



AZIENDA SANITARIA LOCALE
BENEVENTO

AZIENDA SANITARIA LOCALE DI
BENEVENTO

Piano Triennale di
Prevenzione della Corruzione e
Trasparenza
2019-2021

Sommario

1. PREMESSA.....	4
2. IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	6
2.1 Finalità	6
2.2 Quadro normativo di riferimento	6
2.3 Le azioni prioritarie.....	8
3. AGGIORNAMENTO E ATTUAZIONE DEL PIANO	8
3.1 Modalità di aggiornamento e validità temporale.....	8
3.2 Soggetti, funzioni e responsabilità	9
3.3 Forme di consultazione	11
4. GESTIONE DEL RISCHIO.....	12
4.1 Il contesto esterno e la specificità sanitaria.....	12
4.2 Il contesto interno	12
4.3 Metodologia	12
4.4 Individuazione delle aree di rischio e mappatura dei processi	16
4.5 Valutazione dei rischi.....	17
4.6 Trattamento del rischio e misure per neutralizzarlo.....	17
5. MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO	17
5.1 Misure di trasparenza.....	18
5.1.1 Responsabilità della pubblicazione dei dati	18
5.1.2 Misure organizzative per assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi.....	19
5.1.3 Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.....	19
5.1.4 Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico	19
5.1.5 Organizzazione delle Giornate della trasparenza	20
5.2 Misure di comportamento / etica / garanzia	20
5.3.1 Codice di comportamento	20
5.3.2 Patti di integrità	21
5.3.3 Dichiarazione pubblica di interessi	21
5.3.4 Disciplina degli incarichi extraistituzionali.....	21
5.3.5 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	22
5.3.6 Attività successive alla cessazione del servizio	22
5.3.7 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali.....	22
5.3.8 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione.....	23
5.3 Misure di formazione	24
5.4 Misure di rotazione.....	25
5.5 Misure di protezione	26
5.6 Misure di regolamentazione / semplificazione /informatizzazione	26
5.7 Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).....	27
6. MONITORAGGIO SULL'EFFICACIA E SULL'APPLICAZIONE DEL PIANO	27

7. COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE 28

ALLEGATO 1 - Mappatura dei processi e dei rischi

ALLEGATO 2 - Valutazione dei rischi

ALLEGATO 3 - Misure di prevenzione

ALLEGATO 4 - Elenco degli obblighi di pubblicazione

1. PREMESSA

Con la legge n. 190 del 6/11/2012 ad oggetto “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, è stato istituito un sistema di prevenzione della corruzione articolato su due livelli: un livello nazionale con la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione e uno proprio di ciascuna amministrazione che prevede l’adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) che deve essere approvato e pubblicato entro il 31 gennaio di ogni anno.

Le indicazioni per la redazione del Piano aziendale Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza provengono direttamente dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) che periodicamente individua le tematiche e gli aspetti più importanti in materia di prevenzione della corruzione.

Nel corso dell’anno 2018 L’ASL di Benevento, su proposta del proprio Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT) ha adottato un approccio partecipativo e di coinvolgimento attivo del personale.

Tale attenzione si ritrova in queste iniziative realizzate nel corso del 2018, che saranno più specificamente dettagliate all’interno del presente Piano, e in particolare:

- In seguito alle modifiche organizzative introdotte con il Nuovo atto aziendale è stato integrato il Gruppo aziendale dei Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza, in modo che fossero ben rappresentate le strutture dell’area tecnico amministrativa, dell’area dell’assistenza sanitaria territoriale e ospedaliera, e della prevenzione;
- per un maggior coinvolgimento del personale, tutti i direttori/responsabili sono stati invitati a presentare il PTPC e il Codice di comportamento aziendale a tutti gli operatori della propria struttura;
- è stato organizzato uno specifico corso di aggiornamento rivolto a tutti i direttori/responsabile e ai referenti per la prevenzione della corruzione sulle modalità di gestione degli adempimenti previsti dal Piano mediante il software TaleteWeb;
- è stato predisposto il regolamento aziendale per la rotazione del personale e sottoposto all’attenzione della direzione strategica per l’adozione mediante delibera e la pubblicazione;
- è stato rivisto il sistema informativo inserendo nel portale dell’azienda ASL di Benevento un apposito link per l’accesso rapido al software di gestione TaleteWeb;
- è stato ottimizzato il Sistema di segnalazione degli illeciti introducendo la possibilità di effettuare la segnalazione sia in forma anonima che sottoscritta direttamente on line. Sono stati inseriti nel portale della ASL appositi link per accedere alla maschera di segnalazione. Il Sistema informatico offer tutte le garanzie per la protezione dell’anonimato e la tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito (c.d. whistleblower).

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza dell’ASL di Benevento ha, inoltre, programmato una serie di verifiche in materia di applicazione delle misure di prevenzione della corruzione descritte nel PTPC 2019-2022 prevedendo per l’anno 2019, quale misura di verifica sostanziale, la realizzazione di specifici audit all’interno delle strutture. Tali verifiche saranno così organizzate e realizzate:

- con deliberazione del direttore generale sarà approvata la procedura aziendale “Gestione degli audit interni per la verifica delle attività di prevenzione della corruzione”;
- sarà individuato il personale chiamato a effettuare gli audit e sarà organizzato uno specifico momento formativo;

- sarà approvato, con apposita deliberazione, il Programma di audit per l'anno 2019 con l'individuazione delle strutture sottoposte a verifica nel corso dell'anno;
- saranno svolti gli audit con la redazione di specifico verbale successivamente commentato e integrato dalle osservazioni del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e trasmesso al direttore/responsabile della struttura sottoposta ad audit e alla Direzione Generale;
- per un maggior coinvolgimento del personale, tutti i direttori/responsabili saranno invitati a presentare il PTPC e il Codice di comportamento aziendale a tutti gli operatori della propria struttura, redigendo apposito verbale, da trasmettere al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;

Le iniziative descritte contribuiranno certamente alla diffusione capillare della conoscenza del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e delle misure previste per contrastare tale fenomeno tra i diversi operatori.

Nel corso dell'anno 2019, quindi, proseguiranno i momenti di sensibilizzazione del personale, gli audit di verifica e saranno, inoltre, avviate nuove misure per l'indagine di eventuali ulteriori processi attualmente non mappati, che potrebbero essere a rischio corruttivo.

2. IL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2.1 Finalità

L'ASL DI BENEVENTO, secondo quanto previsto dalla normativa vigente, adotta il proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al fine di definire la programmazione degli interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti dalla succitata legge 190/2012 e in particolare quanto riguarda:

- la riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione;
- l'aumento della capacità di individuazione degli eventuali casi di corruzione;
- la creazione di un contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi.

L'ASL DI BENEVENTO aggiorna annualmente il proprio PTPC evidenziando quanto è stato effettivamente possibile attuare rispetto a quanto precedentemente previsto, illustrando le criticità riscontrate in Azienda e ponendo particolare attenzione sugli elementi esterni che possono influenzare l'agire degli operatori.

Il presente documento è, dunque, l'aggiornamento del precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018 – 2020 adottato con deliberazione n. 782 del 3/12/2018 e riprende gli obiettivi strategici comunicati dal Direttore Amministrativo con nota prot. 158051 del 18/12/2018

2.2 Quadro normativo di riferimento

Il presente Piano è stato elaborato in applicazione della seguente normativa:

- 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”*;
- 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”*
- Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 *“Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, comma 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62 *“Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”*;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali sancita dalla Conferenza unificata nella seduta del 24 luglio 2013 (Repertorio atti n. 79/CU) con la quale sono stati individuati gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, per l'attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei decreti attuativi (d.lgs. 33/2013, d.lgs 39/2013, D.P.R. 62/2013);
- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 25 gennaio 2013, n. 1 *“Legge n. 190 del 2012 – Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*;

- Circolare Dipartimento della Funzione Pubblica 19 luglio 2013, n. 2 “D.lgs. n. 33 del 2013 – Attuazione della trasparenza”;
- Delibera CIVIT 4 luglio 2013, n. 50 “Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016”;
- Delibera CIVIT 11 settembre 2013, n. 72 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera CIVIT 24 ottobre 2013, n. 75 “Linee guida in materia di codice di comportamento delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 11 agosto 2014, n. 144, di conversione, con modifiche, del Decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari”;
- Regolamento ANAC 9 settembre 2014 “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'ANAC per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei piani triennali di trasparenza, dei codici di comportamento”;
- Determinazione ANAC 28 aprile 2015, n. 6 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (whistleblower)”;
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 “Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche” (art. 1 Carta della cittadinanza digitale e art. 7 Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza);
- Determinazione ANAC 28 ottobre 2015, n. 12 “Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 “Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture”;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 che modifica il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera ANAC 3 agosto 2016, n. 831 “Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1309 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 comma 2 del d.lgs. 33/2013. Art. 5- bis, comma 6, del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Delibera ANAC 28 dicembre 2016, n. 1310 “Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016”;
- Delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 358 “Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale”;
- Delibera ANAC 22 novembre 2017, n. 1208 “Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.

2.3 Le azioni prioritarie

L'ASL DI BENEVENTO, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 1, comma 16, della legge 190/2012, al fine di pianificare le strategie di prevenzione della corruzione, esamina la propria organizzazione, le sue regole e le prassi di funzionamento per valutare la possibile esposizione al fenomeno corruttivo e predispone adeguate misure di contrasto.

L'Azienda, consapevole delle gravi conseguenze dei fenomeni corruttivi sulla fiducia dei cittadini, intende proseguire le azioni di contrasto incentrate, non solo su misure repressive, quanto in termini preventivi, incidendo sulla sensibilità degli operatori e sui **valori etici**, così come richiesto dal Legislatore stesso e come già avviato nel corso dell'anno 2018.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza si inserisce proprio in questo contesto e in esso il concetto di corruzione è da intendersi in senso lato, comprendendo tutte le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri abuso, da parte di un soggetto, dei poteri a lui affidati al fine di ottenere vantaggi privati. La definizione di corruzione cui si fa riferimento è, dunque, quella più ampia, che richiama la "maladministration". Sono dunque ricompresi atti e comportamenti che, anche se non costituenti specifici reati, contrastano con la necessaria cura e priorità dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità dell'amministrazione e dei soggetti che coinvolgono attività di pubblico interesse.

3. AGGIORNAMENTO E ATTUAZIONE DEL PIANO

3.1 Modalità di aggiornamento e validità temporale

Il presente Piano costituisce l'aggiornamento e il miglioramento dei precedenti e programma l'attività del triennio 2019–2021, conformemente alle indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione che prevede l'adozione dell'aggiornamento del PTPCT entro il 31 gennaio di ciascun anno, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza è finalizzato a formulare una strategia aziendale di prevenzione della corruzione attraverso l'individuazione delle attività più esposte al rischio di corruzione stabilendo delle priorità di trattamento, nonché la definizione di misure preventive e di strumenti di controllo atti a prevenirlo. In particolare, rientrano in questa fattispecie, tutte le misure di comunicazione, formazione e monitoraggio attuate in ASL per contrastare l'insorgere del fenomeno corruttivo.

Trattandosi di uno strumento di programmazione viene modificato in relazione ai risultati conseguiti e alle criticità riscontrate nell'anno precedente, alle normative sopravvenute in materia, alle modifiche organizzative e all'emersione di nuovi rischi.

L'aggiornamento, su proposta del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, è approvato con deliberazione del Direttore Generale.

Il documento, prima di essere adottato, è stato inviato ai Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza, per la loro approvazione. Il PTPCT è inoltre stato pubblicato sul sito internet aziendale, consultabile da tutti gli interessati, con la possibilità di segnalare al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza eventuali modifiche/integrazioni/correzioni.

Il documento è pubblicato sul sito web istituzionale, sezione Amministrazione Trasparente (sottosezione Altri contenuti – corruzione) e trasmesso alla Regione Campania

3.2 Soggetti, funzioni e responsabilità

I soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'Azienda sono indicati nella tabella che segue.

Direttore generale:

- designa il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- adotta il Piano e i suoi aggiornamenti e li comunica all'ANAC e alla Regione Campania;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT):

(Il Direttore Generale con delibera n. 400 del 10/10/2017, ha nominato quale Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il Dott. Ing. Giacomo Pucillo. L'incarico ha durata triennale a decorrere dal 10/10/2017 e si configura come incarico aggiuntivo a quello di dirigente).

- elabora e propone al Direttore generale il Piano di Prevenzione della Corruzione;
- verifica l'attuazione del Piano, elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute, che impongono ulteriori adempimenti, e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute;
- pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa;
- definisce percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall'Azienda, (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze);
- vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;
- cura la diffusione della conoscenza del codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;
- programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività.

Si precisa che il RPCT non ha personale esclusivo, dedicato a svolgere le attività previste dalla normativa e richiamate nel presente Piano, ma opera con le risorse disponibili all'interno della propria struttura, di cui è responsabile.

Referenti per la prevenzione della corruzione e trasparenza per l'area di rispettiva competenza

Sono tutti gli attuali dirigenti responsabili di Dipartimento, Distretto sanitario, UOC, UOSD, UOS

- affiancano il RPCT nella sua attività;
- coinvolgono tutti i dipendenti delle strutture di loro competenza nelle
- attività previste dal piano anticorruzione;
- forniscono gli elementi necessari per l'adozione e l'aggiornamento del piano anticorruzione e del programma per la trasparenza;
- collaborano all'individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione;

- forniscono gli elementi per l'adozione dei "protocolli di legalità" e dei "patti di integrità" che dovranno essere osservati dai fornitori di beni, servizi e consulenze;
- partecipano agli incontri periodici programmati dal Responsabile al fine di monitorare il rispetto del piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività;
- comunicano tempestivamente al RPCT fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'amministrazione ovvero segnalazioni ricevute circa il mancato adempimento degli obblighi di trasparenza.
- realizzano gli obiettivi assegnati in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione nel ciclo della performance individuale.

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza

- forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;
- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;
- controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente alla struttura di competenza;
- propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.

S.S. Qualità, Formazione Accreditemento

- cura l'inserimento nel Piano della performance degli obiettivi finalizzati alla realizzazione delle azioni previste dal presente piano e dal programma per la trasparenza;
- cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste dal presente piano e dal programma per la trasparenza.

OIV - Organismo Indipendente di Valutazione

- partecipa al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte;
- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Amministrazione (art. 54, comma 5, d.lgs 165/2001);
- assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale;
- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;
- rafforza il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance delle strutture e dei singoli operatori.

Collegio sindacale

- verifica l'amministrazione dell'ASL sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.

Servizio Ispettivo

- verifica la regolare applicazione delle norme e dei regolamenti in materia di incarichi extra-istituzionali, che rappresentano una misura di prevenzione obbligatoria.

UPD - Uffici per i Procedimenti Disciplinari

- collaborano con il RPCT alla predisposizione del Codice di comportamento;
- vigilano sull'applicazione del codice di comportamento aziendale;
- svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici;
- curano l'aggiornamento del codice di comportamento dell'amministrazione, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento;
- possono chiedere all'Autorità Nazionale Anticorruzione parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del codice di comportamento.

Dipendenti

- partecipano al processo di gestione del rischio;
- osservano le misure contenute nel piano;
- comunicano i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente;
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD. La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge 190/2012).

Collaboratori a qualsiasi titolo

- osservano le misure contenute nel piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASL;
- segnalano le situazioni di illecito.

3.3 Forme di consultazione

L'esperienza passata ha evidenziato che il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi (c.d. *stakeholder*) attraverso lo strumento della consultazione pubblica (sia con avvisi sul sito web sia con invio di comunicazioni/informative) non ha ottenuto particolari riscontri, né sono pervenute richieste di incontri su temi specifici, legati alla prevenzione della corruzione.

L'ASL DI BENEVENTO ha comunque sempre mantenuto sul proprio sito internet l'avviso con le indicazioni per l'invio di eventuali osservazioni e/o suggerimenti che possano promuovere e migliorare le iniziative dell'azienda in materia di Trasparenza e Anticorruzione; in particolare, nell'ottica del continuo aggiornamento del Piano Triennale.

Il presente Piano, prima dell'adozione, è stato trasmesso:

- ai Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza per la verifica della coerenza tra le aree di rischio, le misure di prevenzione previste per il 2019 e la struttura di competenza individuata quale responsabile dell'adempimento;
- alla Conferenza aziendale di partecipazione, ove sono presenti rappresentanti del volontariato e del terzo settore che operano sul territorio dell'ASL, attraverso la pubblicazione su apposita area della sezione amministrazione Trasparente, perché ne prenda visione e segnali eventuali criticità e/o suggerimenti. Tanto per illustrare loro le azioni che l'Azienda adotta in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza del proprio operato. I componenti della Conferenza

aziendale di partecipazione possono eventualmente inviare osservazioni;

- a tutto il personale dell'ASL di Benevento, attraverso la pubblicazione su apposita area della sezione amministrazione Trasparente, perché ne prenda visione e segnali eventuali criticità e/o suggerimenti.

Si precisa, che in vista dell'approvazione del nuovo Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nel corso dell'anno, in occasione di specifici audit (cui si farà specifico riferimento più avanti) effettuati presso le strutture aziendali, si è discusso circa i processi attualmente mappati e le misure di prevenzione della corruzione previste. In questo modo i responsabili delle strutture sono stati direttamente coinvolti nella revisione del PTPCT vigente.

4. GESTIONE DEL RISCHIO

4.1 Il contesto esterno e la specificità sanitaria

Come sottolineato nei precedenti Piani e come emerge dalla delibera ANAC 1208 del 22/11/2017, il settore sanitario è esposto a rischi specifici in considerazione dell'entità delle risorse gestite, delle particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti sanitari, utenti, fornitori di prodotti sanitari e alle relazioni tra attività istituzionali e attività libero professionali dei dirigenti sanitari e gli interessi economici dei soggetti accreditati.

4.2 Il contesto interno

Per una descrizione puntuale del contesto aziendale si rinvia al DCA 69/2018 ed alla Carta dei Servizi dell'ASL Benevento, pubblicati sul sito internet aziendale, accessibile a tutti gli interessati.

In questa sede si evidenzia che molte delle attività svolte in ASL sono disciplinate da leggi, regolamenti, procedure e/o istruzioni operative interne.

Anche in questo caso, per l'adeguamento alla nuova norma si è provveduto a una valutazione dei processi con l'elaborazione di una mappa dei rischi e delle relative azioni per prevenirne l'accadimento, nel contempo la presenza di procedure informatizzate ha garantito la tracciabilità delle operazioni facilitando la gestione del rischio corruttivo.

In conclusione, quanto descritto ha contribuito a porre particolare attenzione a ciò che può comportare un rischio corruttivo, tant'è che nell'anno 2018 non sono stati registrati episodi corruttivi.

4.3 Metodologia

Per la gestione del rischio si fa riferimento al modello metodologico indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, che si fonda sui principi e sulle linee guida UNI ISO 31000:2010.

L'analisi condotta ha consentito di:

- effettuare una prima mappatura dei processi;
- individuare, per ciascun processo, i possibili rischi;
- valutare i rischi, attribuendo a ciascun processo un grado di rischio specifico;
- individuare le prime misure di prevenzione dei rischi.

L'azienda ASL di Benevento ha acquistato ed implementato un software specifico per informatizzare le attività del Sistema di gestione per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

Il Sistema informatico denominato TaleteWeb, funzionante con interfaccia web, consente di

effettuare la mappatura dei processi, delle attività a rischio e per queste l'identificazione dei pericoli di illecito e la valutazione dei rischi, l'analisi delle misure preventive e di protezione, utilizzando l'algoritmo previsto dall'allegato 5 del PNA.

Come indicato nel PTPCT 2018-2020, nel corso del 2018, con il support del software, è stata effettuata una revisione della mappatura dei processi con una conseguente rivalutazione del grado di rischio e delle misure per prevenirlo.

Ogni responsabile (direttore di struttura complessa, responsabile di struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione) è stato formato all'utilizzo delle apposite funzionalità del programma ed è stato messo in condizione di valutare i processi afferenti alla propria struttura con l'individuazione dei rischi e con l'attribuzione di un punteggio per quantificarne il livello.

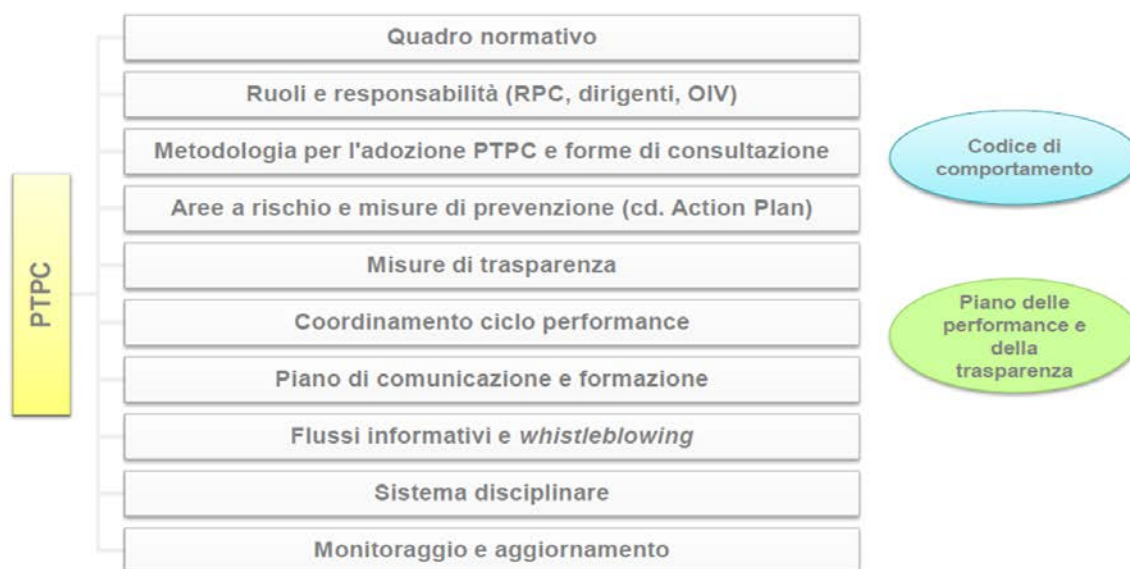
L'analisi di queste schede informatizzate ha permesso di correggere eventuali scostamenti, in positivo e/o in negativo, mentre la nuova classificazione del rischio ottenuta servirà per l'organizzazione degli *audit* da effettuare nel corso del 2019.

Per l'anno 2019 verrà richiesto ai responsabili (direttore di struttura complessa, responsabile di struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione) di comunicare eventuali variazioni rispetto ai processi mappati direttamente tramite l'ausilio del software. Mentre gli *audit* condotti durante l'anno, anche questi con il supporto del Sistema informatico, potranno evidenziare problematiche specifiche che verranno quindi analizzate singolarmente.

Il processo di gestione del rischio – flusso logico adottato



Le misure di prevenzione e l'integrazione con il codice di comportamento e il piano delle performance

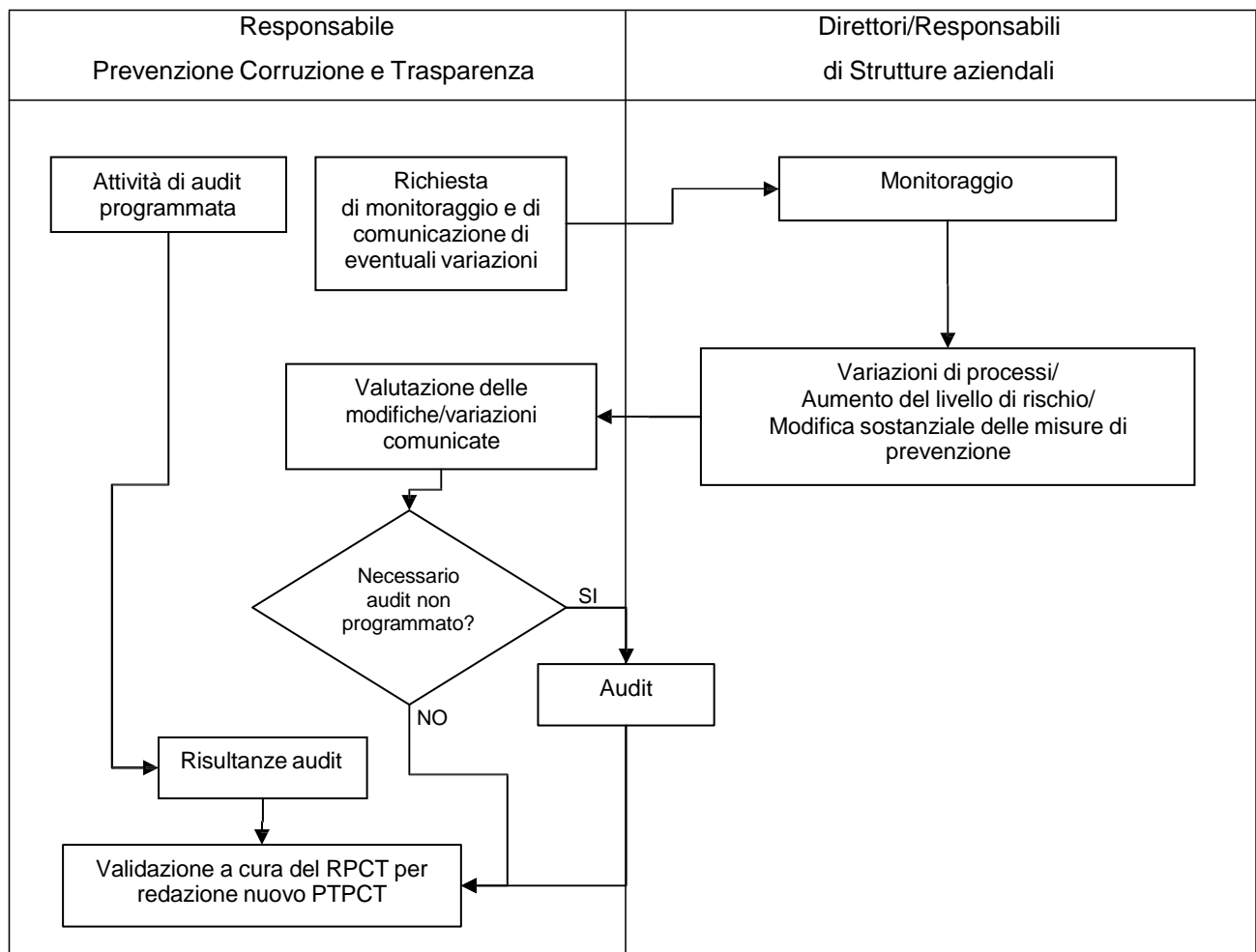


Il processo di gestione del Piano Triennale - flusso logico adottato

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione Metodologia per l'adozione



Il processo di monitoraggio – flusso logico adottato



Il seguente cronoprogramma sintetizza gli interventi per ogni anno del piano:

	Gen.	Feb.	Mar.	Apr.	Mag.	Giu.	Lug.	Ago.	Set.	Ott.	Nov.	Dic.
Approvazione del PTPC												
Monitoraggio dei processi e comunicazione di eventuali variazioni												
Audit												
Validazione a cura del RPCT												
Proposta PTPC 2020-2022												

4.4 Individuazione delle aree di rischio e mappatura dei processi

Anche per la stesura di questo Piano, per l'individuazione delle aree di rischio si è partiti dalle quattro aree che, dall'analisi effettuata nel PNA, risultavano ricorrenti, al di là della specificità dell'attività istituzionale (ente locale, sanità, etc). Le aree di rischio individuate potenzialmente per tutte le amministrazioni sono:

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

In aggiunta a queste, sono state individuate altre aree, definite "ulteriori", selezionate con il contributo dei Referenti per la prevenzione della corruzione, sulla base della conoscenza dei processi dell'ente e dei precedenti fatti di corruzione verificatisi, anche presso amministrazioni diverse. Per l'individuazione delle ulteriori aree ci si è avvalsi anche dai dati del software TaleteWeb già in uso presso altre ASL italiane.

Le aree di rischio "ulteriori" individuate nell'ASL di Benevento sono:

1. gestione delle risorse umane;
2. esecuzione dei contratti;
3. rapporti contrattuali con private accreditate;
4. gestione farmaci ed altri beni sanitari (dispositivi e altre tecnologie);
5. ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
6. gestione contabile e patrimoniale;
7. attività libero professionale dei professionisti sanitari e liste d'attesa;
8. relazioni con il pubblico e marketing;
9. attività correlate al decesso in ambito intra-ospedaliero;
10. gestione rischi lavoratori dipendenti;
11. attività di vigilanza e controllo;
12. attività sanzionatoria;
13. certificazioni, attestazioni, vidimazioni, emissione documenti.

In considerazione del lavoro svolto nel 2018, gli allegati relativi alla mappatura, valutazione del rischio e individuazione delle misure di prevenzione, hanno subito alcune modifiche rispetto al PTPCT 2018-2020.

I processi sono stati rimappati per l'accorpamento di alcuni processi e l'inserimento di nuovi, confermando, anche in questo caso, l'attenzione dei Direttori interessati alla corretta mappatura e valutazione del rischio corruttivo.

Per quanto riguarda le valutazioni del rischio, anche per l'anno 2018 tutti i processi dell'Azienda si collocano in fascia bassa e media e non emergono valutazioni in fascia alta o molto alta.

4.5 Valutazione dei rischi

Come indicato nel PTPCT 2018-2020, nel corso del 2018 è stata effettuata una revisione della mappatura dei processi con una conseguente rivalutazione del grado di rischio e delle misure per prevenirlo.

L'ASL di Benevento ha in uso un Sistema informatico denominato TaleteWeb che consente la complete gestione del Sistema di prevenzione della corruzione. In particolare attraverso il software è possibile mappare tutti i processi aziendali, organizzandoli per aree, e individuare per ogni processo i pericoli di illecito per le diverse strutture organizzative che intervengono a vario titolo sul processo stesso. Ogni direttore/responsabile di struttura complessa, semplice e semplice dipartimentale ha un account attraverso il quale può accedere al Sistema ed effettuare tutte le modifiche, integrazioni, adeguamenti che ritiene necessari alla mappatura dei processi, alla valutazione dei rischi e alle misure di prevenzione e protezione generali e specifiche. La comunicazione delle informazioni ed il flusso dati viene condiviso in tempo reale da tutto il personale individuato ed autorizzato a secondo dei profili di appartenenza.

Per maggiori dettagli si rimanda al manual d'uso del software TaleteWeb applicazione "Anticorruzione e trasparenza" e alle istruzioni on line.

Ad ogni responsabile (direttore di struttura complessa e responsabile di struttura semplice) è stata sottoposta una scheda elettronica elaborata con il software TaleteWeb nella quale sono stati individuati i processi afferenti alla Struttura e valutati i rischi con l'attribuzione di un punteggio che ha costituito il livello di rischio. Per la misura del rischio il software ha informatizzato l'algoritmo previsto dall'allegato 5 "Tabella valutazione del rischio" del PNA. L'analisi di queste schede ha permesso di correggere eventuali scostamenti, in positivo o in negativo, mentre la nuova classificazione del rischio ottenuta servirà per l'organizzazione di *audit* da effettuare nel 2019.

La misurazione del livello di rischio avviene con l'attribuzione di un punteggio di cui al già richiamato allegato 5 del PNA

Gli esiti della valutazione effettuata nel corso del 2018 collocano tutti processi valutati nella fascia di rischio basso e medio e non risultano processi con rischio di corruzione alto o molto alto.

L'assenza di punteggi alti è da attribuire alla presenza in azienda di procedure codificate (certificazioni ISO, PAC, altre procedure aziendali).

Inoltre rispetto al 2018 dove alcuni processi non erano stati valutati, il monitoraggio puntuale, effettuato nel corso dell'anno, ha portato alla valutazione di ogni processo.

4.6 Trattamento del rischio e misure per neutralizzarlo

Il presente Piano individua le misure di neutralizzazione del rischio con riferimento ai processi mappati. Le misure previste, processo per processo, con l'indicazione dei Responsabili, sono indicate sinteticamente nell'Allegato 3 – Tabella Misure di prevenzione.

5. MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO

La legge n. 190 del 2012 e le disposizioni ANAC hanno individuato alcune misure di prevenzione obbligatorie, suddivisibili in queste categorie:

1. Misure di trasparenza;
2. Misure di comportamento;
3. Misure di formazione;

4. Misure di rotazione;
5. Misure di protezione;
6. Misure di regolamentazione/semplificazione/informatizzazione;
7. Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

Ulteriori misure sono state considerate preventive poichè non obbligatorie per legge, ma lo sono diventate in seguito alla loro previsione nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

5.1 Misure di trasparenza

L'ASL DI BENEVENTO ha da sempre posto particolare attenzione a quanto richiesto dalla norma in materia di trasparenza. Nell'allegato 4 del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, sono riportati gli obblighi di pubblicazione cui L'ASL di Benevento deve attenersi.

Per ogni voce della sezione del sito Amministrazione trasparente è prevista, infatti, l'indicazione della struttura cui compete la pubblicazione, e il relativo aggiornamento, del dato e il nome del soggetto responsabile.

La compilazione di tutte le sezioni del sito Amministrazione trasparente è sorvegliata dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. In Azienda sono stati organizzati, nel corso dell'anno 2018, incontri periodici per la verifica della completezza del dato e del suo aggiornamento.

In particolare, nel corso del 2018, si è provveduto a migliorare la pubblicazione delle informazioni richieste in materia di bandi gara.

La verifica della correttezza dei dati pubblicati nella sezione Amministrazione trasparente è avvenuta anche in sede di specifici *audit*. In occasione degli *audit* di verifica delle misure di prevenzione della corruzione, effettuati in alcune strutture, sono stati infatti ricordati a tutti i direttori/responsabili gli obblighi di pubblicazione relativi al processo esaminato ed è stata riportata nel verbale ogni specifica indicazione.

Nella sezione "dati ulteriori", a disposizione delle amministrazioni, è prevista dalla legge 190 del 2012 (art. 1, comma 9, lettera f) e dall'art. 7-bis, comma 3 del medesimo decreto legislativo n. 33 del 2013, la pubblicazione di dati, informazioni e documenti ritenuti utili in una logica di piena apertura verso l'esterno.

5.1.1 Responsabilità della pubblicazione dei dati

La normativa in materia di trasparenza, recentemente modificata, prevede il contenuto minimo e l'organizzazione dei dati che devono essere pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, secondo una precisa articolazione in sotto-sezioni di primo e di secondo livello.

La tipologia dei dati che l'ASL deve pubblicare e le strutture responsabili della produzione, trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati sono indicati nell'allegato 4) del Piano denominato "Elenco degli obblighi di pubblicazione".

L'allegato contiene l'elenco di tutti gli obblighi di pubblicazione, come previsti dalla recente deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016 avente ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni contenute nel decreto legislativo n. 33 del 2013 come modificato dal decreto legislativo n. 97 del 2016", e per ogni singolo obbligo individua la struttura responsabile della pubblicazione e il nominativo del responsabile.

Il dirigente responsabile di ciascuna struttura ha la piena ed esclusiva responsabilità della esattezza, completezza e tempestività dei dati, sia in caso di pubblicazione diretta sia in caso di trasmissione dei dati al soggetto individuato per la pubblicazione.

Le modalità di pubblicazione devono inoltre porre la massima attenzione al rispetto delle norme in materia di protezione dei dati personali.

Rispetto agli obblighi ulteriori di pubblicazione, questa Azienda provvederà a pubblicare:

- l'elenco delle deliberazioni del Direttore Generale;
- l'elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti aziendali;
- i report prodotti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

5.1.2 Misure organizzative per assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi

A livello organizzativo, nel corso del 2018, le principali misure dirette ad assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi sono state quelle già individuate e adottate negli anni precedenti, e in particolare:

- definizione univoca, per ciascun obbligo di pubblicazione, del contenuto e della forma di presentazione dei dati che deve rispondere a precisi requisiti di chiarezza e usabilità, con evidenza documentale di quanto definito;
- semplificazione del processo di pubblicazione, mediante flussi automatici di pubblicazione, attraverso l'utilizzo del software messo a disposizione dal CED
- coordinamento delle pubblicazioni inserite nella sezione Amministrazione Trasparente con quelle di altre sezioni;

5.1.3 Misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza

Le misure di monitoraggio e vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza spettano al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

Il RPCT provvede a:

- monitorare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Se rileva inadempienze di livello significativo, sollecita il Referente aziendale interessato a provvedere in merito entro un termine concordato. In caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile segnala la circostanza alla Direzione aziendale, all'OIV e/o agli ulteriori organismi interessati;
- supportare l'OIV nello svolgimento delle attività di competenza mediante la predisposizione di una tabella di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente;
- predisporre ulteriori programmi operativi per ottemperare alle prescrizioni che risultano non ancora o non pienamente attuate;

All'OIV spetta invece il compito di verificare e attestare in sede aziendale l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza secondo gli indirizzi formulati dall'ANAC. Gli esiti della verifica sono pubblicati nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale. L'OIV tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del programma ai fini della misurazione e valutazione delle *performance*.

5.1.4 Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico

L'accesso civico, come previsto dal citato decreto 97, rappresenta l'elemento più innovativo delle modifiche introdotte nel 2016.

L'Accesso Civico "semplice", previsto dall'art. 5 comma 1 del decreto legislativo 33/2013, è il diritto di chiunque di richiedere alle P.A. di pubblicare documenti, informazioni e dati per i quali è prevista la pubblicazione obbligatoria, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

L'Accesso Civico "generalizzato", previsto dall'art. 5 comma 2 del decreto legislativo 33/2013 (introdotto dall'art. 6 del decreto legislativo 97/2016) è il diritto di chiunque di accedere a documenti, informazioni e dati detenuti dalle P.A., ulteriori rispetto a quelli oggetto di

pubblicazione.

L'esercizio del diritto all'accesso civico non richiede uno specifico interesse personale del cittadino, l'istanza non necessita di motivazione e non è sottoposta ad alcuna limitazione, ad esclusione di quanto espressamente previsto dalla legge (es. *privacy*, diritto d'autore, ecc...), con le procedure previste dalla stessa (opposizione dell'interessato). Gli aspetti procedurali sono in fase di regolamentazione, secondo quanto indicato dalla Delibera ANAC 1309/2016.

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione Amministrazione Trasparente, sotto la voce Altri contenuti – Accesso Civico sono pubblicati le modalità di esercizio di questa facoltà, i dati relativi al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza al quale può essere presentata la richiesta di accesso civico e l'apposito registro delle domande di accesso civico pervenute nel corso dell'anno.

E' in via di adozione il nuovo regolamento aziendale per disciplinare in maniera sistematica l'intera materia dell'accesso.

5.1.5 Organizzazione delle Giornate della trasparenza

Le giornate della trasparenza, previste dalla normativa, sono strumenti di coinvolgimento degli *stakeholder* per la promozione e la valorizzazione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. Esse rappresentano un'occasione per informare sul Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza tutti i soggetti a vario titolo interessati e coinvolti. Nelle giornate della trasparenza è previsto un momento di condivisione delle *best practice*, di esperienze, del clima lavorativo e del livello dell'organizzazione del lavoro, nonché dello stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione e di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

L'ASL DI BENEVENTO non ha realizzato, nel corso dell'anno 2018, la giornata della trasparenza, in quanto ha ritenuto di utilizzare, quale strumento di comunicazione dei contenuti del Piano, la creazione di opuscoli dedicati a riepilogare i contenuti principali del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Codice di comportamento vigente.

Per l'anno 2019 si prenderà eventualmente in considerazione la possibilità di organizzare una giornata della trasparenza, o comunque, un momento formativo aperto anche al personale esterno all'ASL.

5.2 Misure di comportamento / etica / garanzia

Tra le misure inserite in questa tipologia rientrano la presenza del Codice di comportamento, la stipula dei Patti di integrità, gli interventi per contrastare le situazioni di conflitto di interessi.

5.3.1 Codice di comportamento

Il Codice di comportamento dell'ASL di Benevento, rivisto e aggiornato, tenuto conto delle raccomandazioni della deliberazione ANAC n. 358 del 29/3/2017.

Il richiamo all'osservanza del Codice di comportamento è stato inserito, a partire dallo scorso anno, nei contratti di lavoro e nei contratti di collaborazione.

Tutto il personale assunto, viene informato della presenza del Codice di comportamento aziendale sul sito internet aziendale e invitato alla sua consultazione e al suo rispetto.

Inoltre, durante la formazione specifica prevista per i neo assunti a cura della S.C. Prevenzione e Protezione è stato inserito un intervento a cura del Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza per illustrare il Piano Triennale, il Codice di Comportamento e la Carta dei Servizi.

Il Codice individua le regole di condotta integrative e/o aggiuntive rispetto a quelle contenute nel

DPR 62/2013 e richiama norme di comportamento specifiche, correlate ai compiti istituzionali dell'Azienda, consistenti principalmente nella tutela della salute individuale e collettiva. Esso prevede espressamente l'obbligo di rispettare le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

Una ulteriore occasione, di presentazione del Codice di comportamento, a tutto il personale, è stata la presentazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, organizzata, a carico del direttore/responsabile, in tutte le strutture aziendali, come risulta dai verbali redatti.

5.3.2 Patti di integrità

Rientra tra le misure di comportamento anche la sottoscrizione di Patti di integrità negli affidamenti e clausole di integrità nei contratti. Le stazioni appaltanti possono prevedere nei bandi di gara che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara.

In particolare, il Patto d'integrità è un documento contenente una serie di condizioni dirette a valorizzare comportamenti eticamente adeguati che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e che permette un controllo reciproco e sanzioni (anche di carattere patrimoniale) in caso di elusione. Specifico riferimento all'obbligo dei singoli fornitori ed appaltatori di aderire alle clausole etiche è esplicitamente previsto anche all'art. 14, comma 9 del Codice di comportamento aziendale.

Si precisa che nel corso dell'anno 2018, così come previsto nel precedente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, è stato rivisto lo schema tipo di Patto di integrità negli affidamenti.

Lo schema tipo aggiornato è pubblicato sul sito internet aziendale nella sezione Amministrazione trasparente – altri contenuti – Prevenzione della Corruzione e deve essere sottoscritto dagli operatori economici partecipanti a gare per appalti di lavori e forniture di beni e servizi.

5.3.3 Dichiarazione pubblica di interessi

Poiché la condizione di "interesse" nel sistema sanitario non necessariamente configura un "conflitto" ma può essere percepita come condizionamento nell'espletamento dell'attività professionale, è necessario individuare strumenti per innalzare all'interno delle aziende sanitarie i livelli di trasparenza attraverso la pubblicizzazione dei rapporti diretti e/o indiretti eventualmente intercorrenti tra coloro che operano nell'amministrazione e produttori/fornitori di farmaci/dispositivi/tecnologie/beni. Occorre "mettere in chiaro", con lo strumento della Dichiarazione pubblica, la molteplicità di rapporti del professionista all'interno del mondo sanitario nel suo complesso.

La Direzione Generale dell'ASL di Benevento, in accordo con la Regione, ha stabilito di avviare, per l'anno 2018, la compilazione della Dichiarazione in oggetto, per i direttori di struttura complessa e responsabili di struttura semplice. Tale adempimento costituisce, per i suddetti professionisti, un obiettivo annuale.

Per la compilazione della Dichiarazione i dirigenti sono stati ampiamente supportati dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

5.3.4 Disciplina degli incarichi extraistituzionali

La concentrazione di incarichi in capo ad un unico soggetto, soprattutto se extra-istituzionali, può dar luogo a situazioni di conflitto di interesse, che possono compromettere il buon andamento

dell'azione amministrativa e costituire, a loro volta, sintomo di fatti corruttivi.

La precedente disciplina degli incarichi extra-istituzionali conferiti a dipendenti pubblici è stata modificata con l'inserimento delle seguenti previsioni:

- l'autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali deve essere disposta secondo criteri oggettivi e predeterminati;
- in sede di autorizzazione occorre valutare tutti i profili di conflitto di interesse anche potenziale;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti.

5.3.5 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

L'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse è disciplinato dall'art. 7 del Codice di comportamento a cui si rinvia per quanto concerne termini e modalità di applicazione dell'istituto.

In ogni caso la tematica del conflitto di interesse rientra negli interventi formativi sui temi etici e della legalità avviati nei confronti di tutto il personale aziendale, secondo quanto previsto al punto 4.3.

L'art. 7 del Codice di comportamento aziendale e la specifica procedura di segnalazione prevista dai commi 3 – 5, è stata diffusa con le modalità previste per il Codice di comportamento (vedi precedente punto 4.2.) e richiamata in occasione degli *audit* effettuati in alcune strutture aziendali.

Punto cruciale dell'attuazione di questa misura è la chiara percezione da parte dei dipendenti, in particolare di chi è chiamato quotidianamente a prendere decisioni, piccole o grandi che siano, di che cosa sia concretamente il conflitto di interessi.

5.3.6 Attività successive alla cessazione del servizio

Le recenti disposizioni in materia di anticorruzione prevedono una disciplina generale diretta a prevenire il rischio che, durante il periodo lavorativo, il dipendente sfrutti il ruolo ricoperto per ottenere un impiego più vantaggioso presso l'impresa o il privato con cui ha avuto contatti.

L'art. 53, comma 16 ter del decreto legislativo n. 165 del 2001, introdotto dall'art. 1 comma 42 della legge n. 190 del 2012 afferma che i dipendenti *“che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto di una pubblica amministrazione, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri”* e precisa che *“i contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli; ai soggetti privati che li hanno conferiti o conclusi è vietato contrattare con la pubblica amministrazione interessata per i tre anni successivi, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti”*.

Una clausola specifica è stata inserita nei contratti tipo con i soggetti accreditati. Per quanto riguarda gli operatori economici partecipanti ad appalti di lavori e forniture di beni e servizi, la clausola è inserita negli schemi tipo di patto di integrità.

Per quanto riguarda i dipendenti, è prevista l'informativa individuale al momento della domanda di pensione.

5.3.7 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali

Per evitare situazioni che possano illecitamente favorire il preconstituersi di situazioni favorevoli ad un successivo conferimento di incarichi dirigenziali o che possano inquinare l'imparzialità dell'agire amministrativo, il legislatore, con il decreto legislativo 39/2013, ha stabilito che non è possibile

conferire incarichi dirigenziali a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione anche con sentenza non passata in giudicato;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla Pubblica Amministrazione, o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Gli atti e i contratti posti in essere in violazione del divieto sono nulli e l'inconferibilità non può essere sanata. Prima di conferire incarichi dirigenziali è pertanto necessario acquisire, da parte dell'interessato, una dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'insussistenza delle condizioni previste dal decreto legislativo 39/2013. La dichiarazione viene pubblicata sul sito internet istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Il decreto in esame prevede inoltre ipotesi di incompatibilità tra l'incarico dirigenziale e le seguenti situazioni:

- assunzione e svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico;
- svolgimento di attività professionali;
- assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato all'incarico incompatibile. Annualmente dovrà essere resa, dagli interessati, una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità che viene pubblicata sul sito istituzionale (art. 20 d.lgs. 39/2013).

Nel 2014, sulla scorta dell'interpretazione data da CIVIT nella delibera n. 58/2013, la norma è stata applicata, oltre che agli incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, sanitario, amministrativo) anche a direttori di distretto, di dipartimento, di presidio ospedaliero, di struttura complessa e semplice con significativa autonomia gestionale e amministrativa e sono state acquisite le relative dichiarazioni.

Nel 2015, visto il contenuto della delibera ANAC 22 dicembre 2014 , n. 149, che precisa *"Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, ...devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39"* e la sentenza 5583/2014 emessa dalla terza sezione del Consiglio di Stato, sono state sospese le richieste delle dichiarazioni annuali ai direttori di struttura e saranno rimosse quelle già pubblicate. Proseguirà invece la pubblicazione delle dichiarazioni annuali del Direttore generale, del Direttore sanitario e del Direttore amministrativo.

5.3.8 Formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

Con queste misure si mira a evitare la presenza di soggetti condannati, anche in via non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, all'interno di organi amministrativi cui sono affidati poteri decisionali.

Come espressamente previsto dall'art. 35 bis decreto legislativo 165/2001, e richiamato nell'aggiornamento al Codice di comportamento, tali soggetti:

- a) non possono far parte, neppure con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- b) non possono essere assegnati, con funzioni dirigenziali o direttive (categoria D), agli uffici

preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

- c) non possono far parte di commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

La violazione delle norme sopra indicate si traduce nell'illegittimità dei provvedimenti conclusivi del relativo procedimento.

5.3 Misure di formazione

La formazione riveste un'importanza rilevante nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione, tanto da essere espressamente richiamata nella stessa legge 190/2012 e dalla normativa successiva.

Come già richiamato, i principali scopi della formazione sono:

- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure);
- la creazione di competenze specifiche per chi opera nelle aree più a rischio;
- la diffusione di buone pratiche amministrative, anche attraverso il confronto tra esperienze e prassi diverse;

L'ASL ha avviato a partire dal 2015 un intervento di formazione generale, rivolto a tutto il personale e finalizzato alla diffusione dei principi normativi e dei valori etici.








Per l'anno 2018 il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha proposto alla Direzione Generale diverse iniziative formative.

In accordo con la ditta Equipe srl il RPC ha pianificato e realizzato un articolato piano di formazione rivolto alla rete dei referenti e finalizzato al trasferimento delle modalità di utilizzo dell'applicativo TaleteWeb.

La formazione è stata strutturata in due fasi:

Nella prima fase, sviluppata nei mesi di novembre e dicembre del 2018, sono stati programmati moduli di aggiornamento della formazione in materia di anticorruzione e trasparenza e di addestramento all'utilizzo del software. Sono stati invitati tutti i referenti delle UOC, UOS e UOSD e la partecipazione effettiva è stata di circa il 70 %.

Nel corso della formazione ogni partecipante sono state fornite le istruzioni di base per accedere al sistema informatico con la propria username e password ed eseguire le operazioni di base quali:

-  la consultazione dei documenti del SPC;
-  la mappatura dei processi;
-  l'identificazione dei pericoli di illecito;
-  la valutazione dei rischi (allegato 5);
-  l'individuazione e gestione delle misure preventive e migliorative;
-  le segnalazioni elettroniche di illecito (anche in forma anonima);
-  il monitoraggio attraverso indicatori e audit.

Nel corso dell'anno 2019 il RPC si pone l'obiettivo di estendere la formazione all'utilizzo del software ad altri dipendenti appartenenti alla rete dei referenti del sistema di prevenzione della

corruzione.

Nella seconda fase definita di “Traning on the job”, sviluppata nei mesi di novembre e dicembre del 2018, i tecnici della ditta Equipe Srl si sono recati personalmente presso le diverse articolazioni organizzative e/o hanno ricevuto individualmente i direttori/responsabili/referenti presso i locali dell'ufficio formazione, fornendo agli stessi il supporto per le operazioni di mappatura dei processi, individuazione dei pericoli e valutazione dei rischi e delle misure preventive. In questo periodo, inoltre, il servizio di help desk della ditta Equipe Srl è stato completamente a disposizione di quanti hanno chiesto assistenza e supporto in remoto.

In questa fase sono state assistite e supportate tutte le articolazioni organizzative i cui responsabili/referenti hanno eseguito e sottoscritto, con firma elettronica debole, la mappatura dei processi, l'identificazione dei pericoli, la valutazione dei rischi e l'identificazione delle misure, partecipando così attivamente, come prescritto dal quadro normativo, alle fasi di gestione del Sistema di Prevenzione della Corruzione.

Nel corso del 2019 il RPC si pone l'obbiettivo di estendere il numero di articolazioni organizzative che utilizzeranno direttamente il software per eseguire le attività di gestione del SPC (mappatura-identificazione pericoli-valutazione rischi-individuazione misure-monitoraggio).

La formazione in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza è stata assegnata quale obiettivo a tutti i direttori/responsabili di struttura complessa e semplice, e semplice dipartimentale. Il raggiungimento, o meno, di tale obiettivo sarà valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione nei primi mesi del 2019, a seguito della relazione prodotta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.

5.4 Misure di rotazione

Occorre distinguere la rotazione prevista dall'art. 16, comma 1, lett. I quater del d.lgs. 165/2001, dalla rotazione intesa come misura di prevenzione di carattere generale che si fonda sul fatto che l'alternanza tra più soggetti nell'assunzione di decisioni e nella gestione delle procedure riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari con soggetti esterni, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e di situazioni ambientali potenzialmente illegali.

Per quanto riguarda l'ipotesi prevista dal decreto legislativo 165/2001, in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale o di avvio di un procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la facoltà di adottare un provvedimento di sospensione del rapporto di lavoro, l'azienda procede:

- per il personale dirigenziale, alla revoca dell'incarico in corso e al contestuale passaggio ad altro incarico (combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. I quater e art. 55 ter comma 1 del d.lgs. 165/2001);
- per il personale non dirigenziale, all'assegnazione ad altro servizio (art. 16 comma 1 lett. L quater d.lgs. 165/2001).

Per quanto riguarda la rotazione per così dire “organizzativa”, come osservato dalla Conferenza unificata del 24 luglio 2013 *“l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa”* e, in ogni caso, la rotazione del personale presuppone l'adozione di criteri generali oggettivi, previa informativa sindacale.

In linea generale la rotazione del personale addetto alle attività a più elevato rischio di corruzione

rappresenta una misura importante, ma di difficile attuazione in un'azienda sanitaria con le caratteristiche dell'ASL DI... (in termini di dimensioni, numero di personale dirigenziale ecc.).

La rotazione è infatti difficilmente attuabile nei confronti del personale dirigente del ruolo sanitario, in particolare del personale medico, in quanto si tratta di personale che deve essere necessariamente assegnato alla struttura corrispondente alla propria disciplina di specializzazione. La rotazione è difficilmente attuabile anche nei settori amministrativi a causa dell'elevata specializzazione richiesta e della presenza di un solo dirigente per struttura. L'applicazione della misura comporterebbe il rallentamento dell'attività ordinaria in entrambe le strutture coinvolte. In alternativa il direttore di struttura valuterà la fattibilità della rotazione del personale non dirigenziale con riguardo innanzi tutto ai responsabili del procedimento;

La difficoltà di attuare la rotazione in ambito amministrativo dipende anche dall'età del personale (età media 50 anni) poco interessato a investire nell'acquisizione di nuove competenze e demotivato dal fatto di non poter trasmettere a nessun "giovane" le conoscenze acquisite in tanti anni di carriera, stante la totale assenza di ricambio generazionale (le ultime assunzioni per concorso nel ruolo amministrativo risalgono a circa 20 anni fa).

Negli ultimi anni è proseguita la rotazione del personale nei settori dove la misura è stata ritenuta utile e applicabile: rotazione del personale di vigilanza ispezione nei servizi del Dipartimento di prevenzione, rotazione dei Dirigenti medici di Direzione sanitaria e dei Coordinatori del personale delle professioni sanitarie in ambito ospedaliero.

Il principio della rotazione è stato richiamato in tutti gli audit effettuati nel corso dell'anno, come risulta dai verbali.

5.5 Misure di protezione

Tra le misure di segnalazione e protezione la principale è quella relativa alla tutela del dipendente che segnala situazioni di illecito (c.d. *whistleblower*), una misura che mira a consentire l'emersione di fenomeni corruttivi.

La norma prevede tre distinte disposizioni:

- la tutela dell'anonimato, fatte salve le situazioni in cui la conoscenza del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato;
- il divieto di discriminazioni e cioè, come precisato dal Piano Nazionale Anticorruzione, le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili;
- la sottrazione della denuncia al diritto di accesso.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali. Questo tipo di tutela non opera, ovviamente, per i casi in cui la denuncia o la segnalazione integrino i reati di calunnia o diffamazione.

5.6 Misure di regolamentazione / semplificazione /informatizzazione

Nel corso dell'anno 2018 sono stati portati a termine interventi di regolamentazione e semplificazione che, favorendo in modo diffuso la creazione e il consolidamento di buone prassi interne, costituiscono un argine alla cattiva amministrazione e contribuiscono a creare quel contesto sfavorevole ai fenomeni corruttivi, che costituisce uno degli obiettivi fondamentali della strategia anticorruzione. Tali novità, riguardano principalmente l'utilizzo di sistemi informatici dedicati per la gestione delle gare di appalto e dei concorsi, come precedentemente descritto.

Nel corso del 2018 è proseguita la revisione delle procedure amministrative aziendali, alla luce

anche delle nuove nomine dei direttori/responsabili di struttura a seguito dell'attuazione dell'ultimo atto aziendale e dei numerosi pensionamenti di questo ultimo anno.

5.7 Il Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)

L'ANAC con il comunicato del 28/10/2013 ha stabilito che ogni stazione appaltante nomini con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), denominato Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA).

L'ASL DI BENEVENTO ha, dunque, provveduto alla nomina del responsabile del Economato e provveditorato quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante.

6. MONITORAGGIO SULL'EFFICACIA E SULL'APPLICAZIONE DEL PIANO

L'introduzione di un sistema di controlli interni assume un rilievo cruciale quale strumento per rafforzare ulteriormente il sistema di prevenzione del rischio di corruzione; per questo è in fase di approvazione una procedura specifica per la gestione degli audit relativi alla prevenzione della corruzione.

Inoltre, nel mese di marzo 2019, sarà approvato dalla Direzione Generale il *Programma di audit* per l'anno in corso.

Si ritiene di individuare, per l'effettuazione degli *audit*, personale con competenze di base nelle tecniche di *audit* e/o con pregresse esperienze, anche al di fuori dell'Azienda.

Entro il mese di gennaio sarà richiesta, con nota protocollata, a tutto il personale dell'ASL di Benevento la disponibilità a partecipare agli *audit* sul PTPCT.

Successivamente per il personale così individuato sarà organizzato un momento formativo presso il Centro di Formazione dell'ASL di Benevento con il seguente programma:

- Presentazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza 2018-2020;
- La norma ISO 19011:2012 Linee guida per audit di sistemi di gestione;
- Procedura aziendale "Gestione degli *audit* interni per la verifica delle attività di prevenzione della corruzione" e relativa modulistica;

La scelta di effettuare degli *audit*, destinando tempo dedicato a questa attività, permetterà di aumentare la conoscenza e la consapevolezza degli operatori in materia di anticorruzione e trasparenza e permettere, in quella sede, il confronto su specifici processi della loro struttura chiedendo e ricercando informazioni e chiarimenti.

La verifica e il controllo sull'efficacia e sull'applicazione del Piano Triennale dell'ASL di Benevento si è articolato quindi in due momenti fondamentali:

1. confronto sulle schede di mappatura dei processi e valutazione del rischio (validazione);
2. la valutazione delle misure adottate o in fase di implementazione da parte delle strutture.

La fase di confronto sulle schede di mappatura dei processi e valutazione del rischio che è stata effettuata dai responsabili di Struttura servirà per l'elaborazione del nuovo programma di *audit* che verrà approvato dopo la pubblicazione del PTPCT 2019-2021.

Anche per il 2019 il confronto continuo con i direttori interessati potrà determinare una variazione del programma di *audit* annuale se si evidenziassero delle criticità che necessitano di una verifica immediata.

Tuttavia le misure di monitoraggio e vigilanza sull'efficacia del piano non riguardano soltanto le

attività di semplice controllo sulla sua attuazione, ma si estendono agli interventi di implementazione e di miglioramento del suo contenuto.

Tali interventi comprenderanno:

- la predisposizione da parte del Responsabile, entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo proroghe), di una relazione annuale che riporta il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal piano. Come indicato da ANAC con la delibera 148/2014 la relazione deve essere predisposta seguendo lo schema di volta in volta comunicato da ANAC e pubblicata sul sito web dell'azienda;
- l'attività dell'OIV che tiene conto dell'apporto delle diverse strutture all'attuazione del piano ai fini della misurazione e valutazione delle *performance*.

7. COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLA PERFORMANCE

Il piano riveste un ruolo importante nell'ambito del ciclo della performance aziendale, in quanto non solo costituisce una parte dei programmi di attività dell'azienda, ma ne consente la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione e ai risultati conseguiti.

Per quanto riguarda l'individuazione di specifici obiettivi annuali di attività da assegnare alle diverse strutture in relazione all'attuazione del piano, con correlata graduazione economica ai fini della corresponsione del conguaglio annuale della retribuzione di risultato (*performance* organizzativa), il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza presenta apposita proposta alla Direzione, in tempo utile rispetto alla predisposizione del piano annuale degli obiettivi aziendali da assegnare ai direttori/responsabili di struttura.

Il Responsabile elabora la sua proposta in modo che gli obiettivi da assegnare alle strutture siano strettamente correlati alle misure contenute nel piano triennale anticorruzione, ricalcandone adempimenti, compiti e responsabilità.

La Direzione generale procede invece all'assegnazione di specifici obiettivi individuali al Responsabile (*performance* individuale) in relazione agli adempimenti di sua competenza.

Per quel che riguarda l'anno 2017, con deliberazione del direttore è stato "Approvazione del Piano della performance", successivamente integrata con la deliberazione sempre del direttore generale sono stati assegnati gli obiettivi ai direttori/responsabili. Tra gli obiettivi 2017 erano presenti quelli riguardanti le tematiche della trasparenza e dell'anticorruzione. La Direzione Generale ha assegnato un "peso" importante a tali obiettivi, precisando che il mancato raggiungimento di uno di questi comporta per il direttore/responsabile l'abbattimento automatico del 15% del punteggio raggiunto con gli altri obiettivi. Il raggiungimento di tali obiettivi è stato valutato dall'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) all'inizio dell'anno 2018 e, dalla relazione prodotta dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, risulta che tutti gli obiettivi in materia sono stati pienamente raggiunti. I verbali delle sedute dell'OIV sono consultabili sul sito internet aziendale (sezione Amministrazione Trasparente).

Gli obiettivi 2018, che costituiscono il Piano della performance aziendale, sono stati assegnati con deliberazione del direttore. Tra questi sono presenti quelli che riguardano l'anticorruzione e la trasparenza proposti dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e tutti accolti dalla direzione generale.

Anche per l'anno 2018, la Direzione Generale ha assegnato un "peso" importante a tali obiettivi,

prevedendo per il mancato raggiungimento di uno di questi l'abbattimento automatico del 15% del punteggio raggiunto.

Sul raggiungimento di tali obiettivi, relazionerà il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza all'OIV.

Per l'anno 2019, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione intende avviare un'analisi più approfondita dei processi a possibile rischio corruttivo nelle strutture sanitarie (reparti e ambulatori), pertanto gli obiettivi 2019 potrebbero spingere i direttori/responsabili a tale tipo di analisi. La proposta sarà comunque definita e trasmessa in tempi utili alla Direzione generale, prima dell'approvazione del futuro piano della *performance* aziendale.

Gli obiettivi generali del Sistema di prevenzione della corruzione e della trasparenza proposti per il 2019 sono riportati nella seguente tabella

Descrizione obiettivo	Indicatore	Razionale	Valore atteso	Strutture coinvolte
Estendere la formazione di tutto il personale	<i>“tasso di formazione dei Direttori/Referenti all'utilizzo del software TaleteWeb”</i>	referenti formati/referenti totali*100	80%	Direttori struttura complessa/responsabili struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione
PTPC mappatura e valutazione dei processi	<i>tasso di articolazioni che hanno eseguito la valutazione dei rischi con il software</i>	articolazioni organizzative che utilizzano il software/articolazioni organizzative totali*100	90%	RPC, Direttori struttura complessa/responsabili struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione
Monitoraggio del PTPC mediante audit	<i>indice di effettuazione di audit di seconda parte</i>	audit di seconda parte effettuati/audit di seconda parte pianificati	1	RPC
Segnalazioni di illeciti	<i>indice di presa in carico segnalazioni di illecito</i>	segnalazioni prese in carico/segnalazioni pervenute	1	RPC
Gestione della comunicazione	<i>tasso di lettura per articolazione organizzativa dei nuovi documenti pubblicati</i>	n° di documenti pubblicati letti/n° documenti pubblicati per singola articolazione organizzativa*100	90%	Direttori struttura complessa/responsabili struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione
Gestione della trasparenza	<i>“indice di conformità degli adempimenti di pubblicazione degli atti DLGs 33/2013”</i>	documenti pubblicati nei tempi/totale documenti da pubblicare	100%	Direttori struttura complessa/responsabili struttura semplice e referenti per la prevenzione della corruzione