dal Nuovo Piano Nazionale Anticorruzione, per gli enti non di diritto pubblico accreditati con il SSN si fa espresso riferimento di promuovere l'adozione di strumenti per il rafforzamento della trasparenza e per la prevenzione della corruzione e del conflitto di interessi. Qualora le aziende sanitarie controllino o partecipino in società o altri enti di diritto privato, questi ultimi, in analogia agli altri soggetti sopra menzionati, sono tenuti ad assicurare l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza.

Quindi, la distinzione tra pubblica funzione e pubblico servizio si identifica in un unico concetto di attività pubblica che prescinde totalmente dal soggetto che pone in essere l'attività e che va fondato sulla funzionalizzazione dell'attività stessa a fini di pubblico interesse.

Come ribadito di recente dal Consiglio di Stato, il legislatore ha ormai fatto propria "la nozione di servizio pubblico" nel suo significato giuridico potenzialmente più vasto, quale attività, di qualsiasi natura, connessa alla cura di interessi collettivi, sia essa svolta da soggetti pubblici o privati".

Pertanto, il dovere di imparzialità, nel significato che gli attribuisce la Corte dei Conti, caratterizza sia il rapporto tra ente di accreditamento e soggetti accreditati, che tra organismo di certificazione ed organizzazioni certificate.

L'Azienda in particolare con UOC Programmazione e Gestione Offerta Accreditati procede a controlli di verifica della funzionalità e dei livelli di qualità dei servizi a sostegno delle esigenze di garanzia dell'utenza circa le prestazioni ed i finanziamenti erogati, nonché di stimolo, promozione e supporto per gli stessi Enti Gestori che concorrono a realizzare la rete dei servizi sanitari regionale.

La rete assistenziale deve essere finalizzata a far fronte al fabbisogno della domanda di salute dell'Utenza nonché alla razionalizzazione ed all'efficientamento di tutta l'offerta assistenziale.

La possibilità di garantire la necessità di presa in carico di Utenti è sottoposta alla verifica dei requisiti di un sistema di offerta completo ed articolato capace di competere, dialogare e negoziare con l'ASL.

In tal senso, quindi, è necessario che l'Azienda vigili ed assicuri il ruolo strategico che le Strutture accreditate sono tenute a svolgere correttamente, in primo luogo, per il loro ruolo di integrazione dei servizi territoriali in tutte le sue dimensioni assistenziali.

La gestione della rete degli accreditati acquista pertanto una valenza strategica solo se strutturata in una logica di costruzione di continuità e di coerenza con le altre strutture socio sanitarie che determinano il soddisfacimento dell'offerta sanitaria.

Le principali attività devono essere improntate al rispetto dei seguenti principi:

- verifica del possesso dei requisiti organizzativo-funzionali generali e specifici e di quelli tecnologico-strutturali generali e specifici delle Strutture Sanitarie;
- monitoraggio periodico del mantenimento dei requisiti stessi. L'attività di vigilanza viene effettuata su programmazione, ovvero a seguito di segnalazione-esposto o su specifiche richieste provenienti da altri Enti/uffici (Regione, NAS, Sportello URP, etc.). La Programmazione viene fatta anche sulla scorta dell'analisi delle eventuali criticità riscontrate in precedenza. Se il mancato soddisfacimento dei requisiti mette in pericolo la salute del paziente, può provvedersi a proporre sospensione dell'accreditamento.

Le seguenti linee strategiche:

- Sviluppo di sinergie con altre articolazioni aziendali (in particolare con il Dipartimento di Prevenzione);

- Procedure omogenee e trasparenti per il controllo strategico e la verifica dei requisiti essenziali all'esercizio dell'attività sanitaria per il mantenimento nel tempo dei requisiti;
- Valutazione dell'offerta in relazione alle politiche di qualità del servizio, le politiche del personale, le politiche tariffarie, le politiche della logistica del servizio.

Per le citate finalità l'Azienda si è dotata di una rete interistituzionali nei rapporti con le strutture accreditate (R.I.T.H.A. – Rete per l'Integrazione tra Territorio (H) Ospedale e Accreditati) nella quale la U.O.C. Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati trova la sua naturale missione alla governance di rete al fine di garantire ad ogni utente, prestazioni socio-sanitarie appropriate allo stato effettivo di bisogno e facilitando le relazioni istituzionali con le stesse strutture accreditate.

Quindi, l'Azienda deve garantire l'osservanza delle norme in materia al fine di verificare la valutazione dei livelli qualitativi e quantitativi della domanda e dell'offerta assistenziale degli Erogatori Accreditati cui affluiscono le linee di attività relative alla gestione degli accessi al ricovero nelle strutture stesse, il coordinamento dei contratti e la verifica della produzione degli accreditati secondo la valutazione del bisogno di salute facente capo all'Utenza della ASL di Viterbo.

Tutti questi servizi devono svolgersi:

- nell'assoluto rispetto dell'imparzialità, del rispetto delle liste di attesa e nel mantenimento dei requisiti di legge per la verifica dei requisiti organizzativi di accreditamento oltre che di appropriatezza;
- nel rispetto delle valutazioni qualitative assistenziali espresse dal territorio e in sinergia con le strutture assistenziali aziendali, con le linee di attività riguardanti i percorsi assistenziali interregionali ed extraregionali e la mobilità internazionale;
- nel monitoraggio e nel rispetto delle liste di attesa nonché nell'ottimizzazione della gestione delle graduatorie di prenotazione;
- nella verifica tra le prestazioni erogate, le attività effettivamente autorizzate ed accreditate e le certificazioni del fatturato;
- nelle funzioni di controllo e analisi della spesa attraverso l'analisi dei risultati riscontrati attraverso i Sistemi Informativi Aziendali ed il Controllo di Gestione.

14 – PROGRAMMA DELLE AZIONI PER LA TRASPARENZA E ANTICORRUZIONE

Per le considerazioni su esposte, si rileva che il rispetto delle normative in materia di anticorruzione e di trasparenza non deve essere considerato semplicemente un obbligo di legge ma una metodologia costante e continuativa di lavoro che l'Azienda mette in atto per migliorare l'efficienza e l'efficacia di ogni processo, clinico assistenziale ed amministrativo.

Nel corso del 2016 sono stati realizzati corsi di formazione rivolti ai Dirigenti ed agli operatori del comparto sul D.Lgs. 33/2013, sul D.Lgs. 39/2013 in materia di inconferibilità e incompatibilità.

Particolare attenzione è stata posta per tre importanti provvedimenti normativi intervenuti nell'anno 2016:

- il nuovo Codice degli Appalti (**D.lgs 18 aprile 2016 n. 50**) e conseguenti Linee guida ANAC;
- **il D.Lgs. 25/05/2016 n° 97**, il cosiddetto, *Freedom of Information Act* (FOIA);
- **la Delibera A.N.A.C. n. 831 del 3 agosto 2016** “*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*”

Inoltre:

- sono stati istituiti i Patti di Integrità negli affidamenti delle gare che permettono di contrastare e combattere il fenomeno corruttivo nei contratti pubblici.
- attraverso una serie di incontri è stata monitorata la mappatura dei rischi, che ha permesso di confermare i punti di criticità del sistema.

Nel prossimo triennio saranno implementate le azioni già intraprese e in particolare:

- saranno potenziate la formazione, l'informazione e la trasparenza quale strategia privilegiata di prevenzione dei fenomeni di corruzione, cattiva amministrazione, malfunzionamento e conflitto di interessi, in ottemperanza a quanto previsto dal Piano Triennale della Trasparenza e Integrità e del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione;
- continuare il percorso formativo intrapreso, in modalità di “*training of the job*” e di “*workshop*” mirato alla sensibilizzazione del personale al fine di creare un circolo virtuoso di legalità attraverso processi decisionali e comportamentali improntati a fondamentali principi di imparzialità, trasparenza e rispetto delle regole;
- aggiornare ed integrare la mappatura dei rischi e delle misure anticorruzione previste nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione;

- sensibilizzare il personale afferente all'Unità Operativa o Struttura di competenza al *cd. Whistleblower* servendosi del modello per la segnalazione di condotte illecite;
- implementare i controlli sulle aree "più esposte" al rischio adottando le misure di prevenzione più idonee e cercare di attuare, ove l'organico lo consenta, la rotazione al personale evitando le possibili situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, nell'osservanza delle misure contenute nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione;
- partecipare attivamente al Controllo di Gestione per dare prova di come sono state impiegate le risorse umane e finanziarie all'interno della struttura di competenza e verificare se vi sono sprechi o scarsa razionalizzazione delle risorse.

Si specifica che gli obiettivi e gli indicatori di risultato devono essere conformi all'obiettivo di performance dato che le misure di anticorruzione devono essere applicabili, misurabili e verificabili. In tal modo il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione assume, come previsto dalla legge, la funzione di vero e proprio strumento di programmazione aziendale.

Le procedure e le azioni di anticorruzione sono intimamente connesse alla disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni alle quali, seguendo quanto indicato nel decreto legislativo n. 33 del 14 marzo 2013, nella Legge 124 del 7 agosto 2015, e nel D. Legislativo 97/2016 denominato F.O.I.A (*Freedom of Information Act*), l'Azienda si deve necessariamente conformare.

Nel corso del 2016 è stato adottato il Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018 con delibera n. 148 del 01.02. 2016 ed è stato nominato un nuovo Dirigente Responsabile per la Trasparenza con delibera n.757 del 31.05.2016.

Nel 2° semestre 2016 si è proceduto ad effettuare una serie di modifiche ed integrazioni delle pubblicazioni sul sito "Amministrazione Trasparente".

Nello specifico sono state apportati, tra gli altri, i seguenti aggiornamenti :

1. è stato rivisto il layout della sezione Amministrazione trasparente, reso maggiormente aderente alla normativa, togliendo le Icone che precedentemente erano associate all'elenco delle sottosezioni/macrofamiglie;

- 2.** è stato reso visibile lo storico delle deliberazioni e delle determinazioni aziendali, a far data dal 2012, consultabili per anno e per argomento, sia nell'albo pretorio *on-line* che nella sezione "Amministrazione trasparente- Provvedimenti dirigenti";
- 3.** è stato pubblicato per la prima volta il conto annuale aggiornato e stabilizzato per gli anni 2013-2014;
- 4.** sono state recuperate le informazioni e pubblicate le griglie sugli esiti delle gare 2013-2016;
- 5.** è stata effettuata una mappatura del sito per la verifica della completezza delle informazioni pubblicate, prendendo a riferimento le griglie contenenti l'elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti, allegati al Piano Triennale per la Trasparenza ed Integrità;
- 6.** Gli esiti della prima mappatura sono stati inviati ai Direttori delle strutture per gli aggiornamenti di competenza.

Nel 2016 si è espletata la formazione dei Direttori delle UU.OO/Strutture, individuati quali Responsabili della Trasparenza delle Unità Operative, e di loro referenti.

Nel 2017, a seguito delle Linee Guida ANAC di recente emanazione, l'Azienda si adeguerà a quanto previsto dal Decreto Lgs. 97/2016, n° 50 con particolare attenzione in materia di revisione delle griglie da utilizzare per la rilevazione delle informazioni da pubblicare ed in materia di accesso civico.

Le novità introdotte dal modello F.O.I.A. sanciscono la libertà di accesso alle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni, riconosciuta come diritto fondamentale di chiunque.

L'accesso alle informazioni non contempla restrizioni soggettive e non prevede obbligo di giustificare la richiesta; possono essere oggetto di richiesta di accesso sia i documenti che i dati.

Vengono fissati dei limiti specifici secondo un elenco di interessi pubblici e privati.

Viene, inoltre, introdotto il concetto di pubblicazione come regola di trasparenza con conseguente potenziamento della pubblicazione facoltativa che non è imposta dalla legge ma dal buon andamento dell'amministrazione ed intesa come buona pratica a cui dare attuazione.

L'obiettivo è quello di passare da un percorso di trasparenza reattiva su richiesta, ad uno pro-attivo.

Tutte le azioni poste in essere in materia di trasparenza, oltre a rispondere ad obblighi di legge, avvicinano l'Azienda ai cittadini nel rendere fruibili i provvedimenti emanati ed i dati in suo possesso, facilitandone l'accesso.

La ASL di Viterbo realizzerà gli adempimenti sulla trasparenza come obiettivo strategico e inserirà gli obiettivi di trasparenza negli atti di conferimento degli incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa e nei relativi contratti.

Nel corso dell'anno 2016 la Asl ha risposto tempestivamente, nei termini previsti dalla normativa, alle richieste di accesso ai dati non oggetto di pubblicazione obbligatoria, in applicazione del D. Lgs. 97/2016, con esplicitazione di apprezzamento da parte del richiedente.

15 - IL PIANO TRIENNALE DELLE PERFORMANCE DELLA ASL DI VITERBO 2017-2019

Il Piano Triennale delle Performance della Asl di Viterbo 2017-2019 è stato redatto in coerenza con gli strumenti di programmazione regionale e con i vincoli di Bilancio; in particolare con i Programmi Operativi, con il DCA 248/2015 che attribuisce gli obiettivi ai Direttori Generali della Regione Lazio, con la Legge 125 del 06/08/2015 in materia di disposizioni urgenti per gli Enti Territoriali e con gli obiettivi di Contratto assegnati al Direttore Generale.

Migliorare la performance delle Amministrazioni Pubbliche è l'obiettivo comune e centrale delle numerose iniziative di cambiamento in atto nel settore pubblico del nostro Paese. La necessità di rispondere adeguatamente alle esigenze crescenti dei cittadini, in termini di qualità delle politiche e dei servizi

erogati, soprattutto in tempi di forti ristrettezze economiche che stanno minacciando la sostenibilità del Servizio Sanitario Pubblico nel suo complesso, obbliga le pubbliche amministrazioni a munirsi di informazioni precise e quantificabili sugli aspetti rilevanti delle proprie attività per migliorare l'erogazione dei servizi e l'organizzazione stessa, nonché per rendere più trasparente la rendicontazione del proprio operato agli stakeholder e ai cittadini.

L'ASL di Viterbo fa propria la definizione di performance così come declinata dal Decreto Legislativo 150/2009 – la cosiddetta "Riforma Brunetta": "Il contributo (risultato e modalità di raggiungimento del risultato) che un soggetto (sistema, organizzazione, unità organizzativa, gruppo di lavoro, individuo) apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi ed, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è costituita".

In considerazione del quadro normativo che è emerso dopo l'entrata in vigore della legge n. 190/2012 e dei decreti legislativi n. 33/2013 e n. 39/2013, E DEL d.LGS. N° 97/2016, il Piano della performance è

concepito anche come momento di sintesi degli strumenti di programmazione di cui l'Azienda si dota e contiene anche obiettivi riguardanti la prevenzione della corruzione, la trasparenza e l'integrità.

Pertanto, la coerenza tra il Piano della *Performance*, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità viene, quindi, realizzata sia in termini di obiettivi, indicatori, *target* e risorse associate, sia in termini di processo e modalità di sviluppo dei contenuti.

Il collegamento tra le attività svolte e le risorse impiegate avviene mediante l'attribuzione delle stesse agli obiettivi strategici.

Il Piano della Performance, quindi, rappresenta per l'Azienda lo strumento per migliorare la propria efficienza nell'utilizzo delle risorse, la propria efficacia nell'azione verso l'esterno, per promuovere la trasparenza e prevenire la corruzione.

Il Piano delle Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance, processo che raccoglie in un unico quadro le funzioni di pianificazione, di monitoraggio, di misurazione e di valutazione.

Il Piano sviluppa le linee di indirizzo strategiche e programmatiche dell'ASL di Viterbo. Ha valenza strategica triennale (2017-2019), e viene elaborato annualmente relativamente agli indirizzi strategici regionali, definendo, in coerenza con le risorse assegnate:

- a)** obiettivi congrui alla missione della ASL e alle sue articolazioni organizzative;
- b)** indicatori capaci di misurare nel tempo l'andamento dell'attività o dei processi soggetti a misurazione, valutazione e rendicontazione.

Il Piano comprende:

- le caratteristiche organizzative e gestionali distintive dell'Azienda, i valori e i principi specifici che ne definiscono la ragione d'essere, la sua proiezione in uno scenario futuro che determina gli obiettivi di performance individuati;
- l'analisi del contesto di riferimento;
- gli obiettivi e gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance di ciascuna articolazione organizzativa;
- la modalità di verifica del grado di raggiungimento;
- l'integrazione con gli altri documenti collegati.

La visione dell'Azienda nell'organizzazione delle relazioni umane e professionali si basa sui seguenti principi:

- contribuire alla specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona
- garantire una relazione personale e di fiducia ed empatia fra paziente ed operatore sanitario;
- garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica stringente di governo clinico ;
- curare il proprio capitale professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze presenti che sappiano distinguersi per autorevolezza e impegno;
- ritenere l'etica come componente professionale ineludibile;
- sostenere la collaborazione fra i soggetti interni ed esterni al fine di contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

15.1 – OBIETTIVI STRATEGICI

Il recepimento dei *Programmi Operativi 2016-2018 - Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale*, illustrati ai Direttori Generali delle ASL del Lazio nell'incontro del 5 dicembre 2016 e del contesto normativo di riferimento, conducono all'identificazione di cinque politiche sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento.

Politica A: le politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute garantendo il mantenimento dei livelli di produzione attraverso:

A1) Miglioramento della qualità e dell'efficienza della rete ospedaliera

A2) Azioni di innovazione dell'offerta dei servizi territoriali

A3) Azioni di integrazione ospedale territorio e percorsi clinico-assistenziali

A4) Azioni di promozione della salute

A5) Azioni per lo sviluppo di sinergie innovative: il ruolo della formazione e la collaborazione con le Università.

Politica B: le politiche per l'accesso ai servizi di diagnosi e cura per garantire il maggior grado di appropriatezza delle prestazioni erogate e fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni.

Il governo delle Liste di Attesa è caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

B1) Azioni per la garanzia dell'equità delle cure e la loro personalizzazione

B2) Azioni di orientamento al cittadino nel rispetto delle differenze culturali.

Politica C: le politiche per lo sviluppo dell'*empowerment* ed *accountability* per misurare e valutare le politiche attivate per il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti quali destinatari dei servizi.

L'azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai quali è necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Le azioni che l'azienda intende attuare sono:

C1) Azioni per la rendicontabilità dell'attività clinica

C2) Azioni per la trasparenza e l'anticorruzione

C3) Azioni per la rendicontabilità dell'attività economica e delle risorse umane.

Politica D: le politiche per un'appropriata gestione delle risorse, attraverso la rivisitazione degli aspetti organizzativi, dei modelli gestionali di presa in carico dei pazienti, di efficientamento delle risorse assistenziali e la riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative per il riordino ed il potenziamento dei controlli nella gestione amministrativa secondo la seguente strategia d'intervento:

D1) Azioni di ottimizzazione delle performance e di benchmarking

D2) Costruzione dei sistemi di monitoraggio e controllo quali-quantitativo nel rapporto tra attività erogata e risorse utilizzate in relazione alla personalizzazione della cura

D3) Azioni di ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse e adeguamento alla spending review

Politica E: le politiche di efficientamento dei sistemi per monitorare l'attuazione di piani, programmi e progetti, nel rispetto delle fasi e dei tempi stabiliti, degli *standard* qualitativi e quantitativi, del livello di assorbimento delle risorse, puntando, attraverso l'opportuna valutazione dei *feedback*, al miglioramento dell'Azienda ed infine all'acquisizione di sempre maggiori competenze professionali con specifiche attività formative. Le azioni che l'azienda intende attuare sono:

E1) Efficientamento del sistema attraverso la costruzione di azioni e procedure di controllo

E2) Azioni di governo dell'appropriatezza

E3) Piano degli investimenti tecnologici e informatici

E4) Piano degli investimenti strutturali: azioni di riorganizzazione e reingegnerizzazione degli spazi funzionali aziendali

E5) Azioni di governo e controllo della gestione delle risorse umane e strumentali: contratti, appalti, risorse tecnologiche e strumentali

E6) Azioni di governo del rischio.

Il Piano è adottato in coerenza con la programmazione sanitaria, finanziaria e con i vincoli di bilancio; illustra gli obiettivi strategici ed operativi dell'Azienda ed i correlati indicatori per la misurazione e la valutazione della performance aziendale.

L'insieme dei contenuti del Piano costituisce un quadro informativo per capire come l'AUSL di Viterbo intende agire per soddisfare i bisogni sanitari e socio-sanitari della popolazione di riferimento e per coloro che scelgono di rivolgersi ai servizi aziendali.

Pertanto, gli obiettivi strategici definiti nel precedente paragrafo vengono descritti attraverso indicatori e risultati attesi in vista della loro puntuale valutazione a consuntivo nelle tre annualità di riferimento.

16. – NOTE RIEPILOGATIVE

Il presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione:

- assume immediata efficacia dal momento dell'approvazione con deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda;
- costituisce *atto fondamentale generale di direttiva, indirizzo ed operatività per tutte le articolazioni aziendali e nei confronti di tutti i dipendenti*

Per quanto non espressamente previsto nel presente Aggiornamento del Piano, l'attività di prevenzione della corruzione trova comunque applicazione secondo le previsioni della legge n. 190/2012 integrata con Determina 28 ottobre 2015 dell'A.N.AC., del Piano Nazionale Anticorruzione approvato con deliberazione ANAC n° 831 del 03/08/2016 e conseguenti Linee guida e dal D.Lgs. 97/2016 (FOIA).

Gli incontri finalizzati all'espletamento della fase di monitoraggio dei rischi e della mappatura del P.T.P.C. 2016 – 2018, svoltisi dal 28/10 al 30/11/2016, con coinvolgimento diretto di tutti i partecipanti sulle tematiche previste, ha messo in evidenza, rispetto all'esperienza dell'anno precedente, una particolare consapevolezza dei problemi non solo del fenomeno corruttivo ma, più in generale, di tutte le situazioni di *malfunzionamento* legate ad un'errata gestione delle procedure amministrative. Gli incontri quindi, si sono rivelati non solo un momento di particolare utilità per l'espletamento della fase di monitoraggio ma soprattutto per ritornare a confrontarsi sulla materia del contrasto ai fenomeni di corruzione, malfunzionamento e parzialità della funzione amministrativa.

Per tali ultime considerazioni, si ritiene di aver verificato, per l'anno 2016, gli obiettivi posti in materia di prevenzione della corruzione e, in particolare, di aver messo in atto i capisaldi di un buon programma di anticorruzione del quale si specificano i seguenti aspetti positivi:

- **mappatura dei processi effettuati rispondente e dettagliata con poche integrazioni e modificazione da apportare** (come risulta dai verbali già allegati alla relazione del RPC prot. n° 93662 del 29/12/2016);
- **valutazione del grado di esposizione al rischio corruttivo consona e attendibile;**
- **misure di contrasto alla corruzione ed al malfunzionamento giudicate attendibili al fine di prevenzione dei rischi.**

Si è constatato:

- **maggiore consapevolezza e comprensione del fenomeno corruttivo;**
- **effettuazione di scambi di informazioni all'interno dei vari Settori/Uffici aziendali per l'adozione di procedure e direttive;**
- **condivisione e elaborazione di regolamentazioni interne, direttive, circolari per ridurre la discrezionalità e rendere più sicura l'attività attraverso anche procedimenti e protocolli ben stabiliti;**
- **calendarizzazione di incontri periodici documentati da verbali interni di condivisione dei contenuti decisi.**

16.1 – CRITICITÀ

Si mette in evidenza ancora:

- una certa difficoltà nel compiere un'autovalutazione dei processi ed una graduazione del grado di esposizione al rischio;
- particolare difficoltà nel mettere in atto la rotazione del personale;
- acquisire maggiore consapevolezza delle situazioni di conflitto di interessi.

17- NOTE FINALI

Alla stesura ed alla fase di monitoraggio dei due Allegati (**MAPPATURA DEI PROCESSI - IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI (AII. 1)** e **MISURE DI CONTRASTO ALLA CORRUZIONE (AII. 2)**), che hanno rappresentato la parte di vero e proprio aggiornamento del P.T.P.C. 2016 – 2018, tutto il personale invitato ha partecipato con notevole interesse alla valutazione ed analisi dei complessi e assai vasti processi istituzionali aziendali permettendo anche al RPC di poter elaborare alcune modifiche richieste al fine di permettere che il PTPC assuma – si spera – la "*fotografia*" più fedele e dettagliata possibile dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Viterbo.

Occorre sempre tener conto che la prevenzione della corruzione quale tipica attività "*in progress*" dovrà sempre adeguarsi ed evolvere verso forme sempre più affinate di contrasto al fenomeno.

Pertanto, per l'anno 2017 ogni Dirigente/Responsabile di U.O./Struttura deve in generale:

- 1) nell'ambito delle competenze afferenti l'area cui sovrintende, individuare tra tutte le attività, quelle più "esposte" a rischi, formulare per iscritto e far pervenire le proprie indicazioni e valutazioni al fine di permettere all'Azienda di integrare ed aggiornare la mappatura dei rischi e delle misure anticorruzione previste nel P.T.P.C;
- 2) implementare i controlli sulle aree "più esposte" al rischio adottando le misure di prevenzione più idonee, cercando di attuare, ove l'organico non

- permetta la rotazione del personale, almeno l'affiancamento di unità di personale a chi svolge particolari attività "a rischio";
- 3)** sensibilizzare il personale ed evitare sempre il verificarsi di possibili situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, nell'osservanza delle misure contenute nel P.T.P.C., prevedendo la calendarizzazione di riunioni di servizio apposite;
 - 4)** partecipare attivamente al controllo di gestione (CG) per dare prova di come sono state impiegate le risorse umane e finanziarie all'interno della Struttura di competenza e verificare se vi sono stati sprechi o scarsa razionalizzazione delle risorse. Gli obiettivi e gli indicatori di risultato devono essere conformi all'obiettivo di performance (art. 19, D.lgs. n° 91/2011 e D.lgs. n° 150/2009) dato che le misure anticorruzione devono essere applicabili, misurabili e verificabili all'interno del Piano della Performance. In tal modo il P.T.P.C. assume, come previsto dalla legge, la funzione di vero e proprio strumento di programmazione aziendale;
 - 5)** completare l'individuazione e nomina dei Referenti dei Dirigenti che dovranno coadiuvare quest'ultimi nel contrasto della corruzione per poi relazionarsi con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (fase già avviata);
 - 6)** rendere obbligatorio in tutti i contratti di esecuzione lavori e per l'affidamento di commesse , servizi, forniture l'adozione dei protocolli di legalità o patto di integrità prevedendo negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara;

- 7) il rispetto dei principi dettati dalle Linee guida ANAC in merito all'applicazione delle norme di cui al D.Lgs. 18 aprile 2016 n. 50 - Nuovo Codice degli Appalti e delle Concessioni;
- 8) sensibilizzare il Personale afferente la U.O./Struttura di competenza al cd. Whistleblower servendosi del modello di segnalazione condotte illecite;
- 9) svolgere il monitoraggio dei rischi nella Struttura/U.O. di competenza al fine di contribuire al perfezionamento, integrazione e adattamento del P.T.P.C. alle mutate esigenze aziendali;
- 10) promuovere la regolamentazione e la disciplina dei processi di competenza attraverso l'adozione di procedure, regolamenti interni, direttive, circolari, condivise con i Dipendenti per assicurare certezza, uniformità, imparzialità e buon andamento delle attività e dei procedimenti di interesse.

18- NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Si riportano di seguito le norme più importanti circa la materia dell'anticorruzione nella Pubblica Amministrazione:

- Legge n°241/1990;
- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 "*Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche*";
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*";
- Legge 6 novembre 2012, n.190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell' illegalità nella pubblica amministrazione*";

- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n° 39: *"Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le PP. AA. e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50, legge 6 novembre 2012, n° 190"*;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 *"Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*;
- Delibere nn. 6 e 50/2013 della C.I.V.I.T. - *Commissione indipendente per valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche* (ora A.N.A.C. – *Autorità Nazionale AntiCorruzione*);
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190;
- D.P.R. 16/04/2013, n° 62 *"Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n° 165"*;
- Legge 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999;
- D.L. 18-10-2012 n. 179 *"Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese"*. Art. 34-bis. *"Autorità nazionale anticorruzione"*;
- DECRETO-LEGGE 6 luglio 2012, n. 95 *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini (nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario)"*. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135
- Legge 3 agosto 2009, n. 116 *"Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31*

ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale”;

- Decreto Legislativo 8 giugno 2001, n. 231 *“Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche prive di personalità giuridica, a norma dell’articolo 11 della legge 29 settembre 2000, n. 300”;*
- D.lgs 18 aprile 2016 n. 50 - Linee Guida attuative del nuovo Codice degli Appalti e delle Concessioni;
- D.Lgs. 25/05/2016 n° 97, il cosiddetto, *Freedom of Information Act (FOIA)*;
- 7 agosto 2015, n° 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche;
- Delibera ANAC n. 105/2010;
- Delibera ANAC n. 2/2012;
- Delibera ANAC n. 46/2013;
- Delibera ANAC n. 47/2013;
- Delibera ANAC n. 48/2013;
- Delibera ANAC n. 50/2013;
- Delibera ANAC n. 58/2013;
- Delibera ANAC n. 75/2013;
- Determinazione ANAC n° 12 del 28/10/2015;
- Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”.*
- Codice Penale Italiano articoli dal 314 a 356.

E’ bene ribadire che tra i contenuti necessari del PTPC vi sono gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza (art 1, co 8, come novellato dall’art. 41 del d.lgs. 97/2016). Si raccomanda agli organi di indirizzo di prestare particolare attenzione alla individuazione di detti obiettivi nella logica di una effettiva e consapevole partecipazione alla costruzione del sistema di prevenzione. Tra questi già l’art. 10, co. 3, del d.lgs. 33/2013, come novellato dall’art. 10 del d.lgs. 97/2016, stabilisce che *“La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce obiettivo strategico di ogni amministrazione, che deve tradursi in obiettivi organizzativi e individuali.”*