



## Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2017-2019

## INDICE

<b>PREMESSA E NOZIONE DI CORRUZIONE</b>	4
<b>PARTE GENERALE</b>	5
<b>SEZIONE 1</b>	5
<b>1 IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA</b>	5
1.1 Scopo e finalità del Piano	5
1.2 Struttura del Piano	5
1.3 Processo di adozione, adeguamento, aggiornamento e validità temporale	6
1.4 Ambito di applicazione	7
1.5 Obblighi di conoscenza	8
1.6 Il contesto normativo	9
1.6.1 Il livello statale	9
1.6.2 Il livello aziendale	10
1.7 Analisi del contesto	10
1.7.1 Contesto esterno	12
1.7.2 Contesto interno	33
1.8 Obiettivi e azioni del Piano	59
1.9 Coordinamento con il ciclo della performance	61
<b>SEZIONE 2</b>	63
<b>2 SOGGETTI, COMPITI E RESPONSABILITA'</b>	63
2.1 Il Direttore Generale	63
2.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione	64
2.2.1 Prerogative del Responsabile della prevenzione della corruzione	65
2.2.2 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione	65
2.2.3 Modalità di comunicazione	66
2.3 Il Responsabile della Trasparenza	66
2.4 I Referenti per la prevenzione della corruzione	66
2.5 Il Responsabile dell'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti (RASA)	68
2.6 Strutture di supporto	68
2.7 Dirigenti	68
2.8 L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno	69
2.9 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)	69
2.10 I dipendenti dell'amministrazione	69
2.11 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione	70
<b>SEZIONE 3</b>	70
<b>3 LE RESPONSABILITA'</b>	70
3.1 Responsabilità del Direttore Generale	70
3.2 Responsabilità del Responsabile della Prevenzione	70
3.3 Responsabilità dei dipendenti	71
3.4 Provvedimenti nei confronti del personale convenzionato, dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi	71

<b>SEZIONE 4</b>	72
<b>4 LA GESTIONE DEL RISCHIO</b>	72
4.1 Principi per la gestione del rischio (tratti da UNI ISO 31000:2010)	72
4.2 Il processo di gestione del rischio	73
4.3 Aree a rischio	78
4.4 Il monitoraggio e le azioni di risposta	78
<b>PARTE SPECIALE "A" - MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO</b>	81
<b>SEZIONE 1</b>	81
<b>1 MISURE OBBLIGATORIE</b>	81
1.1 Obblighi di trasparenza	81
1.2 Codici di comportamento	82
1.3 Rotazione del personale	84
1.4 Obbligo di astensione	85
1.5 Attività e incarichi extra-istituzionali	85
1.6 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni	86
1.7 Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza	89
1.7.1 Incarichi vietati	89
1.7.2 Incarichi consentiti	89
1.7.3 Incarichi gratuiti	90
1.8 Attività successiva allo svolgimento del rapporto di lavoro (revolving doors)	90
1.9 Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale	91
1.10 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)	93
1.11 Procedure per la selezione del personale	94
1.12 Formazione	94
1.13 Patti di integrità	97
1.14 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	98
1.15 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti	99
1.16 Monitoraggio dei rapporti fra l'azienda e i soggetti che con la stessa instaurano rapporti di rilevanza economica	99
1.17 Rapporti con enti di diritto privato e società partecipate in controllo pubblico	100
<b>SEZIONE 2</b>	101
<b>2 MISURE ESISTENTI E ULTERIORI</b>	101
2.1 Misure esistenti	101
2.2 Misure ulteriori di carattere generale	103
2.3 Regole/misure specifiche ulteriori rispetto a quelle obbligatorie	103
<b>PARTE SPECIALE "B" – PROGRAMMAZIONE DELLA TRASPARENZA</b>	106
Premessa	106
Principi generali	107
1.1 Le principali novità	108
1.2 Procedimento di elaborazione ed adozione del Programma	109

1.2.1	Obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice negli atti di indirizzo	109
1.2.2	Collegamenti con il Piano della Performance	110
1.2.3	Uffici e dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma	112
1.2.4	Modalità di coinvolgimento degli stakeholders e i risultati di tale coinvolgimento	112
1.3	Le iniziative di comunicazione della trasparenza	113
1.3.1	Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati	113
1.3.2	Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza	114
1.4	Processo di attuazione	114
1.4.1	Individuazione dei dirigenti responsabili della trasmissione, pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati	115
1.4.2	Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi	115
1.4.3	Sistema di monitoraggio con l'individuazione dei dirigenti responsabili	116
1.4.4	Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"	116
1.4.5	Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico "semplice" e "generico"	120
1.5	Dati Ulteriori	121

*Il presente documento comprende gli aggiornamenti al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) e al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI), che ne costituisce una sezione, come previsto dall'articolo 10, comma 2, del Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33.*

*I precedenti PTPC e PTTI sono pubblicati in <<Amministrazione Trasparente>>.*

*Si precisa, inoltre, che dall'anno corrente per effetto del D.Lgs. 97/2016 il Piano assume la denominazione di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e le disposizioni in materia di trasparenza ne costituiscono una sezione denominata "Programmazione della Trasparenza".*

## **PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1 2017-2019**

### **PREMESSA**

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) costituisce il documento programmatico adottato dall'Azienda Sanitaria CN1 in attuazione della L. 190 del 6 novembre 2012 e ss.mm.ii., recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", e delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione e relativi aggiornamenti adottati dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

L'A.S.L. CN1 riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali e, a tal fine, adotta e sviluppa un sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti basato, fra l'altro, sul:

- ✓ "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici", di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, e sul "Codice di comportamento aziendale" adottato ai sensi dell'art. 54 d.lgs. 165/2001 e della delibera CIVIT n. 75/2013, con deliberazione n. 515 del 20.12.2013 e modificato come da documento allegato al presente Piano;
- ✓ Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 e ss.mm.ii., in materia di "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, in materia di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi;
- ✓ Piano Nazionale Anticorruzione, deliberazioni e linee guida adottate dall'ANAC in materia.

### **NOZIONE DI CORRUZIONE**

Il presente Piano, in coerenza con la sopra richiamata disciplina nazionale, accoglie una nozione ampia di corruzione, comprensiva delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere indebiti vantaggi privati o pubblici (sviamento dall'interesse pubblico), ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa *ab externo*, sia che tale azione abbia successo, sia che rimanga a livello di tentativo.

Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica e di quella disciplinata dall'art. 2635 del c.c. e sono tali da comprendere non solo **l'intera gamma dei delitti contro la P.A. disciplinati dal Libro secondo, Titolo II, Capo I e II del Codice Penale**, ma anche le situazioni in cui venga in evidenza un mal funzionamento dell'Amministrazione.

Rileva, pertanto, **ogni forma di abuso della cosa pubblica o di strumentalizzazione dell'ufficio diretto al conseguimento di un fine diverso o estraneo rispetto a quello del perseguimento dell'interesse pubblico generale.**

Ai fini del presente Piano occorre, pertanto avere riguardo a tutti gli 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.

## PARTE GENERALE

### **SEZIONE 1 - IL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

#### **1.1 Scopo e finalità del Piano**

Il presente Piano ha lo scopo di individuare le misure atte a prevenire ogni possibile episodio corruttivo all'interno dei propri uffici e servizi e di identificare gli attori di tale attività di prevenzione, cui spetterà il compito di monitorare i processi più "sensibili" e maggiormente esposti a rischio di comportamenti illeciti mediante il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture, dei Dirigenti e, a cascata, di tutto il personale dell'Azienda, utilizzando gli strumenti previsti dal presente Piano.

**Nell'ambito di tale processo, il ruolo della Direzione Generale è, in primis, quello di dare maggiore incisività ad ogni misura idonea al raggiungimento dello scopo.**

Ulteriore scopo del Piano è quello di garantire il suo raccordo con tutti gli altri strumenti di programmazione aziendale e, in particolare, con il Piano della Performance (PP) e col Piano della Formazione, in un'ottica di reale integrazione del processo di prevenzione nell'ambito della complessiva strategia aziendale.

Con l'adozione del presente Piano, l'Amministrazione intende perseguire un duplice ordine di finalità:

- ✓ in primo luogo, contrastare e prevenire, nell'ambito della materia disciplinata dalla citata normativa, il fenomeno dell'illegalità, consistente nello sviamento di potere per fini illeciti, mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme, nonché, più in generale, ogni forma di abuso e/o strumentalizzazione dell'ufficio e delle funzioni a fini personali e/o di dolosa violazione delle norme e delle regole comportamentali per ottenere indebiti vantaggi di qualsiasi natura;
- ✓ in secondo luogo, ma non per ordine di importanza, creare un contesto fortemente orientato ai valori della legalità, della trasparenza, dell'integrità e dell'etica, attraverso un percorso di cambiamento culturale che conduca a considerare tali valori come naturale connotazione di ogni azione e decisione aziendale e parte integrante della qualità dei servizi, delle prestazioni e delle relazioni tra l'Amministrazione e i cittadini/utenti.

Muovendo da tale prospettiva, attraverso il Piano, si intende fornire ai Direttori e ai Responsabili delle varie articolazioni aziendali un sistema organico di principi e regole da veicolare a tutti i dipendenti ed operatori addetti alle strutture cui sono preposti, per prevenire ogni forma di illegalità.

La strategia di prevenzione definita nel presente Piano non si configura come un'attività compiuta destinata ad esaurirsi entro un termine definito, bensì come un insieme di strumenti e misure finalizzati alla prevenzione che verranno via via affinati in relazione al *feedback* e all'esperienza acquisita.

#### **1.2 Struttura del Piano**

Il presente Piano, oltre che dalla parte introduttiva, è strutturato in tre Parti:

- 1) la **Parte Generale**, suddivisa in quattro Sezioni, dedicate allo scopo, finalità ed obiettivi del Piano e al suo processo di adozione (**Sezione 1**), ai soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio di corruzione e illegalità (**Sezione 2**) e alle relative responsabilità (**Sezione 3**), al modello di gestione del rischio adottato e alle aree a rischio individuate a seguito della sua applicazione (**Sezione 4**);
- 2) la **Parte Speciale "A"- Misure per la riduzione del rischio**, dedicata alle misure di prevenzione del rischio, suddivisa a sua volta in due Sezioni: la **Sezione 1** è dedicata alle misure obbligatorie per legge; la **Sezione 2** dedicata alle misure esistenti e a quelle ulteriori previste per le attività sensibili;

- 3) la **Parte Speciale “B”- Programmazione della Trasparenza**, i cui obblighi di pubblicazione sono elencati nell'allegato 4.

Il Piano è corredato dai seguenti documenti che ne costituiscono parte sostanziale ed integrante:

- **Allegato 1 - Catalogo dei processi**, riportante la graduazione del rischio con riferimento a ciascuna area, processo ed attività analizzati e rischi specifici associati, le aree a rischio, le strutture coinvolte e le misure esistenti;
- **Allegato 2 - Valutazione dei rischi corruttivi**, riportante il dettaglio della valutazione effettuata in relazione a ciascun rischio specifico associato al processo/sottoprocesso/fase di processo analizzati;
- **Allegato 3 - Tabella delle misure obbligatorie ed ulteriori**, riportante le misure/obiettivi da porre in essere, con individuazione dei soggetti responsabili della loro attuazione e dei relativi termini, indicatori e target per il triennio di validità del Piano;
- **Allegato 4 – Sezione “Amministrazione trasparente” – Elenco degli obblighi di pubblicazione;**
- **Allegato 5 - Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL CN1**, adottato con DDG. n. 515 del 20/12/2013, modificato il 31 gennaio 2017 e allegato al PTPCT 2017-19.

Costituiscono, altresì, parte sostanziale ed integrante del presente Piano, i seguenti documenti, pubblicati nella sezione “Anticorruzione” dei siti internet e intranet dell'azienda:

- il **Regolamento in materia di svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali** da parte dei dipendenti dell'ASL e anagrafe delle prestazioni, adottato con deliberazione del Direttore generale n.1187 del 22/12/2009 e ss.mm.ii.;
- la **Whistleblowing policy** approvata con DDG. n. 20 del 23/01/2014;
- il **“Patto di integrità”** adottato dall'ASL CN1 con DDG. n. 528 del 24/12/2013.

### **1.3 Processo di adozione, adeguamento, aggiornamento e validità temporale**

Il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione dell'ASL CN1 viene adottato, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale, quale organo amministrativo di vertice, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Il Piano viene pubblicato sul sito internet istituzionale nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione e trasmesso all'A.N.A.C e alla Regione Piemonte secondo le modalità definite dalle medesime.

Al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, come meglio precisato nei paragrafi successivi, è affidato il compito di predisporre e aggiornare il Piano e di vigilare sul suo funzionamento e sulla sua osservanza, avvalendosi, a detti fini, della collaborazione dei Referenti delle macro-aree e delle strutture di supporto.

Il processo di adozione del Piano avviene con procedura aperta alla partecipazione degli stakeholder interni ed esterni.

Il Piano 2017-2019 è frutto di un'intensa attività svolta dal Responsabile della Prevenzione, dai Referenti delle macro-aree aziendali, dalle Strutture di supporto e dai Direttori e Referenti interni delle strutture aziendali, finalizzata al perfezionamento e alla messa a regime del sistema di gestione del rischio definito nel primo Piano adottato dall'Azienda ed è stato predisposto sulla base dell'esito dell'attività di mappatura, analisi e valutazione dei processi e di identificazione e trattamento dei rischi effettuata, per le aree maggiormente esposte a rischio, secondo il predetto sistema.

I contenuti del Piano rappresentano il risultato di un ampio processo di confronto e condivisione della strategia di prevenzione al quale ha attivamente partecipato la Direzione Aziendale anche al fine di garantire la necessaria coerenza tra i contenuti del Piano di prevenzione della corruzione e gli altri strumenti di programmazione aziendale.

La metodologia applicata è quella indicata nel PNA e nel dettaglio illustrata nella sezione del presente Piano dedicata al processo di gestione del rischio, alla quale, peraltro, sono stati apportati alcuni correttivi con riferimento a taluni criteri di valutazione del rischio risultati poco rispondenti alla specifica realtà aziendale e la cui acritica applicazione avrebbe comportato un sostanziale appiattimento dell'esito della valutazione, falsandone il risultato finale.

Anche l'edizione 2017-2019 è stata preceduta dalla procedura di consultazione pubblica, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti pubblicato sul sito internet e sulla intranet e diffuso mediante comunicati stampa e mail personali a tutti i dipendenti, all'OIV, al Collegio Sindacale, ai rappresentanti delle Organizzazioni Sindacali, alla Sezione regionale della Corte dei Conti, all'Avvocatura Regionale dello Stato, ai Comuni dell'ambito territoriale dell'ASL, alle Associazioni di Volontariato e agli Organismi di tutela della Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione.

Gli esiti della consultazione vengono riportati nella deliberazione di approvazione del presente Piano.

La validità temporale del Piano è di tre anni ed il suo contenuto viene aggiornato, entro il 31 gennaio di ogni anno, con riferimento al triennio successivo a scorrimento, tenendo conto dei risultati conseguiti e delle proposte formulate dai Referenti, dai Responsabili di struttura e da tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio.

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel PNA e nelle deliberazioni e linee guida adottate dall'ANAC.

Il Piano 2017-2019, in particolare, tiene conto dei seguenti fattori:

- le intervenute modifiche normative ad opera del d.l.vo 97/2016 in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione e dell'illegalità nelle pubbliche amministrazioni;
- l'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 con delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016;
- l'intervenuta informatizzazione del processo di gestione del rischio mediante l'installazione di un software dedicato;
- l'esito del monitoraggio annuale e, in particolare, i contenuti delle relazioni a tal fine presentate dai Referenti delle Macro-aree e dai Responsabili delle strutture aziendali;
- l'analisi del contesto interno ed esterno.

Considerato che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo, il presente Piano costituisce uno strumento dinamico i cui contenuti verranno affinati, integrati, modificati e aggiornati anche in relazione al *feedback* ottenuto dalla sua applicazione e all'evoluzione organizzativa.

#### 1.4 Ambito di applicazione

Il presente Piano si applica, per quanto compatibile in relazione alla natura del rapporto con i processi aziendali, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale, del Collegio Sindacale e dell'Organismo Indipendente di Valutazione, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;
- b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;



- d) Personale assunto con contratto di somministrazione;
- e) Borsisti, stagisti e tirocinanti.

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, dovrà essere inserita, a cura della S.C. Gestione Risorse Umane, una clausola che preveda l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e del Codice di Comportamento e la risoluzione o decadenza dal rapporto, in caso di violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori o di convenzione/collaborazione, a cura delle competenti Strutture, dovrà essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del PTPC e del Codice di Comportamento da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Per la categoria dei Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale l'ambito e le modalità di estensione vengono definite in sede di contrattazione integrativa con i Rappresentanti delle rispettive OO.SS., fatte salve in ogni caso le eventuali diverse disposizioni emanate a livello nazionale e/o regionale.

I contenuti del PTPC e del Codice di Comportamento aziendale sono stati recepiti e resi obbligatori nei confronti dei Medici Specialisti e dei Veterinari convenzionati con l'Accordo Integrativo Aziendale sottoscritto dai rappresentanti delle rispettive OO.SS. in data 13 marzo 2014.

## 1.5 Obblighi di conoscenza

La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari di cui al precedente paragrafo.

Per agevolare l'assolvimento di tale obbligo:

- a cura del competente Ufficio Stampa, viene pubblicato un avviso sul sito istituzionale e sulla rete intranet e inviata una mail per informare i destinatari individuati nel precedente paragrafo dell'avvenuta pubblicazione del Piano e dei suoi aggiornamenti e dell'obbligo di prenderne visione;
- i Responsabili delle strutture aziendali devono provvedere ad informare il personale eventualmente non raggiungibile tramite mail;
- il Responsabile della S.C. Gestione Risorse Umane informa ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposito sito web e di trasmettere alla struttura medesima, entro e non oltre 15 giorni dalla data di decorrenza del contratto di assunzione/collaborazione, una dichiarazione di avvenuta presa visione del Piano e dei documenti che ne costituiscono parte sostanziale ed integrante;
- i Responsabili delle ditte/associazioni il cui personale opera, in forza di contratti di fornitura o di collaborazione/convenzione, nell'ambito dell'ASL, adottano le iniziative dirette ad assicurare la conoscenza e l'osservanza del PTPC e del Codice di Comportamento dell'Azienda da parte dei propri dipendenti/collaboratori.

## 1.6 Il Contesto normativo

La normativa di riferimento si articola su un duplice livello:

### 1.6.1 Il livello statale

- ✓ *Legge 6 novembre 2012, n. 190* recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” e ss.mm.ii;
- ✓ *Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell’articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190*, approvato con il Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235;
- ✓ *Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni* approvato con il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- ✓ *Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190* dettate dal Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39;
- ✓ *Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*, approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62;
- ✓ *Circolare n. 1 del 25.01.2013 del D.F.P. contenente precisazioni in ordine alle competenze affidate dalla legge 190/2012 ai vari soggetti istituzionali ivi individuati, alle modalità di nomina ed ai compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione*;
- ✓ *Linee di indirizzo 13.03.2013 del Comitato Interministeriale* contenenti le prime indicazioni sui contenuti fondamentali del Piano Nazionale Anticorruzione e sui contenuti essenziali dei Piani Triennali di prevenzione della corruzione;
- ✓ *Circolare n. 2 del 19 luglio 2013 del D.F.P.* ad oggetto “D.lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza”;
- ✓ *Intesa del 24 luglio 2013 intervenuta in sede di Conferenza Unificata tra Governo, Regioni ed Enti Locali* per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, con la quale sono state definiti gli adempimenti, con l’indicazione dei relativi termini, volti all’attuazione delle disposizioni della stessa legge;
- ✓ *Delibera della CIVIT n. 72/2013* di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- ✓ *Delibera della CIVIT n. 75/2013* recante le “Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001)”;
- ✓ *Piano Nazionale Anticorruzione* approvato in data 11 settembre 2013 dalla CIVIT e relativo Aggiornamento 2015 di cui alla determinazione n. 12 del 28/10/2015 dell’Autorità medesima;
- ✓ *Piano Nazionale Anticorruzione 2016* approvato dall’ANAC con delibera n. 831 del 3 agosto 2016;
- ✓ *Decreto Legge 24 giugno 2014 n. 90, recante “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”, convertito con modificazioni nella Legge 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’A.N.A.C. delle funzioni attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all’art. 1, commi 4, 5 e 8 della Legge 190/2012, e in materia di trasparenza di cui all’art. 48 del d.lgs. 33/2013 e ss.mm.ii.*;
- ✓ *“Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei codici di comportamento” adottato dall’ANAC. il 9 settembre 2014;*
- ✓ *Delibere e orientamenti ANAC in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza, incompatibilità.*

## 1.6.2 Il livello aziendale

- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n.492 del 28/12/2016, con la quale è stato individuato il nuovo Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell'ASL CN1 ai sensi dell'art. 1, comma 7, della Legge n. 190/2012;
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n.135 dello 02/04/2013, con la quale è stato individuato il Responsabile della Trasparenza dell'ASL CN1 ai sensi dell'art. 43 del D.lgs. 33/2013;
- ✓ Nota protocollo n. 2163905 del 19/07/2013, relativa all'individuazione dei Referenti per la predisposizione del Piano aziendale per la prevenzione della corruzione;
- ✓ Programmazione della Trasparenza, su proposta del Responsabile della Trasparenza, con deliberazione del Direttore Generale, che costituisce parte integrante del presente Piano;
- ✓ Programma della Formazione aziendale (PF);
- ✓ Il Piano della Performance (PP) e il Sistema di Valutazione e Misurazione della Performance (SiMiVaP).

### **Sono parte integrante del presente Piano:**

- ✓ la Programmazione della Trasparenza, che, in conformità a quanto previsto nell'Aggiornamento 2016 al PNA, costituisce specifica Sezione del presente Piano;
- ✓ il Codice di Comportamento aziendale adottato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 515 del 20 dicembre 2013 e su proposta del Responsabile della Prevenzione, all'esito della procedura di consultazione pubblica e previo parere favorevole del Nucleo di Valutazione in funzione di OIV, modificato il 31 gennaio 2017;
- ✓ i Codici disciplinari per il personale del comparto e della dirigenza e il relativo Regolamento rinnovato con Deliberazione del Direttore Generale n. 466 del 19/12/2016;
- ✓ il Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente e anagrafe delle prestazioni, adottato con Deliberazione del Direttore Generale n.1187 del 22/12/2009 e aggiornato con Deliberazione del Direttore Generale n. 34 del 30/01/2014, che disciplina il conferimento e lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'azienda;
- ✓ la Procedura per le segnalazioni degli illeciti approvata con Deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 23/01/2014;
- ✓ il "Patto di integrità" approvato con Deliberazione n. 528 del 24/12/2013.
- ✓ tutte le disposizioni, i provvedimenti interni, gli atti e le procedure e regolamenti aziendali che disciplinano gli ambiti di attività esposti a rischio.

In particolare, costituisce presupposto fondamentale del presente Piano il rispetto, nello svolgimento delle attività istituzionali, delle norme di legge e delle disposizioni e procedure interne, nonché il rispetto delle regole comportamentali previste dal Codice di comportamento aziendale, che si integrano con quelle del Piano formando un *corpus* di norme interne finalizzate alla diffusione di una cultura improntata a correttezza, trasparenza e legalità.

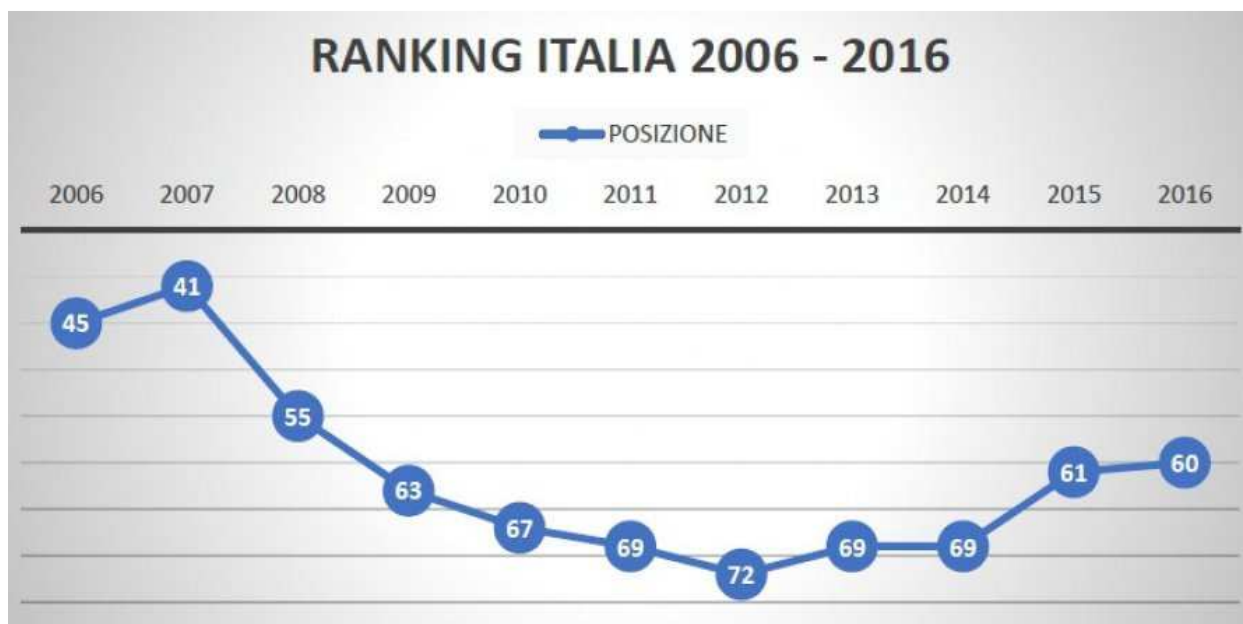
## 1.7 Analisi del contesto

L'aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione operato dall'ANAC con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 ha evidenziato che la prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e dinamiche sociali, economiche e culturali o per via delle caratteristiche organizzative interne.

Indubbiamente, le caratteristiche del contesto esterno ed interno costituiscono fattori in grado di influire significativamente sul livello di esposizione al rischio corruttivo dell'amministrazione e rappresenta uno degli elementi in base al quale definire la strategia di prevenzione e calibrare le relative misure alle specifiche criticità.

Rispetto alla corruzione, l'Italia figura agli ultimi posti delle classifiche internazionali: nel 2012 si è collocata al penultimo posto in Europa nel ranking del CPI, l'indice della percezione della corruzione del settore pubblico e politico, con un punteggio di 42/100. Nel Worldwide Governance Index della Banca Mondiale, alla voce "control of corruption" l'Italia ha totalizzato nel 2011 57,3/100, in netto calo rispetto al 77,1/100 ottenuto nel 2000. Il Barometro Globale della Corruzione (GCB) pubblicato da Transparency International nel luglio del 2013, ha messo in luce come i cittadini italiani considerino la corruzione come un problema molto serio per la pubblica amministrazione. L'elevato livello di percezione della corruzione in Italia è confermato dai dati dell'ultima edizione dell'Eurobarometro sulla corruzione presentati dalla Commissione Europea, dove l'89% dei cittadini intervistati considera il sistema economico del paese gravemente affetto dal fenomeno.

Negli ultimi tre anni si è tuttavia assistito ad un graduale miglioramento del CPI che ha raggiunto quota 47/100 nel 2016, collocando l'Italia al 60esimo posto nella graduatoria mondiale. Il trend positivo italiano ha avuto inizio nel 2012, anno di approvazione della legge anticorruzione: da allora l'Italia ha riconquistato ben 12 posizioni nel ranking mondiale, portandosi dal 72° al 60° posto.



Fonte: Transparency International Italia

Per quanto riguarda, in particolare, il settore sanitario, dal **49° Rapporto CENSIS**, pubblicato il 3 dicembre 2015, emerge che tra tutti i settori della Pubblica Amministrazione, è uno di quelli maggiormente esposto alle pratiche corruttive. Il 44% degli italiani ritiene che tangenti e abusi di potere siano diffusi all'interno del sistema sanitario: un dato decisamente superiore alla media europea (33%). Quando però si chiede a quelli che nell'ultimo anno hanno avuto a che fare con il sistema sanitario nazionale se hanno dovuto effettuare un pagamento extra o offrire regali di valore a medici o infermieri, le risposte positive scendono al 4%. Nel 2014 e nei primi sei mesi del 2015 la Guardia di Finanza ha accertato un danno per l'erario superiore a 5,7 miliardi di euro; di questi, i danni erariali in materia sanitaria assommano a 806 milioni di euro, pari al 14,1% del totale.

Il 63% degli italiani pensa che negli ultimi quattro anni la corruzione non sia diminuita, e nell'ultimo anno ben 2 milioni e mezzo di italiani ammettono di aver pagato una mazzetta nell'ambito dei servizi pubblici e tra questi 1 milione e 600.000 per un servizio sanitario. A questi dati, tratti dal Global Corruption Barometer 2016 di Transparency International Italia, si aggiungono quelli di una recente indagine del Censis in base alla quale il 28,8% degli italiani pensa che sarebbe necessario avere una comunicazione trasparente dei costi e delle prestazioni del welfare in maniera tale da poter confrontare le spese e limitare gli sprechi. Alla base c'è una mancanza di fiducia nel modo in cui i soggetti erogatori dei servizi gestiscono il denaro pubblico: il 55,9% degli italiani non ha fiducia nella gestione di risorse da parte degli ospedali convenzionati e il 45,4% degli ospedali pubblici.

Secondo il recente rapporto “**Curiamo la corruzione**”, realizzato da Transparency Italia, Censis, Ispes-Sanità e Rissc, un'azienda sanitaria su tre negli ultimi cinque anni ha registrato al proprio interno fenomeni di tangenti. Quasi l'ottanta per cento dei dirigenti sanitari ritiene che nella propria struttura il rischio sia concreto, soprattutto nel settore degli appalti e delle assunzioni del personale.

La realtà italiana si presenta, peraltro, alquanto disomogenea per quanto riguarda la distribuzione territoriale della corruzione, come dimostra uno studio sulla qualità delle istituzioni (di cui la corruzione è considerata uno dei pilastri) condotto su incarico della Commissione Europea dal Quality of Government Institute dell'Università di Goteborg nel 2010 che ha registrato per l'Italia la maggiore varianza interna su base regionale.

Pertanto, la definizione della strategia di prevenzione non può prescindere da un'analisi dello specifico contesto. Quella che segue è pertanto un'analisi volta a cogliere e illustrare gli elementi maggiormente significativi in tal senso. Relativamente al contesto esterno, si farà riferimento, in particolare, all'ambito territoriale della provincia di Cuneo e della regione Piemonte.

### 1.7.1. Contesto esterno

L'ASL CN1 nasce nel 2008 dall'accorpamento delle tre preesistenti ASL n. 15, 16 e 17.

Ha sede legale in Cuneo, via Carlo Boggio n. 12.

L'Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale.

L'organizzazione ed il funzionamento dell'Azienda sono disciplinati con Atto Aziendale, consultabile presso il sito internet istituzionale.

L'Azienda Sanitaria Locale CN 1 esercita la propria competenza su un territorio che ricomprende **175 Comuni** della **Provincia di Cuneo** suddivisi in **4 ambiti distrettuali**, in cui sono distribuiti gli ospedali e tutte le strutture che forniscono assistenza sanitaria territoriale e servizi di prevenzione.

Dall'1.01.2017, per effetto dell'entrata in vigore delle disposizioni dell'Atto Aziendale, che segue indicazioni della Regione, i Distretti sono stati ridotti da 6 a 4, con

– l'incorporazione

§ nel Distretto Sud Est degli Ambiti dei precedenti Distretti “di Mondovì” e “di Ceva”;

§ nel Distretto Sud Ovest degli Ambiti dei precedenti Distretti “di Cuneo-Borgo San Dalmazzo” e “di Dronero”;

– la nuova denominazione

§ come Distretto Nord Est del precedente Distretto “di Fossano-Savigliano”;

§ come Distretto Nord Ovest del precedente Distretto “di Saluzzo”.

La cartina sottostante fotografa l'attuale situazione organizzativa.



L'ASL CN1 persegue la tutela della salute psico-fisica, quale bene primario dell'individuo e interesse della collettività, secondo il seguente modello di gestione:

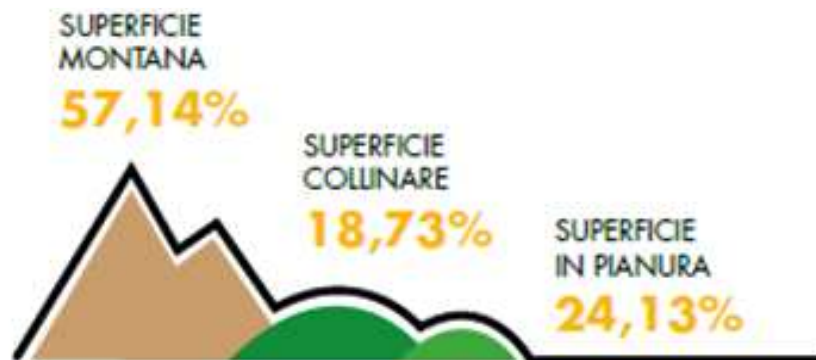
- **5 Ospedali**, che garantiscono le prestazioni in regime di ricovero e le prestazioni ambulatoriali specialistiche per esterni:
  - **Ospedale "SS. Annunziata" di Savigliano**
  - **Ospedale "SS. Trinità" di Fossano**
  - **Ospedale Civile di Saluzzo**
  - **Ospedale "Poveri Infermi" di Ceva**
  - **Ospedale "Regina Montis Regalis" di Mondovi**
- **1 Hospice**, nel comune di Busca, centro residenziale di cure palliative dedicato all'accoglienza di pazienti in fase avanzata di malattia
- **4 Distretti Sanitari**, che costituiscono il punto di riferimento per le funzioni territoriali, come l'assistenza dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, i servizi di continuità assistenziale notturna e festiva, l'assistenza farmaceutica, l'assistenza domiciliare-semiresidenziale- residenziale, l'assistenza integrativa (con fornitura di prodotti o presidi) e quella protesica. Ad essi è anche affidata l'integrazione socio-sanitaria con gli **Enti gestori dei servizi** socio assistenziali per garantire agli utenti una risposta completa e soddisfacente sia di tipo sanitario che di tipo sociale-assistenziale

- **Il Dipartimento di Prevenzione** preposto all'organizzazione e alla promozione delle attività di prevenzione primaria in ambiente di vita e di lavoro e di sanità pubblica veterinaria
- **Il Dipartimento Interaziendale di Oncologia/Screening** in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo
- **Il Dipartimento Interaziendale di Salute Mentale** in collaborazione con l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo
- **Il Dipartimento delle Dipendenze Patologiche**
- **Altre strutture organizzative** alcune delle quali comprendenti anche strutture dell'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carle di Cuneo, altre coordinate da strutture di quella Azienda Ospedaliera, come disposto concordemente dagli Atti Aziendali delle due Aziende.

### Territorio e popolazione

L'Azienda si estende su un territorio alquanto vasto, nella zona sud ovest del Piemonte, corrispondente ad 1/5 di quello regionale, caratterizzato da una densità abitativa (abitanti/km<sup>2</sup>) fra le più basse del Piemonte.

Il territorio è in gran parte (75%) situato in zone montane e collinari:



Il numero di abitanti residenti al 31 dicembre 2015 è 419.467, con una densità di popolazione (anche considerando le aree urbane di Cuneo, Mondovì, Fossano, Savigliano, Saluzzo e Ceva) fra le più basse del Piemonte (73 residenti per Km<sup>2</sup>).

**RESIDENTI AL 31/12/2015 NEL TERRITORIO DELL'ASL CN1**

La tabella seguente scompone la popolazione per sesso e per fascia di età, dando anche conto della distribuzione territoriale dei residenti; per un confronto con l'attuale situazione organizzativa, si ricordi che i primi 2 Ambiti sono ora uniti nel Distretto Sud Ovest, i secondi nel Distretto Sud Est, mentre gli ultimi 2 sono diventati Distretto Nord Est e Nord Ovest.

Distretto	0-14 anni	15-39 anni	40-64 anni	65 anni e oltre	Totale
<b>CUNEO-BORGO S.D.</b>					
FEMMINE	8.227	16.204	22.441	16.135	63.007
MASCHI	8.663	16.701	22.259	12.560	60.183
<b>TOT.</b>	<b>16.890</b>	<b>32.905</b>	<b>44.700</b>	<b>28.695</b>	<b>123.190</b>
<b>DRONERO</b>					
FEMMINE	2.741	5.439	7.059	4.728	19.967
MASCHI	2.892	5.644	7.220	3.881	19.637
<b>TOT.</b>	<b>5.633</b>	<b>11.083</b>	<b>14.279</b>	<b>8.609</b>	<b>39.604</b>
<b>MONDOVI'</b>					
FEMMINE	4.099	8.124	11.365	8.842	32.430
MASCHI	4.500	8.573	11.536	6.998	31.607
<b>TOT.</b>	<b>8.599</b>	<b>16.697</b>	<b>22.901</b>	<b>15.840</b>	<b>64.037</b>
<b>CEVA</b>					
FEMMINE	1.240	2.474	3.956	3.735	11.405
MASCHI	1.261	2.671	4.010	3.101	11.043
<b>TOT.</b>	<b>2.501</b>	<b>5.145</b>	<b>7.966</b>	<b>6.836</b>	<b>22.448</b>
<b>FOSSANO-SAVIGLIANO</b>					
FEMMINE	6.233	12.060	15.912	11.030	45.235
MASCHI	6.825	12.635	16.036	8.869	44.365
<b>TOT.</b>	<b>13.058</b>	<b>24.695</b>	<b>31.948</b>	<b>19.929</b>	<b>89.600</b>
<b>SALUZZO</b>					
FEMMINE	5.269	10.389	14.544	10.474	40.676
MASCHI	5.636	10.827	14.933	8.516	39.912
<b>TOT.</b>	<b>10.905</b>	<b>21.216</b>	<b>29.477</b>	<b>18.990</b>	<b>80.588</b>
<b>TOT.GEN.</b>					
FEMMINE	27.809	54.690	75.277	54.944	212.720
MASCHI	29.777	57.051	75.994	43.925	206.747
<b>TOT.</b>	<b>57.586</b>	<b>111.741</b>	<b>151.271</b>	<b>98.869</b>	<b>419.467</b>

Fonte: Anagrafica Aziendale



Volendo confrontare la situazione demografica dell'ASL CN1 con i dati della Provincia di Cuneo, della Regione Piemonte e dell'Italia, utilizziamo per le tabelle seguenti i dati riferiti al 31/12/2014, ultimi disponibili (anziché quelli rappresentati sopra, riferiti al 31/12/2015), anche per la popolazione dell'ASL CN1.

SESSO	ASL CN 1	PROVINCIA DI CUNEO	REGIONE PIEMONTE	ITALIA
<i>Femmine</i>	213.248 (51%)	301.156 (51%)	2.284.173 (52%)	31.294.022 (51%)
<i>Maschi</i>	207.084 (49%)	290.904 (49%)	2.140.294 (48%)	29.501.590 (49%)
<b>TOTALE</b>	<b>420.332</b>	<b>592.060</b>	<b>4.424.467</b>	<b>60.795.612</b>

Fonte: per i dati ASL CN1 = Anagrafica Aziendale; per i dati provinciali/regionali/nazionali = Demo Istat, Bilancio demografico

### Indici demografici (Anno 2014)

INDICATORE	DATO ASL CN1	DATO REGIONE PIEMONTE	DATO NAZIONALE
Indice di invecchiamento (% popolazione ≥ 65 / 0-14 anni)	183%	186%	154%
Tasso di natalità (rapporto tra numero nascite e numero totale della popolazione residente)	8,4‰	8‰	8‰
Tasso di mortalità (rapporto tra numero morti e numero totale della popolazione residente)	11,6‰	11‰	10‰
Crescita naturale (differenza tra tasso di natalità e tasso di mortalità)	-3,2‰	-3‰	-2‰

### Popolazione Straniera

Il territorio dell'ASL CN1 – così come quello nazionale - è stato coinvolto, da alcuni anni, da un costante fenomeno migratorio. Questi flussi sono da attribuire, principalmente, all'aspettativa di opportunità lavorative, che si realizzano in particolare nei settori meno appetibili agli italiani (es. agricoltura, edilizia, colf, badanze).

Dei 5.014.437 residenti stranieri registrati in Italia al 31/12/2014, 425.448 si trovano in Piemonte (8,48%), 60.711 in Provincia di Cuneo (1,21%) e 41.869 nel territorio di questa ASL (0,83%). Confronto sui residenti stranieri al 31/12/2014 tra i valori dell'ASL CN1 con quelli Provinciali, Regionali e Nazionali:

TERRITORIO	TOT. RESIDENTI	RESIDENTI STRANIERI E RELATIVA % SU TOT. RESIDENTI (indice di immigrazione)	
ITALIA	60.795.612	5.014.437	8,24%
PIEMONTE	4.424.467	425.448	9,61%
PROVINCIA DI CUNEO	592.060	60.711	10,25%

ASL CN1                      420.332                      41.869                      9,96%

Fonte: per i dati ASL CN1 = Anagrafica Aziendale. Per i dati nazionali, provinciali e regionali = Demo ISTAT

Attingendo ai dati dei residenti al 31/12/2015, proponiamo di seguito il confronto sulle fasce di età giovani (0-14 anni), adulti (15-64 anni) e anziani (65 anni e oltre) tra gli stranieri residenti nell'ASL CN 1 con il totale della popolazione ivi residente:

FASCE DI ETA'	TOT. STRANIERI RESIDENTI NELL'ASL CN1	TOT. RESIDENTI NELL'ASL CN1
0-14 anni	8.031	57.586
15-64 anni	31.227	263.012
65 anni e oltre	1.641	98.869
<b>TOTALE</b>	<b>40.899</b>	<b>419.467</b>

Fonte: = Anagrafica Aziendale

## L'economia

Nelle analisi economiche più recenti si è andata rafforzando la consapevolezza delle conseguenze negative della corruzione, sia a livello generale per lo sviluppo economico di ogni singolo paese, sia a livello micro per la crescita, l'efficienza e la capacità competitiva delle singole imprese<sup>1</sup>.

Il livello di sviluppo economico e sociale è quindi in grado di fornire indicazioni indirette circa il livello di illegalità e corruzione di una determinata area.

Il "Rapporto sull'economia cuneese" elaborato ogni anno dalla Camera di Commercio di Cuneo offre un quadro completo dell'area da un punto di vista morfologico, demografico, sociale e di struttura economica.

Dal rapporto più recente, presentato nel 2016, emerge che:

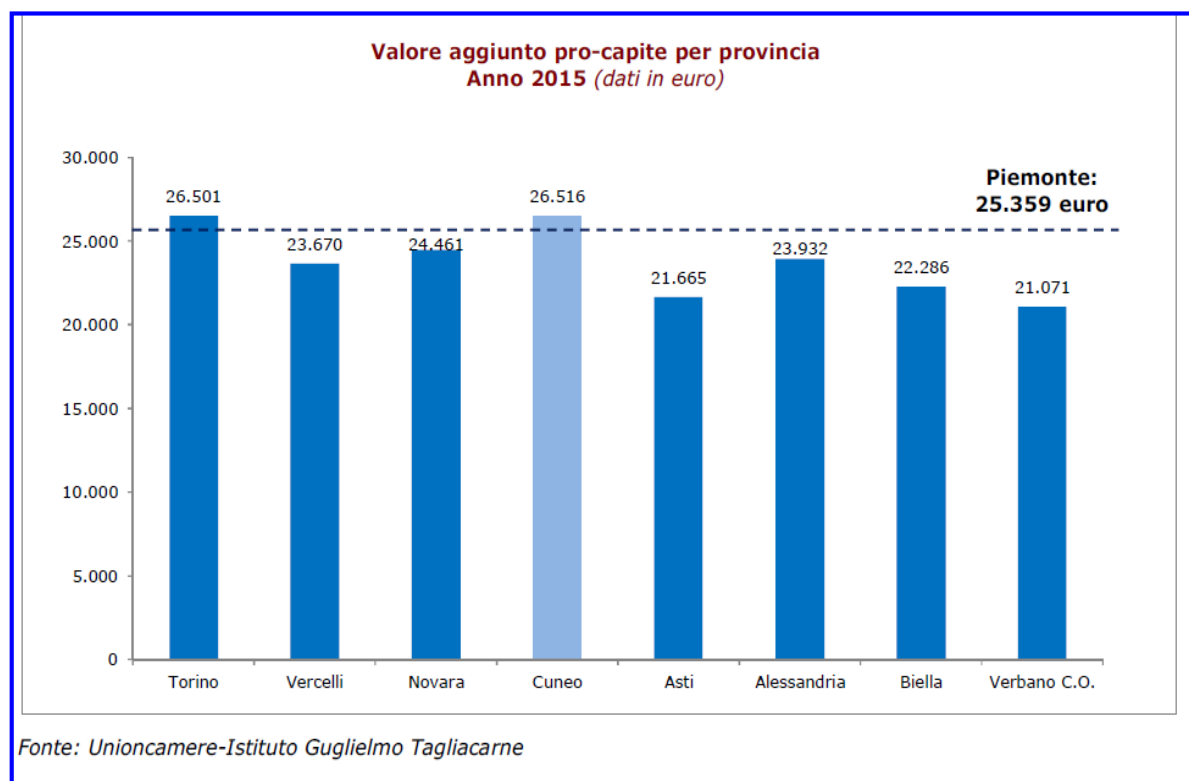
Nel 2015 la provincia di Cuneo ha vissuto un generale miglioramento della congiuntura economica: le buone performance registrate dal tessuto

manifatturiero locale hanno trainato il comparto regionale, le esportazioni di merci cuneesi hanno registrato, soprattutto nella prima metà dell'anno, ritmi di crescita sostenuti e il mercato del lavoro provinciale ha confermato la posizione di assoluta eccellenza nel panorama regionale e nazionale.

- Cuneo è, tra quelle piemontesi, la provincia con **il più elevato livello di ricchezza pro-capite**: nel 2014 il **valore aggiunto pro-capite è risultato pari a 26.506,2 euro**, a fronte dei 25.792,4 della media piemontese.

<sup>1</sup> "Corruzione, efficienza del sistema produttivo e sviluppo economico", in R. Acquaroli e L. Foffani (a cura di), La corruzione tra privati, Milano, Giuffrè Ed., 2003

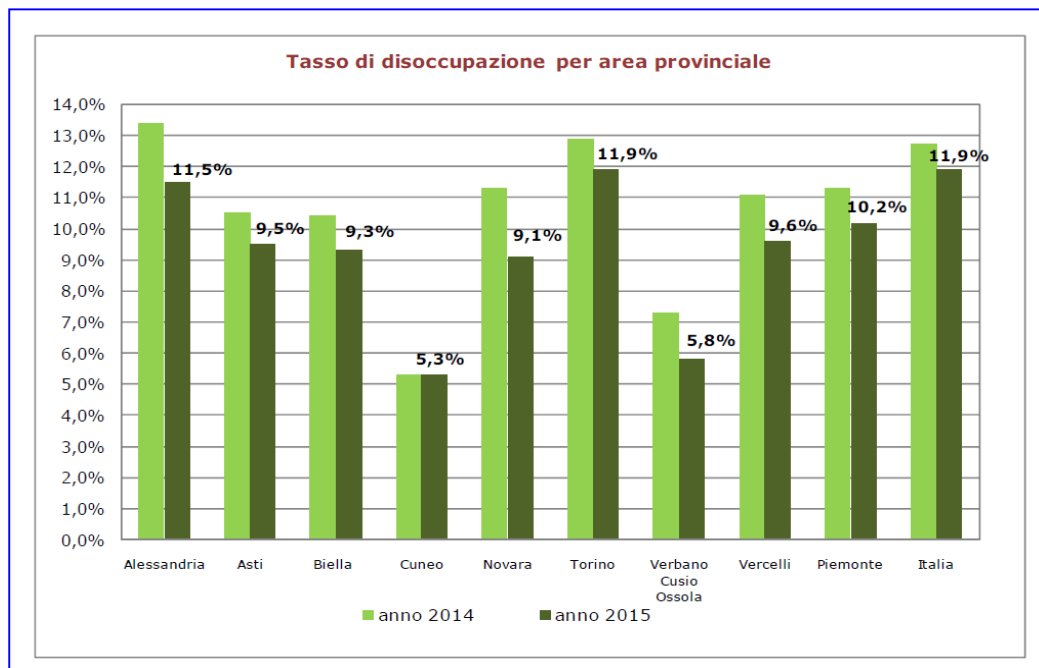
Cuneo vanta, anche nel 2015, un livello medio di ricchezza pro-capite (26.516 euro) superiore tanto alla media regionale (25.359 euro), quanto soprattutto al dato nazionale (24.107 euro). La Provincia Granda rappresenta così il primo territorio piemontese per valore aggiunto pro-capite, mentre si colloca in 26esima posizione nella graduatoria delle province italiane.



- Il **tasso di occupazione nel 2014 è del 67,1%** e quello di **disoccupazione scende al 5,3%**, il più basso tra le province piemontesi.

La provincia di Cuneo spicca nel panorama piemontese come l'area dalla migliore performance sul mercato del lavoro: non è rimasta esente dalla recessione di questi ultimi anni, con un evidente arretramento nel biennio 2012-13, ma ha saputo contrastare con efficacia la congiuntura negativa e ha palesato dal 2014 una buona ripresa, tornando in una posizione di assoluta eccellenza.

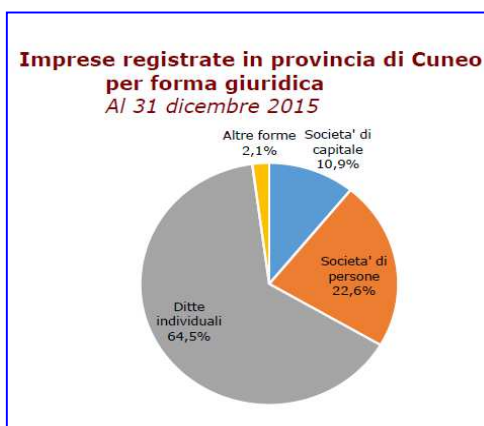
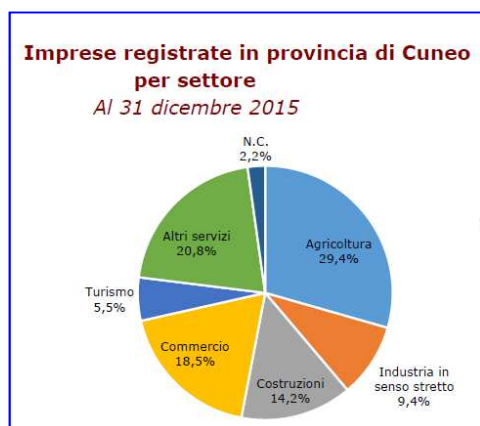
Nel 2015 le stime ISTAT non registrano per il cuneese alcuna variazione rispetto all'anno precedente e il divario rispetto al resto del territorio, dove pure si osserva un significativo miglioramento dei principali indicatori, si mantiene marcato. Il tasso di disoccupazione a Cuneo resta meramente frizionale, mantenendosi al 5,3%, poco più della metà del valore regionale, che scende al 10,2%, e la Provincia Granda si colloca al terzo posto nella graduatoria nazionale, preceduta solo da Bolzano e Vicenza. Coerentemente, il tasso di occupazione si attesta al 67,1%, oltre tre punti sopra la media piemontese (63,7%).



Fonte: Elaborazione Camera di commercio di Cuneo su dati ISTAT

Cuneo si conferma, pertanto, la **provincia piemontese con le più alte performance a tutela dell'occupazione e ai primi posti in Italia.**

- Per quanto riguarda il tessuto imprenditoriale, il 2014 ha registrato per la provincia di Cuneo una **lieve contrazione** (70.070 iscritte al Registro delle imprese contro le 71.694 del 2013), in controtendenza rispetto al dato nazionale.
- Con **20.765 imprese agricole** al 31.12.2014, Cuneo si conferma la **provincia con la maggiore vocazione agricola** del Piemonte. L'incidenza percentuale sul totale imprenditoriale sfiora il 30%.
- La quasi totalità delle imprese è in forma di ditta individuale (18.608, pari all' 89.6%) anche se continua a consolidarsi un maggior dinamismo, registrato negli ultimi anni, verso forme societarie. In generale la provincia di Cuneo è caratterizzata da una **elevata polverizzazione delle aziende**, di dimensioni ridotte: il 97% delle aziende industriali sono considerate PMI.



Fonte: Elaborazione Unioncamere Piemonte e Camera di Commercio di Cuneo su dati StockView

## Qualità della vita

Secondo la classifica pubblicata annualmente dal quotidiano economico “Il Sole 24 Ore”, nel 2016 Cuneo è la 2<sup>a</sup> provincia del Piemonte e la 18<sup>a</sup> d’Italia per qualità della vita. Rispetto al 2015, anno in cui si era classificata al 1<sup>o</sup> posto in Piemonte e al 7<sup>o</sup> in Italia, ha perso 11 posizioni a livello nazionale e 1 a livello provinciale.

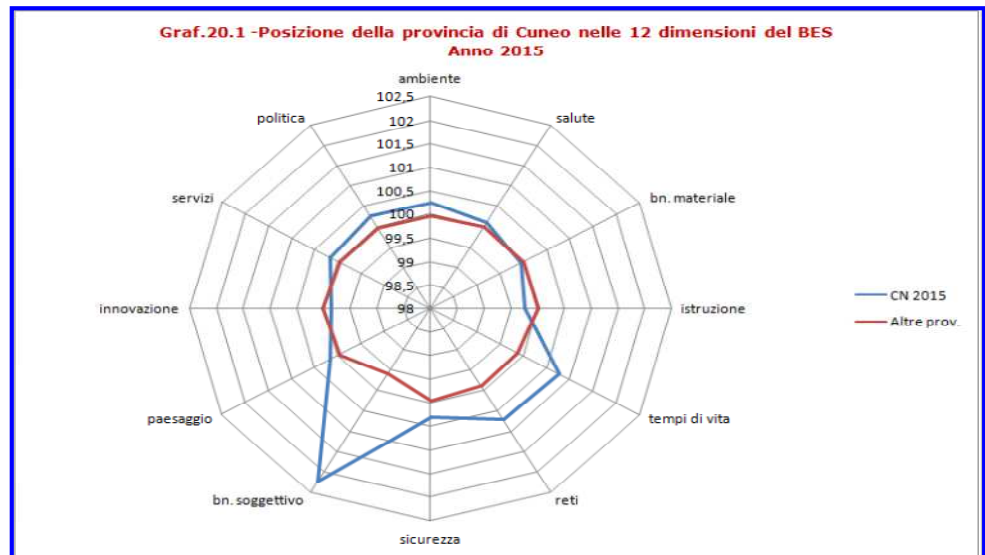
Secondo l’analoga indagine condotta dal quotidiano economico, giuridico e politico Italia Oggi, Cuneo, pur avendo perso nel 2016 posizioni rispetto all’anno precedente, è tuttavia migliorata di 13 posizioni per quanto riguarda il “Sistema salute”, valutato con riferimento ai posti letto, ai reparti specialistici, alle apparecchiature e al personale.



Fonte: “Il Sole 24 Ore”

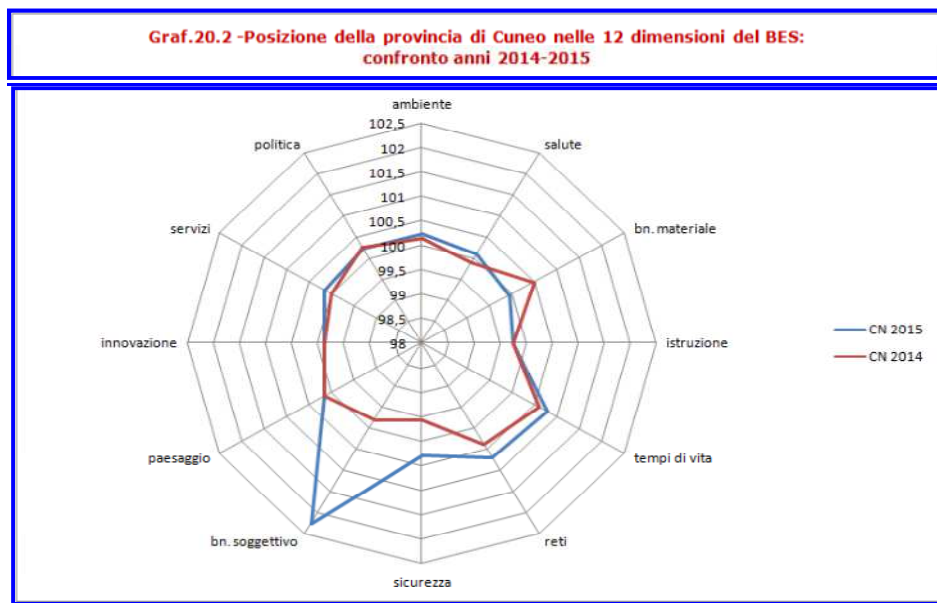
L’analisi elaborata da **Ires Piemonte** per misurare, attraverso una rigorosa metodologia di indagine, il **benessere equo e sostenibile (BES)** delle province piemontesi, confermava, per il 2015, il netto primato di Cuneo in termini di benessere soggettivo. Sono rilevati aspetti quali salute ed efficienza dei servizi, lavoro e sicurezza, ambiente e paesaggio, che concorrono a definire nel complesso la qualità.

Il grafico evidenzia la posizione di Cuneo rispetto alle altre province piemontesi: prima nelle dimensioni Tempi di vita, Benessere soggettivo e Politica, mentre le rimanenti 9 dimensioni vedono la Granda collocarsi fra il 3<sup>o</sup> e il 5<sup>o</sup> posto.



Fonte: elaborazioni Ires Piemonte su dati IPR-"Clima di opinione 2015"

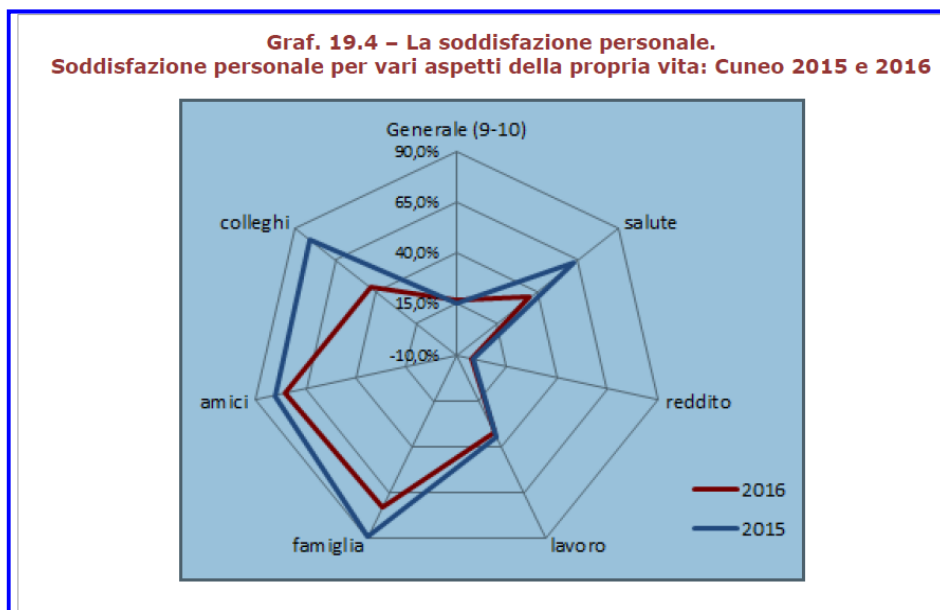
Il confronto tra il 2014 e il 2015 evidenzia un netto miglioramento della dimensione "benessere soggettivo", nonostante la lieve contrazione della dimensione "benessere materiale".



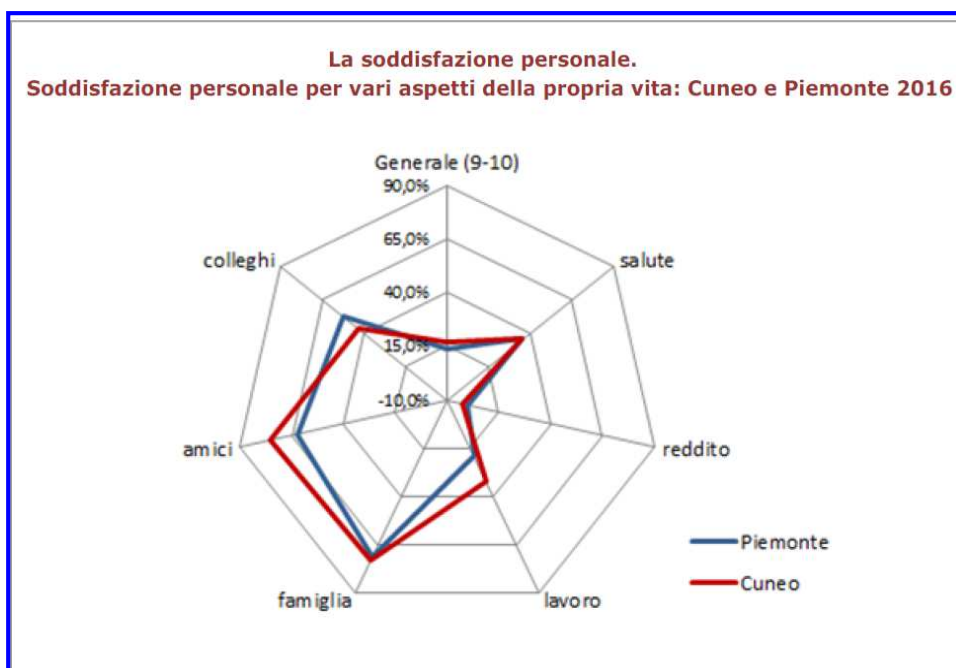
Fonte: elaborazioni Ires Piemonte su dati IPR-"Clima di opinione 2015"

Note: i dati sono il risultato di una rilevazione effettuata nel periodo 5/17 marzo 2015 sulla popolazione maggiorenne residente in Piemonte in relazione al clima di opinione in Piemonte relativamente a diversi aspetti in ambito sociale, economico e di convivenza civile. L'Ires utilizza oltre 120 indicatori suggeriti dalla metodologia Istat, aggregati nelle dodici dimensioni del sistema BES (Benessere equo e sostenibile). Il sistema permette di confrontare fra loro le otto province, realizzando una classifica basata sui valori medi regionali.

L'indagine condotta dall'Ires Piemonte nel 2016 mostra, invece, una provincia di Cuneo meno ottimista e più allineata ai valori medi regionali rispetto all'anno precedente.

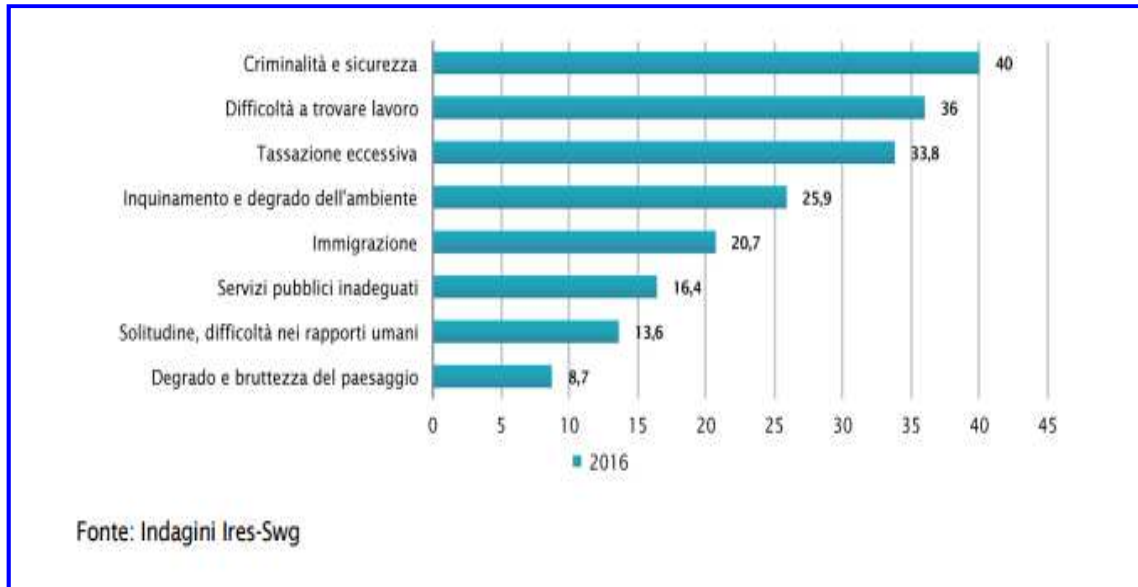


Fonte: elaborazioni Ires Piemonte "Clima di opinione 2016"



Fonte: elaborazioni Ires Piemonte "Clima di opinione 2016"

Sicurezza, lavoro e tassazione sono i problemi che maggiormente preoccupano i piemontesi.



### L'European Quality of Government Index (EQI)

Secondo uno studio sulla qualità delle istituzioni (di cui la corruzione è considerata uno dei pilastri) condotto su incarico della Commissione Europea dal Quality of Government Institute dell'Università di Goteborg nel 2010 **il Piemonte si colloca al di sopra della media nazionale e della stessa media regionale europea.**

Lo studio si è basato su 16 indicatori di qualità delle istituzioni (QoG). La QoG è stata disaggregata in quattro categorie (**la corruzione, il rispetto del diritto, la performance della pubblica amministrazione, il grado di accountability**) e poi sintetizzata in un unico indice nazionale e regionale. La **survey regionale** si è concentrata su tre settori della pubblica amministrazione, generalmente finanziati o amministrati dalle regioni, quali **istruzione, sanità e polizia** (rispetto ai quali agli intervistati è stato domandato di esprimere una valutazione in termini di qualità, imparzialità e livello di corruzione).

Questa metodologia assicura un'elevata correlazione degli indicatori di QoG con una serie di variabili socio-economiche quali il Pil pro capite, il capitale sociale, la disuguaglianza nella distribuzione dei redditi che aggiunge validità esterna agli stessi. Garantisce inoltre per gli indicatori di QoG a livello nazionale confronti affidabili e significativi con i WGI

A questo scopo incrocia i risultati della rilevazione con i Worldwide Governance Indicators utilizzati dalla Banca Mondiale. Fra questi ultimi, utilizza quelli relativi a "voce e responsabilità" (in inglese voice & accountability), efficacia del governo, rispetto della legge e controllo della corruzione.

Il punteggio è espresso in scala centesimale, con 100 assegnato alla regione europea migliore e 0 alla peggiore.



REGIONI / PROVINCE AUTONOME	EQI 2013 (scala 0-100)
Trento	68,04
Bolzano	67,34
Valle d'Aosta	60,88
Friuli Venezia Giulia	55,74
Veneto	45,46
Emilia Romagna	44,88
Umbria	39,77
Toscana	39,07
Marche	39,03
Lombardia	38,91
<b>Piemonte</b>	<b>36,88</b>
Liguria	33,28
<b>ITALIA</b>	<b>31,77</b>
Abruzzo	28,71
Sardegna	24,84
Basilicata	22,72
Lazio	21,08
Sicilia	19,67
Puglia	19,38
Molise	18,34
Calabria	17,85
Campania	7,65

Fonte: elaborazione MondoPA su dati del Quality of Government Institute

### Focus sul sistema sanitario regionale

I Lea (Livelli essenziali di assistenza) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale deve garantire a tutti i cittadini. Il livello dei LEA rappresenta un indicatore di appropriatezza ed efficienza che viene monitorato da un "Comitato permanente" istituito presso il Ministero della Salute.

Ogni anno il Comitato predispone un questionario per la valutazione del raggiungimento degli adempimenti. E' la c.d. Griglia Lea: 31 indicatori (dall'assistenza ospedaliera alle liste di attesa, dal controllo della spesa farmaceutica ai dispositivi medici) raggruppati in tre grandi aree: **assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro** (vaccinazioni, screening, prevenzione nei luoghi di lavoro, tutela degli alimenti, sanità veterinaria, ecc.); **assistenza distrettuale** (assistenza farmaceutica, specialistica e diagnostica ambulatoriale, servizi domiciliari ad anziani e malati gravi, consultori, strutture residenziali e semiresidenziali); **assistenza ospedaliera**, valutata in base al tasso di ricovero e ad una serie di indicatori di appropriatezza. Ognuno dei 31 indicatori previsti dalla Griglia Lea ha una valutazione che va da -1 al punteggio massimo di 9.

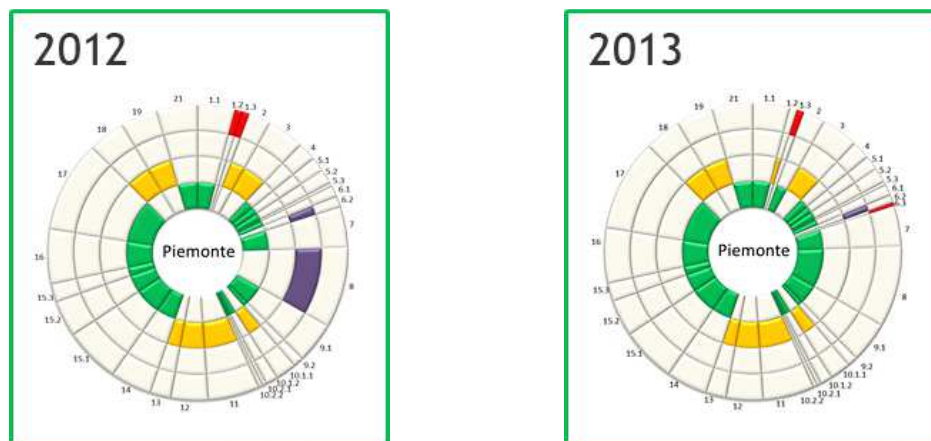
**Nel triennio 2011-2013 il Piemonte ha migliorato notevolmente la qualità dei LEA, passando dalla quinta posizione del 2011 alla terza del 2013.**

### La classifica delle regioni

POSIZIONE	2011	2012	2013	punteggio 2013
Toscana	6	2	1	214
Emilia Romagna	1	1	2	204
Piemonte	5	4	3	201
Marche	9	10	4	191
Veneto	4	2	5	190
Liguria	8	6	6	187
Lombardia	2	5	6	187
Umbria	3	7	8	179
Sicilia	11	11	9	165
Abruzzo	12	13	10	152
Lazio	10	8	10	152
Basilicata	7	8	12	146
Molise	13	12	13	140
Calabria	14	15	14	135
Puglia	15	14	15	134
Campania	16	16	16	127

Fonte: Elaborazione Ministero della Salute

Dettaglio del monitoraggio dei LEA della Regione Piemonte che pone in evidenza come, rispetto al 2012, nel 2013 ci sia stato un significativo incremento dei punti di forza (colore verde) e una contestuale riduzione delle criticità (giallo, viola, rosso).



Fonte: Ministero della Salute - Monitoraggio griglia LEA 2012-2013

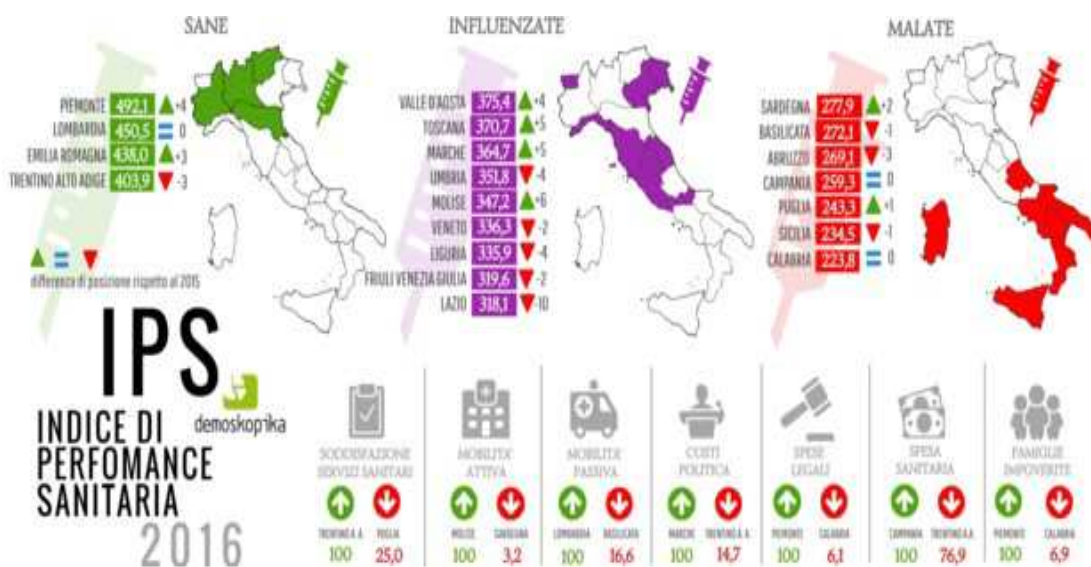
I "Rosoni" si compongono di 32 settori circolari di ampiezza pari al peso del singolo **indicatore** e quattro anelli concentrici per quante sono le classi delle soglie di valutazione, esclusa quella relativa al dato mancante, errato o carente. Per ogni settore, la posizione e il colore dell'etichetta consentono di individuare facilmente **punti di forza** (colore verde) e livelli crescenti di **criticità** (dal giallo, al viola al rosso).

La buona posizione raggiunta dal Piemonte nella classifica dei LEA del 2013 è stata confermata nel 2014.



Nel 2015, il Piemonte, da tempo fra le Regioni leader in Italia sul fronte della sanità, sale ancora nel punteggio della Griglia Lea, raggiungendo 205 sul massimo possibile di 225 e collocandosi al 2° posto nella classifica guidata dalla Regione Toscana.

In base all'IPS, l'Indice di Performance Sanitaria realizzato, per il secondo anno consecutivo, dall'Istituto Demoskopika, nel 2016 è il Piemonte la regione che ha fatto registrare la miglior performance, strappando il primato al Trentino Alto Adige che lo deteneva nel 2015.



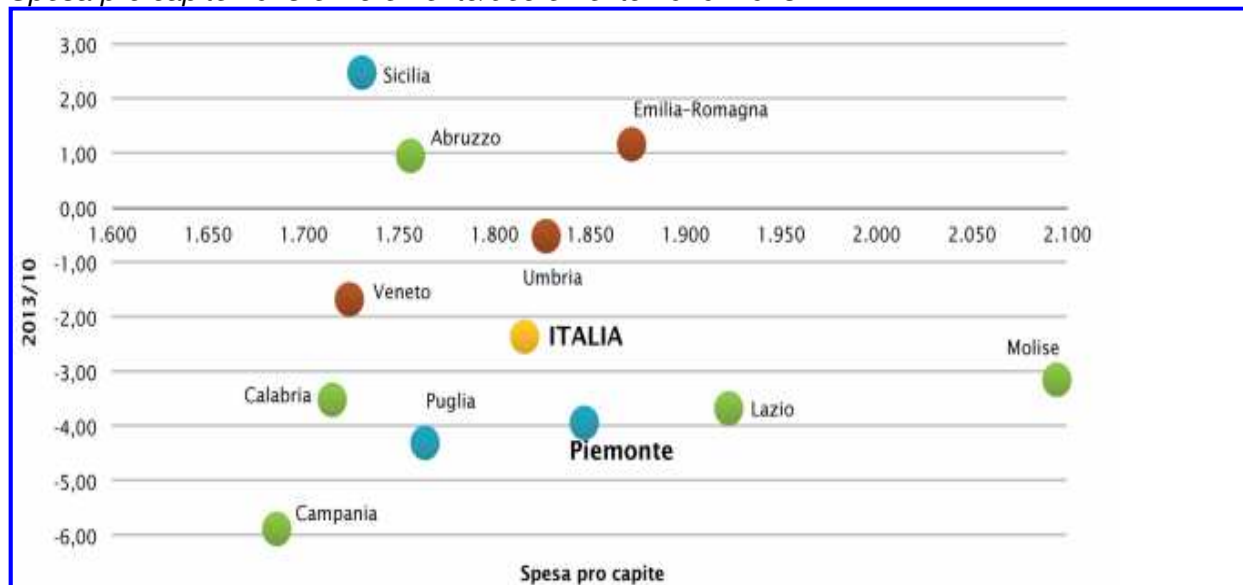
Questo dato si rivela particolarmente significativo se posto in correlazione con i livelli decrescenti della spesa sanitaria pubblica registratisi a decorrere dal 2010.

Nel 2013 la spesa sanitaria pubblica pro-capite è infatti risultata pari a **1.816 €**, nettamente inferiore a quella di altri Paesi con sistema sanitario assimilabile al nostro. Tale valore del 2013 è il risultato di un trend in diminuzione della spesa sanitaria nazionale che si riduce del 2,36% fra il 2010 e il 2013 con un tasso medio annuo composto di -0,79% (Fonte: *Rapporto Osservasalute 2014*)

Ancorché nel 2014 ci sia stato un cambio di tendenza a livello nazionale, con una crescita della spesa sanitaria dello 0,89% rispetto al 2013, come evidenziato nella relazione delle Corte dei Conti<sup>2</sup> “*nonostante il limitato incremento rispetto al 2013, la spesa complessiva si è mantenuta al disotto del tasso di variazione del Pil nominale*”. Prosegue invece il trend in diminuzione dei disavanzi regionali.

**Il Piemonte, allineato ai valori medi nazionali per quanto riguarda la spesa pro-capite, ha fatto registrare un decremento nella spesa sanitaria, nell'ultimo quadriennio, tra i più consistenti, pari al 4%.**

#### Spesa pro capite 2013 e incremento/decremento 2010–2013



Fonte: elaborazioni Ires su dati Ministero della Salute.

La riduzione dei costi superiore alla media nazionale unitamente al miglioramento della qualità e dell'efficienza nell'erogazione delle prestazioni, dimostrano che il Sistema Sanitario Piemontese ha avviato un percorso virtuoso che ha come effetto indiretto quello di erodere spazi all'illegalità e alla corruzione, stante la relazione inversa esistente tra livello di efficienza e livello di corruzione in senso ampio.

<sup>2</sup> Corte dei Conti “sezioni riunite in sede di controllo” – Rapporto 2015 sul coordinamento della Finanza Pubblica, maggio 2015.

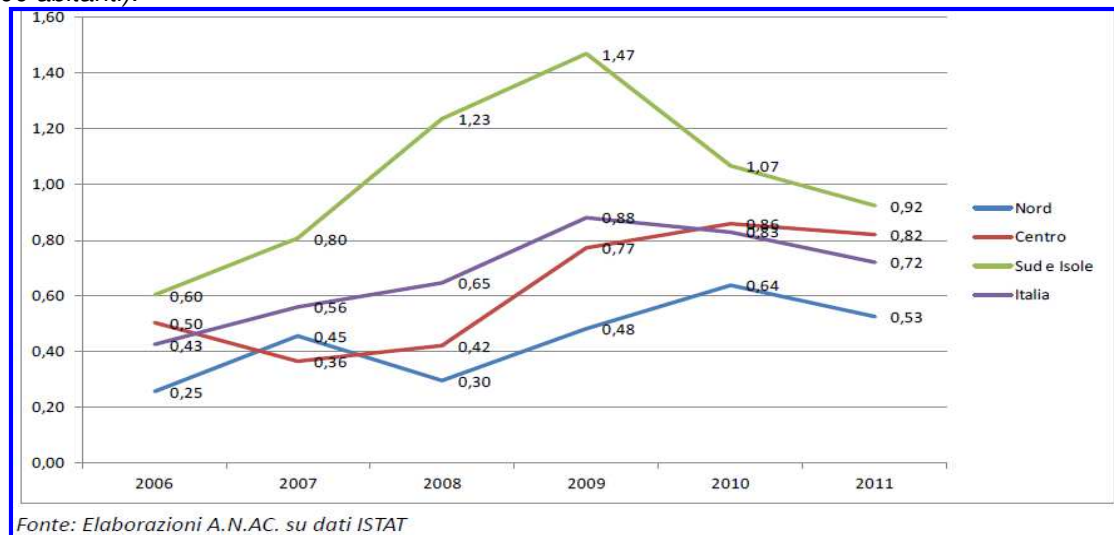
## Le Statistiche giudiziarie e la delittuosità

Come evidenziato dall'ANAC nel documento "Corruzione sommersa e corruzione emersa in Italia: modalità di misurazione e prime evidenze empiriche", le statistiche giudiziarie possono dare un contributo informativo importante, data la loro natura oggettiva e il grado di disaggregazione per tipologia di reati, aree territoriali e settori dell'amministrazione, pur con i limiti riconnessi alla circostanza che i dati relativi alle denunce non riflettono l'effettiva consistenza del fenomeno corruttivo reale ma solo la sua componente emersa, scontando, quindi, lo scarto tra criminalità reale e criminalità registrata nelle statistiche ufficiali.

Mancano, tuttavia, pubblicazioni ed elaborazioni recenti di dati statistici riferite alla totalità dei reati contro la pubblica amministrazione e, più in generale, degli illeciti commessi in frode alle finanze pubbliche.

Per l'analisi si è, quindi, fatto riferimento agli studi effettuati dal Saet (Servizio Anticorruzione e Trasparenza) e alle ulteriori elaborazioni dell'ANAC relative ai soli reati di corruzione e concussione risultanti dalle denunce e sentenze rispettivamente presentate e pronunciate nel periodo 2006-2011, che hanno evidenziato una sostanziale differenza nella distribuzione del fenomeno della corruzione nelle varie aree geografiche.

**Reati di corruzione per i quali è stata avviata azione penale per ripartizione geografica (2006-2011) (valori per 100.000 abitanti).**



Di particolare interesse si rivela l'analisi quali-quantitativa condotta dall'ANAC delle sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti nel periodo 2001-2012 per i reati di concussione (317 c.p.), corruzione per un atto d'ufficio (318 c.p.), corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio (319 c.p.), corruzione in atti giudiziari (319 ter c.p.), corruzione di persona incaricata di un pubblico servizio (320 c.p.) e istigazione alla corruzione (322 c.p.).

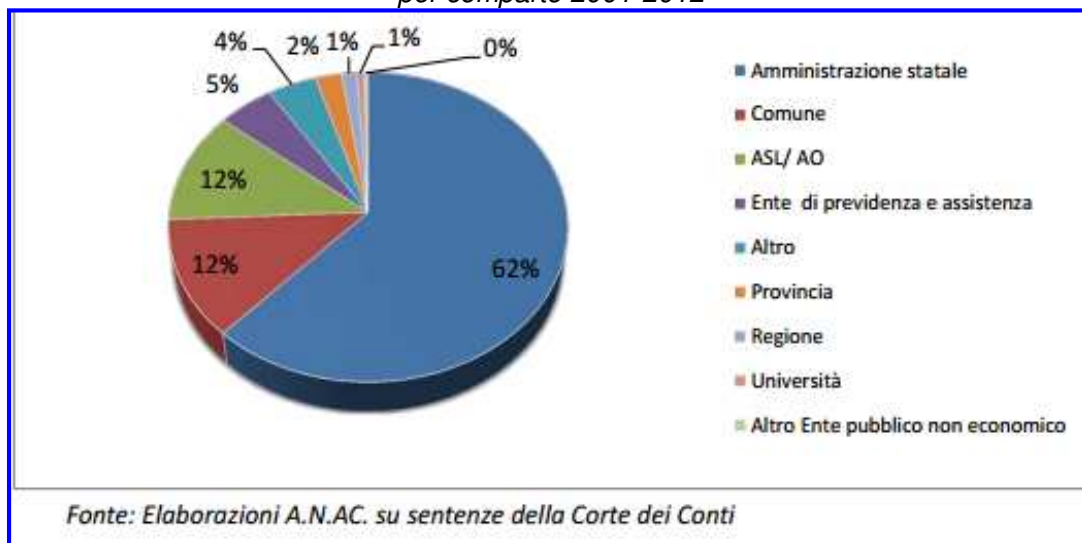
La dinamica delle sentenze nell'intervallo temporale considerato mostra un andamento oscillante, particolarmente accentuato per i reati di corruzione, attestandosi su livelli tendenzialmente crescenti per entrambe le tipologie di reati (salvo nel 2012). Le sentenze di corruzione hanno raggiunto il picco di 23 nel 2004, 19 nel 2008 e 26 nel 2012, a fronte di valori più contenuti per quelle di concussione, rispettivamente di 8, 5 e 14. Inoltre, mentre nel triennio 2010-2012 le pronunce per corruzione sono aumentate di più del doppio, quelle per concussione sono diminuite da 21 a 14.

Più della metà delle sentenze di condanna nel periodo di riferimento sono state pronunciate per episodi di corruzione e concussione avvenuti nelle Regioni del Nord (59%) di cui oltre la metà nella sola Lombardia (33%); risultano invece equamente distribuite le pronunce nelle Regioni del Centro (20%), di cui oltre la metà nel Lazio (12%), e nella macro-area del Sud e Isole.

**Questa evidenza non è di immediata interpretazione. Da un lato, porterebbe a ritenere che le aree geografiche in cui si manifestano più frequentemente episodi di concussione e corruzione siano quelle del Nord, dall'altro, potrebbe indicare differenze nel perseguimento dei casi di corruzione e concussione**

Declinando le evidenze dell'analisi per tipologia di amministrazioni, si evince che oltre la metà delle condanne per reati di corruzione e concussione ha riguardato dipendenti di amministrazioni statali (62%), mentre nelle ASL e Aziende Ospedaliere il fenomeno appare più contenuto (12%).

*Composizione percentuale delle sentenze con esito di condanna al risarcimento del danno per comparto 2001-2012*



*Sentenze per tipologia prevalente dei soggetti citati in giudizio per ruolo e comparto dell'amministrazione in causa (2001-2012)*

Comparto	Consulenti/ Prestatori d'opera	Dirigenti/ Ufficiali	Funzionari/ Quadri/ Sottoufficiali	Impiegati/ Tecnici/ Operatori	Livello politico	TOTALE
Amministrazione statale		60	64	65		189
Università		3				3
Regione			5		1	6
Provincia		2	3	1		6
Ente di previdenza e assistenza		9	3	3		15
Comune		7	6	6	17	36
ASL/ AO		7	6	20		33
Altro Ente pubblico non economico		1				1
Altro	1	6	5	1	1	14
<b>Totali</b>	<b>1</b>	<b>95</b>	<b>92</b>	<b>96</b>	<b>19</b>	<b>303</b>

Fonte: Elaborazioni A.N.AC. su sentenze della Corte dei Conti

Nell'ultima relazione sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica presentata dal Ministro dell'Interno al Parlamento nel febbraio 2015, la Provincia di Cuneo risulta marginalmente interessata dal fenomeno della criminalità organizzata, al quale si accompagna notoriamente il fenomeno della corruzione. Nella citata relazione si fa, infatti, riferimento a un unico caso concreto di tentativo di infiltrazione della criminalità organizzata rilevato nell'ambito della c.d. operazione "Maglio", che ha registrato la presenza di alcune 'ndrine attive ad Alba (CN), Asti, Novi Ligure (AL) e Sommariva del Bosco (CN), costituenti una diramazione di una "camera di controllo" insediata in Liguria.

Risulta, pertanto, notevolmente ridotto uno dei principali rischi riconnessi alla circostanza, evidenziata nella citata relazione, che "le mafie continuano a ricorrere allo strumento corruttivo per penetrare il tessuto economico-amministrativo, rendendo opaca la governante locale del territorio".

Anche le analisi condotte sulla base delle notizie riportate dai mezzi di informazione confermano la notevole variabilità del fenomeno su base regionale e la sua minor diffusione nel Piemonte rispetto ad altre regioni italiane.

Diffusione dei casi di corruzione nel 2012-analisi dei giornali



Fonte: elaborazione RISSC su dati di Avviso Pubblico

Un ulteriore elemento rilevante è rappresentato dalla compliance fiscale, vale a dire dall'attitudine a pagare le tasse, che per la provincia di Cuneo risulta particolarmente alta, ad ulteriore conferma di un contesto socio-culturale poco incline a comportamenti fraudolenti nei confronti dello Stato.

E' quanto emerge dalla mappatura effettuata nel 2014 dall'Agenzia delle Entrate mediante l'impiego del DbGeo, un *data base* che fornisce una fotografia complessiva delle varie provincie Italiane, definendo il profilo di ciascuna realtà territoriale mediante l'impiego di 36 variabili selezionate nell'ambito di 245 variabili che tengono conto del contesto sociale, economico, della criminalità e del tenore di vita.



Fonte: Agenzia delle Entrate

In base a questa analisi, Cuneo è ricompresa nel gruppo delle province che presentano il minor grado di pericolosità fiscale e sociale, con un basso livello di delittuosità con riferimento a tutte le tipologie di reati.

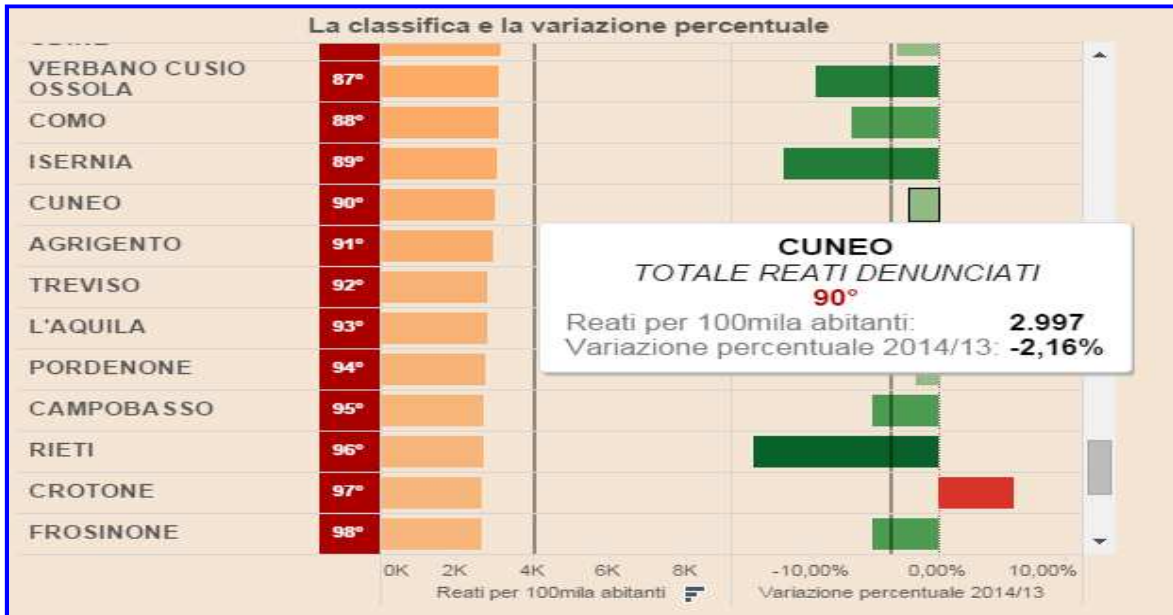


Fonte: Agenzia delle Entrate



Un recente studio condotto dal Sole 24 Ore su dati ufficiali del Ministero dell'Interno e Istat, oltre a confermare il basso livello di delittuosità nella provincia di Cuneo, che si colloca al 90° posto nella graduatoria delle 102 province italiane oggetto di analisi evidenzia una riduzione dei reati denunciati all'autorità giudiziaria dalle forze di polizia rispetto al 2013 pari 2,16%.

*Reati 2014 denunciati all'autorità giudiziaria dalle forze di polizia*



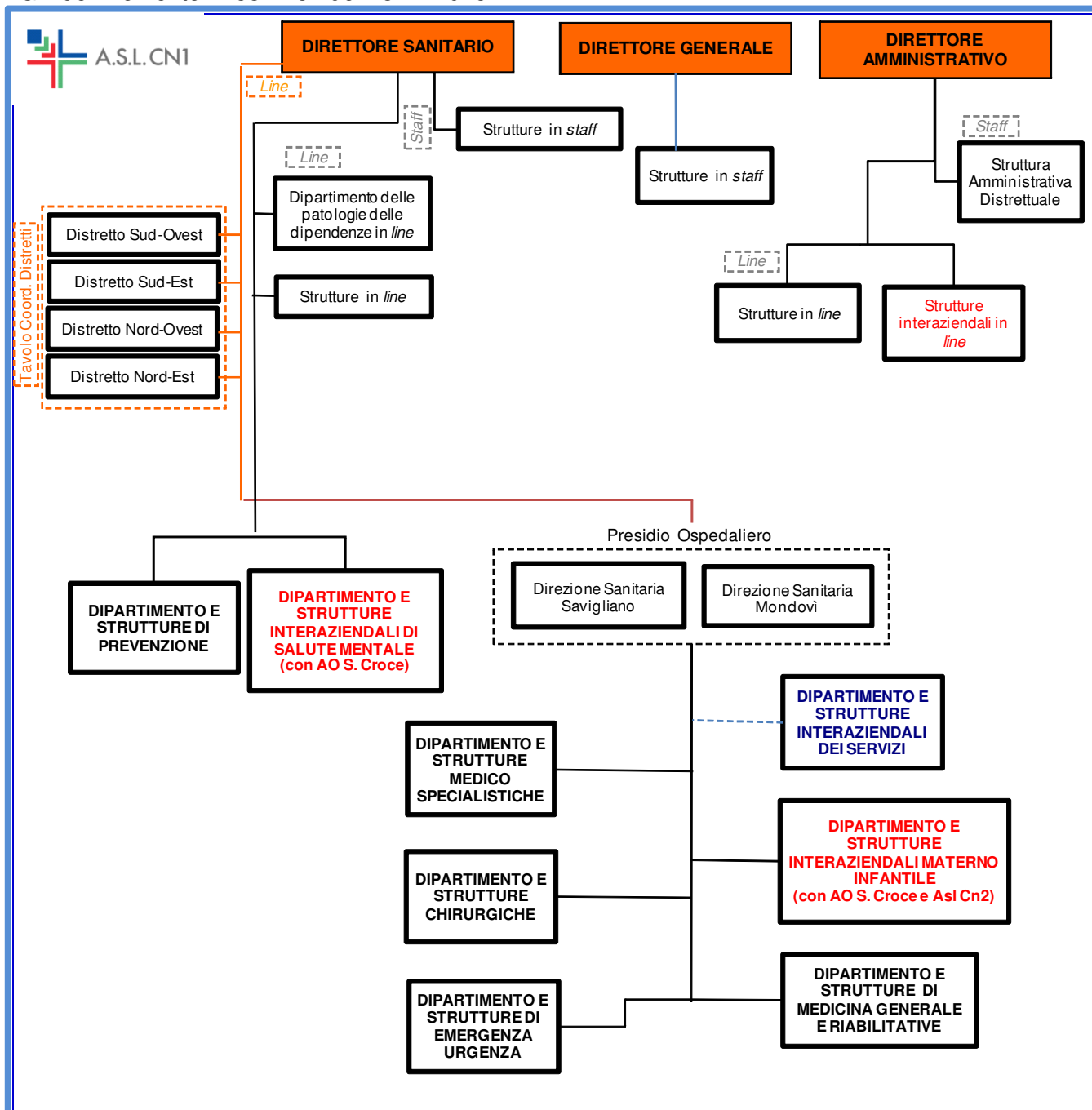
Fonte: Rielaborazioni del Sole 24 Ore su dati del Ministero dell'Interno-Dipartimento di pubblica sicurezza e Istat

## 1.7.2 Contesto interno

### Modello organizzativo

L'ASL CN1 svolge la propria attività in 5 ospedali e circa un centinaio di sedi dislocate nel territorio, in cui si svolgono prevalentemente attività di tipo sanitario, ma anche di supporto tecnico ed amministrativo.

L'organigramma che segue rappresenta l'attuale assetto organizzativo, di cui all'Atto Aziendale adottato con Deliberazioni del Direttore Generale n. 232 del 23/10/2015 e n. 259 del 10.11.2015, approvato con DGR del Piemonte n. 53-2487 del 23.11.2015.



### Organi e organismi dell'Azienda

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione.

#### **Direttore Generale**

E' responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, esercita le funzioni di indirizzo politico, strategico e amministrativo definendo gli obiettivi ed i programmi da attuare ed adottando gli altri atti rientranti nello svolgimento di tali funzioni e verifica la rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione agli indirizzi impartiti

Nomina il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, i responsabili delle strutture aziendali e conferisce gli incarichi dirigenziali.

#### **Direttore Sanitario**

Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari ed è preposto al governo clinico dell'Azienda.

Coadiupa il Direttore Generale nel governo dell'Azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza.

Svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture dell'Azienda.

Assicura il puntuale svolgimento di eventuali ulteriori compiti e funzioni delegati e/o assegnati dal Direttore Generale.

#### **Direttore Amministrativo**

Dirige i servizi amministrativi dell'Azienda. Coadiupa il Direttore Generale nel governo dell'Azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza. Svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei responsabili delle strutture Aziendali.

Assicura il puntuale svolgimento di eventuali ulteriori compiti e funzioni delegati e/o assegnati dal Direttore Generale.

#### **Collegio di Direzione**

Supporta il Direttore Generale nell'espletamento delle funzioni di governo e di direzione strategica della gestione aziendale ed è composto da:

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttori dei Dipartimenti Inter Aziendali ed Aziendali
- Direttori di Presidio Ospedaliero
- Direttori dei Distretti
- Direttore della Direzione delle Professioni Sanitarie
- Direttore della Struttura farmacia del P.O.
- Direttore della Struttura Inter Aziendale Gestione Risorse Umane
- Direttore della Struttura Servizio Tecnico

Integrati da alcune figure "senza diritto di voto", scelte fra i Dirigenti dell'Azienda e da 1 rappresentante dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, indicati in accordo da tutte le Equipe territoriali dei Distretti.

#### **Collegio Sindacale**

E' organo dell'Azienda, dura in carica 3 anni, e, ai sensi della Legge Regionale del Piemonte n. 15/2014, è composto da 3 membri nominati dal Direttore, di cui uno designato dalla Giunta regionale (che assume le funzioni di Presidente), uno dal Ministro dell'Economia e delle Finanze ed uno dal Ministro della Salute. Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei Regolamenti e verifica la regolarità amministrativa e contabile dell'A.S.L.

Può procedere, in qualsiasi momento, ad atti di ispezione e di controllo.

### Organismi locali politico-istituzionali

Sono organismi locali politico-istituzionali la Conferenza dei Sindaci, la Rappresentanza dei Sindaci, il Comitato dei Sindaci di Distretto.

#### **La Conferenza dei Sindaci e la Rappresentanza**

La Conferenza dei Sindaci, prevista dall'art. 3, comma 14 D.Lgs. 502/92 s.m.i., è costituita dai Sindaci (o loro delegati) dei Comuni facenti parte del territorio dell'azienda sanitaria locale CN1. La Conferenza dei Sindaci esercita le funzioni di cui all' art. 7 della L.R. n°18/2007 per il tramite della Rappresentanza costituita nel suo seno ai sensi del predetto art. 3, comma 14 del D.Lgs. 502/92. ss.mm.ii.

Le modalità di funzionamento della Conferenza sono disciplinate dall'articolo 15 della L.R. 10/1995. La Conferenza dei Sindaci concorre alla definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria nelle forme e nei termini previsti dall'articolo 3, comma 14, del d. Lgs. 502/1992, nonché dalle linee approvate dal Consiglio regionale.

La Conferenza, in particolare:

- a. definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 15 della L.R. 18/2007. Eventuali scostamenti da tali linee devono essere adeguatamente motivati dal direttore generale. Le linee di indirizzo sono elaborate sulla base delle previsioni dei profili e piani di salute di cui all'articolo 14 della L.R. 18/1997;
- b. esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio della ASL di riferimento e rimette alla Giunta regionale le proprie osservazioni. In caso di parere negativo la Giunta regionale assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato;
- c. esprime i pareri previsti all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del d. lgs. 502/1992, sull'operato del Direttore Generale dell'ASL e del Direttore Generale dell'azienda ospedaliera insistente sul territorio di competenza;
- d. può richiedere alla Regione la revoca del direttore generale dell'ASL e del direttore generale dell'azienda ospedaliera insistente sul territorio di competenza, nel caso previsto dall'articolo 3-bis, comma 7, del D.lgs. 502/1992;
- e. esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.

Per il funzionamento adotta un proprio regolamento che disciplina le funzioni e le attività della Conferenza stessa e della Rappresentanza.

#### **I Comitati dei Sindaci di Distretto**

Sono gli organi di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale. I Comitati sono composti dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale di ciascun Distretto. Ciascun Comitato si dota di un proprio Regolamento di funzionamento.

#### **Consiglio dei Sanitari**

E' un organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda; i componenti eletti rappresentano il personale dipendente Dirigente e "del Comparto" del ruolo sanitario, ed il personale "convenzionato". Fornisce, nei casi previsti dalla legge, parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti attinenti alle medesime. Si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

### Organismo Indipendente di Valutazione

L'Organismo Indipendente di Valutazione è un ufficio collegiale composto da tre componenti, di cui due esterni ed uno interno all'organizzazione dell'Azienda. La loro nomina è effettuata dal Direttore Generale all'esito della procedura prevista dalla delibera CIVIT 12/2013 e dalla D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013, integrata dal Decreto ministeriale del 2.12.16, emesso in attuazione del DPR 9.05.16 N.105.

L'Organismo Indipendente di Valutazione opera in posizione di autonomia e risponde esclusivamente al Direttore Generale.

L'Organismo Indipendente di Valutazione, svolge le funzioni previste dal D. L.gs. 150/2009 e dalla D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013 e ogni altra funzione prevista da disposizioni normative o regolamentari nel tempo vigenti.

L'O.I.V. si avvale, per lo svolgimento delle proprie funzioni, del supporto della Struttura Tecnica

Permanente per la misurazione della performance, come previsto ai commi 9 e 10 dell'art. 14 del D. Lgs 150/2009.

### Collegio Tecnico

Il Collegio Tecnico è l'organismo deputato alla verifica e valutazione di seconda istanza del personale dirigente, previste da norme e contratti collettivi. Il Collegio Tecnico procede quindi alla valutazione di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio e dei dirigenti ai fini dell'adeguamento dell'indennità di esclusività (al quinto ed al quindicesimo anno di servizio).

Il Collegio Tecnico è nominato dal Direttore Generale ed è composto dal Presidente e da due Componenti ed opera in composizione diversificata in relazione alle differenti tipologie di dirigenti da valutare.

### Comitato Unico di Garanzia

Il CUG è un organismo che, unificando le competenze del Comitato per le Pari opportunità e del Comitato Paritetico sul Fenomeno del Mobbing, è stato istituito nell'ASL CN1 con la delibera 440 del 28/11/2014, in adempimento alla previsione dell'art. 21 della legge 183/2010 ed è stato ricostituito per il quadriennio 2016-2019 con la deliberazione n. 301 del 14/09/2016. Tale organismo ha la funzione di deterrenza di azioni negative e di conflittualità a livello aziendale.

E' costituito da 16 componenti effettivi ed altrettanti supplenti, ripartiti in modo paritetico tra i dipendenti nominati dall'Amministrazione e i delegati delle Organizzazioni sindacali e con pari presenza di donne e uomini.

Sin dalla sua nascita il CUG si è dotato di un regolamento di funzionamento approvato con la delibera 70 del 18/02/2013, ora riapprovato, a seguito della nuova costituzione, con delibera n. 438 del 12/12/2016; in esso vengono ripresi i compiti propositivi, consultivi e di verifica in relazione alla promozione di azioni positive per le pari opportunità ed il benessere lavorativo codici etici e di condotta, alla prevenzione e/o rimozione di situazioni disagio e fornisce pareri in materia in occasione di progetti di riorganizzazione dell'amministrazione di appartenenza, di piani di formazione del personale, di contrattazione integrativa sui temi che rientrano nelle proprie competenze, di problematiche relative agli orari di lavoro, alle forme di flessibilità lavorativa e interventi di conciliazione, ai criteri di valutazione del personale (per cui stabilisce un relazione anche con l'Organismo Indipendente di Valutazione – O.I.V.). Il CUG Pianifica e promuove azioni favorevoli al benessere degli operatori, ribadendo il valore e la dignità di ciascuno, l'importanza della collaborazione e del lavoro di squadra per il raggiungimento di risultati più avanzati, con la convinzione che la serenità sia interesse di tutti e vada anche a vantaggio dell'utenza. Ciascuna azione viene seguita da un gruppo di lavoro di componenti del CUG, costituito anche sulla base delle singole sensibilità espresse in appositi incontri e viene approfondita e monitorata negli incontri periodici tra tutti i partecipanti al CUG.

Inoltre il CUG ha una funzione di supporto per i dipendenti: chi ritiene di trovarsi in una situazione di disagio che limita/lede il proprio benessere psico-fisico nell'ambiente di lavoro, può rivolgersi al Comitato, contattando informalmente il servizio di ascolto istituito presso l'ufficio di supporto tecnico organizzativo appositamente costituito, al fine di concordare un incontro preliminare tra il/la Presidente del CUG e il/la dipendente medesimo/a, cui segue la procedura di cui all'art. 9 del Regolamento sopracitato. Il CUG è inoltre competente in ordine ad eventuali azioni discriminatorie poste in essere nei confronti dei whistleblowers. Le informazioni sul CUG sono presenti sia nella INTRANET aziendale alla voce "Comitato Unico di Garanzia" sia sul sito INTERNET attraverso il link <http://www.aslcn1.it/comitato-unico-di-garanzia-cug/>.

### Associazioni di volontariato

L'ASL considera di fondamentale importanza i rapporti con le associazioni di volontariato in considerazione del ruolo fondamentale che le stesse svolgono di sostegno al sistema sanitario e di raccordo tra le Aziende Sanitarie e il singolo cittadino, sia per verificare lo stato di attuazione del diritto alla salute, sia per valutare la qualità del servizio erogato. Attualmente sono in atto oltre 17 convenzioni con Associazioni, ma ne sono in predicato alcune altre; fin dal 2009 è stata istituita la Conferenza Aziendale di Partecipazione quale strumento finalizzato al coinvolgimento nella programmazione e nella valutazione dei servizi degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale in ambito socio-sanitario.

### Il personale

Il personale dipendente è una risorsa essenziale per il funzionamento dell'ASL CN1 e rappresenta la componente fondamentale per poter raggiungere lo scopo principale, quello di tutelare la salute dei cittadini. Esso è suddiviso in quattro ruoli: sanitario, professionale, tecnico e amministrativo, per ognuno dei quali la CN1 è dotata di figure dirigenziali e "del Comparto". Il quadro dei dipendenti è riassunto dalla sottostante tabella, che mostra anche le variazioni fra il 2014 ed il 2015, indotte anche da disposizioni nazionali e regionali sul "turn over" di chi cessa, che consentono rimpiazzi nel ruolo sanitario e per alcune figure assistenziali di quello tecnico, ma lo impediscono negli altri ruoli.

<b>Composizione del personale dipendente</b>	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2015</b>
personale medico, veterinario e altro personale laureato	736	740
personale infermieristico, riabilitativo e altro personale sanitario	1.947	1.975
personale dirigente ruolo tecnico, amministrativo e professionale	38	37
personale comparto ruolo amministrativo e professionale	522	503
personale comparto ruolo tecnico	700	680
<b>totale</b>	<b>3.943</b>	<b>3.935</b>

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e pertanto la Direzione Generale ha da sempre posto la massima attenzione sul "capitale umano" per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Dato l'attuale contesto socio-economico, sono state adottate le azioni necessarie al fine di rispettare il tetto di spesa del personale per l'anno 2016, al fine di ottemperare a quanto disposto dalla D.G.R. n. 36-

1483 del 25/05/2015, tanto che la Spesa per il personale nel Bilancio di Previsione nel 2016 scende ancora di € 137.000.

	31/12/2011	31/12/2012	31/12/2013	31/12/2014	31/12/2015	Scostam. % (2015-2014)
<b>QUALIFICA</b>						
PERSONALE MEDICO	584	581	573	566	576	1,77%
PERSONALE VETERINARIO	116	114	114	110	107	-2,73%
ODONT. E ALTRO PERS.LAUR.	62	65	64	60	57	-5,00%
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.606	1.599	1.570	1.544	1.558	0,94%
PERSONALE RIABILITATIVO	222	224	219	213	222	4,23%
ALTRO PERSONALE SANITARIO	197	194	191	190	195	2,63%
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	8	8	8	8	9	12,50%
PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO	2	1	1	1	1	0,00%
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	5	6	6	6	5	-16,67%
PERSONALE TECNICO COMPARTO	753	732	713	700	680	-2,86%
PER. AMM.VO DIRIGENTI	25	26	26	24	23	-4,17%
PERSONALE AMM.VO COMPARTO	550	543	531	521	502	-3,65%
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>4.130</b>	<b>4.093</b>	<b>4.016</b>	<b>3.943</b>	<b>3.935</b>	<b>-0,19%</b>

**DOTAZIONE ORGANICA**
**PRESENZE MEDIE EFFETTIVE**

	<b>31/12/2011</b>	<b>31/12/2012</b>	<b>31/12/2013</b>	<b>31/12/2014</b>	<b>31/12/2015</b>	Scostam. % (2015-2014)
<b>QUALIFICA</b>						
PERSONALE MEDICO	561,49	559,52	542,89	545,79	552,30	1,19%
PERSONALE VETERINARIO	112,49	110,59	110,79	106,79	105,79	-0,94%
ODONT. E ALTRO PERS.LAUR.	56,86	61,66	58,16	55,06	52,86	-4,00%
PERSONALE INFERMIERISTICO	1.403,50	1.407,24	1.372,19	1.343,05	1.367,43	1,81%
PERSONALE RIABILITATIVO	174,65	179,95	179,55	174,71	178,35	2,08%
ALTRO PERSONALE SANITARIO	175,34	178,88	173,74	168,74	175,58	4,05%
DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE	7,70	7,7	7,7	6,70	7,70	14,93%
PERSONALE RUOLO PROF.COMPARTO	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	0,00%
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	5,00	6,00	6,00	5,00	5,00	0,00%
PERSONALE TECNICO COMPARTO	685,88	670,41	649,01	633,57	627,74	-0,92%
PER.AMM.VO DIRIGENTI	21,70	19,70	21,7	19,70	18,70	-5,08%
PERSONALE AMM.VO COMPARTO	483,20	477,79	468,76	463,37	447,34	-3,46%
<b>TOTALE AZIENDA</b>	<b>3.689,81</b>	<b>3.680,43</b>	<b>3.591,49</b>	<b>3.523,50</b>	<b>3.539,79</b>	<b>0,46%</b>

L'Azienda – in coerenza con le vigenti disposizioni contrattuali e di legge - ha dato attuazione alle norme sulle pari opportunità e ha promosso la formazione professionale dei lavoratori e il miglioramento della loro sicurezza nell'ambiente lavorativo.

La formazione del personale				
	<b>Anno 2012</b>	<b>Anno 2013</b>	<b>Anno 2014</b>	<b>Anno 2015</b>
Totale Ore Formazione erogata	<b>4.865:45</b>	<b>3.685</b>	<b>5.741</b>	<b>6.178:45</b>
Totale Eventi	<b>211</b>	<b>202</b>	<b>260</b>	<b>244</b>
Totale Edizioni	<b>499</b>	<b>452</b>	<b>555</b>	<b>722</b>
Totale Partecipanti Effettivi	<b>13.907</b>	<b>11.287</b>	<b>10.461</b>	<b>12.394</b>



### Tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori

In ottemperanza alla normativa vigente, l'azienda ha da tempo istituito un servizio di Prevenzione e Protezione, un Servizio Medico Competente ed un servizio di Fisica Sanitaria, interni.

Il personale di questi servizi collabora col Datore di Lavoro per tutte le attività di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro previste dal D.L.gs 81/08 e s.m.i e dal DL.gs 230/90.

L'espletamento di tali attività avviene in collaborazione con i Dirigenti delegati dal datore di lavoro, i dirigenti, i preposti e i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, oltre che i servizi di staff (Direzione Generale, Rischio clinico, Servizio Legale, Servizio Tecnico, Patrimonio, URP, Qualità, Direzione di Presidio, Controllo delle Infezioni Ospedaliere, Farmacia Ospedaliera e Direzione delle professioni sanitarie, OSRU/Formazione, ecc.).

Vengono di seguito riportate due tabelle riepilogative relative agli infortuni avvenuti in Azienda nel periodo 2010-2015 come dato grezzo e suddiviso per professione.

<b>Infortuni ASLCN1 - Registro infortuni</b>				
<b>anno</b>	<b>infortuni totali (a)</b>	<b>infortuni in itinere (b)</b>	<b>infortuni 0 giorni (c)</b>	<b>infortuni (a-b-c)</b>
<b>2010</b>	224	35	96	93
<b>2011</b>	239	46	105	88
<b>2012</b>	222	44	95	83
<b>2013</b>	190	21	89	80
<b>2014</b>	201	33	87	81
<b>2015</b>	222	43	94	85

Per "infortunio in itinere" si intende l'infortunio occorso al dipendente durante il normale percorso di andata e ritorno dal luogo di abitazione a quello di lavoro ed è equiparato a infortunio sul lavoro.

Per "infortunio a 0 giorni" si intende l'evento infortunistico che non ha causato assenza lavorativa ma che viene comunque registrato ed inviato all'INAL. Il tipico infortunio a 0 giorni è la puntura accidentale o l'imbrattamento con liquido biologico.

Di seguito si riporta il numero di infortuni avvenuti nell'ASLCN1 negli anni 2010-15, suddivisi per profilo professionale:

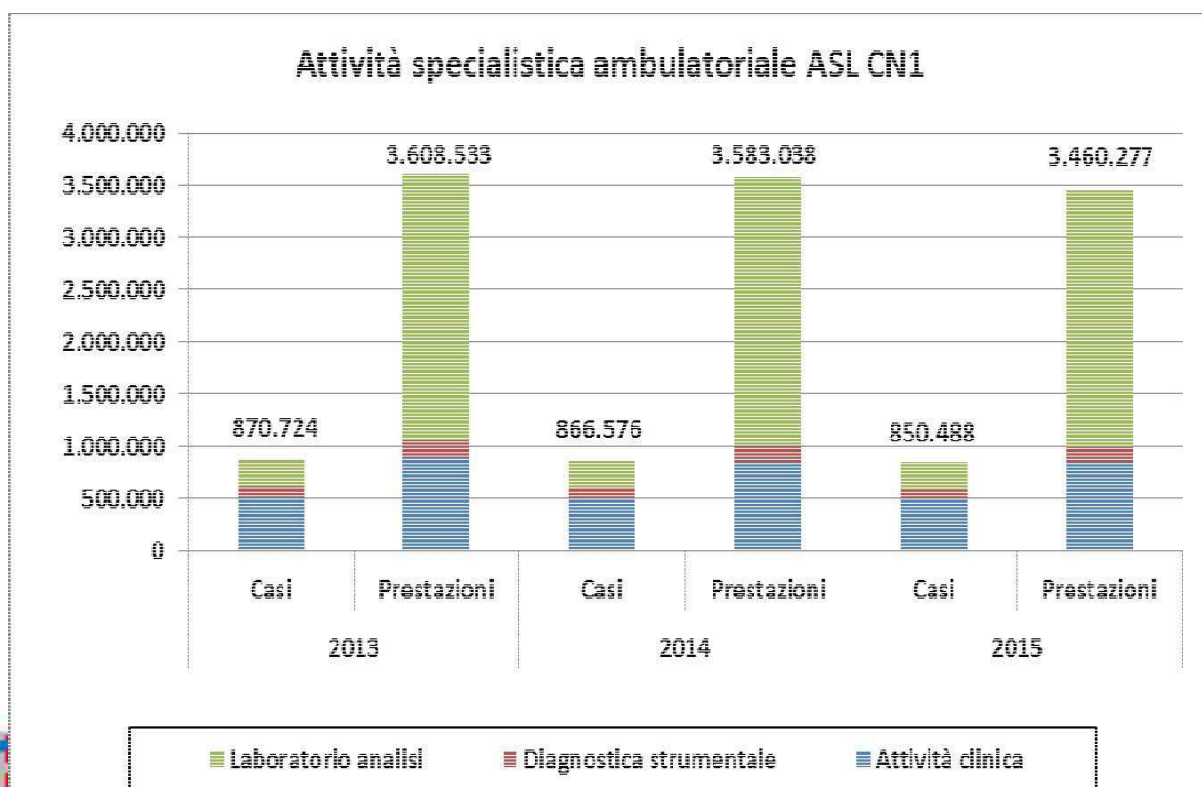
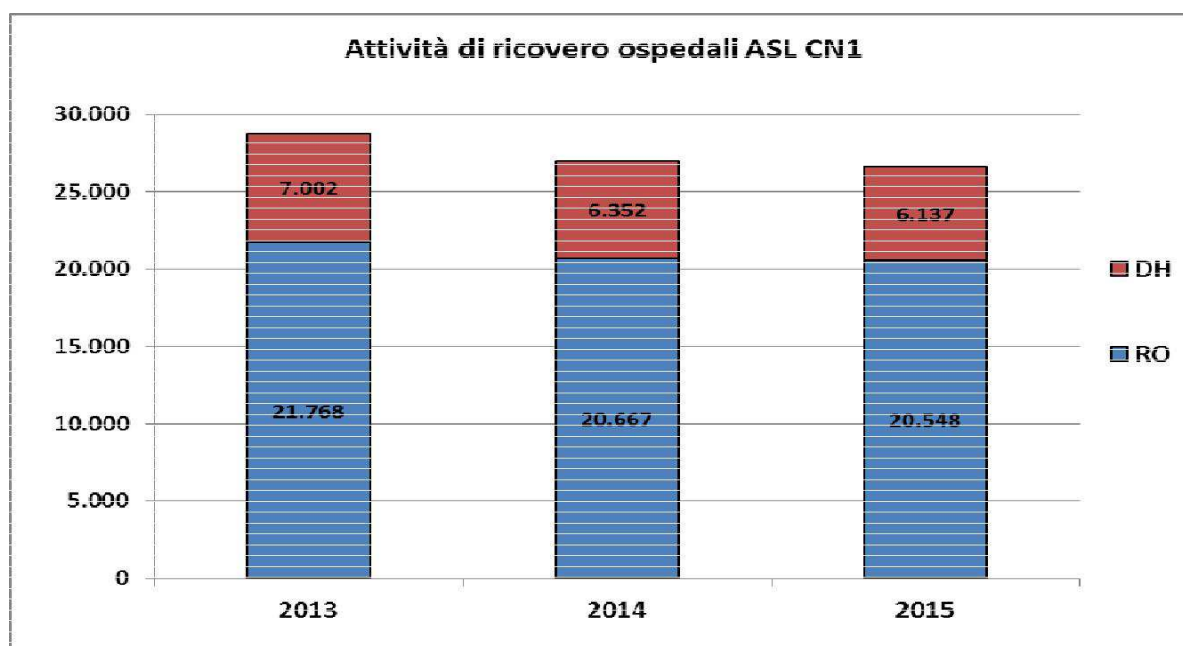
<b>n° infortuni</b>	<b>totali</b>	<b>Infermiere</b>	<b>generico</b>	<b>oss/ota</b>	<b>medico</b>	<b>tecnico sanitario</b>	<b>operatore tecnico</b>	<b>veterinario</b>	<b>amministrativo</b>	<b>inserimento lavorativo</b>	<b>ostetrica</b>	<b>assistente sociale</b>	<b>altro</b>
<b>2010</b>	224	94	43	32	12	18	6	13	3	3	0	0	
<b>2011</b>	239	135	35	36	7	13	3	9	0	0	1	0	
<b>2012</b>	222	112	31	33	7	16	7	13	0	2	1	0	
<b>2013</b>	190	94	29	30	0	12	2	10	3	4	0	6	

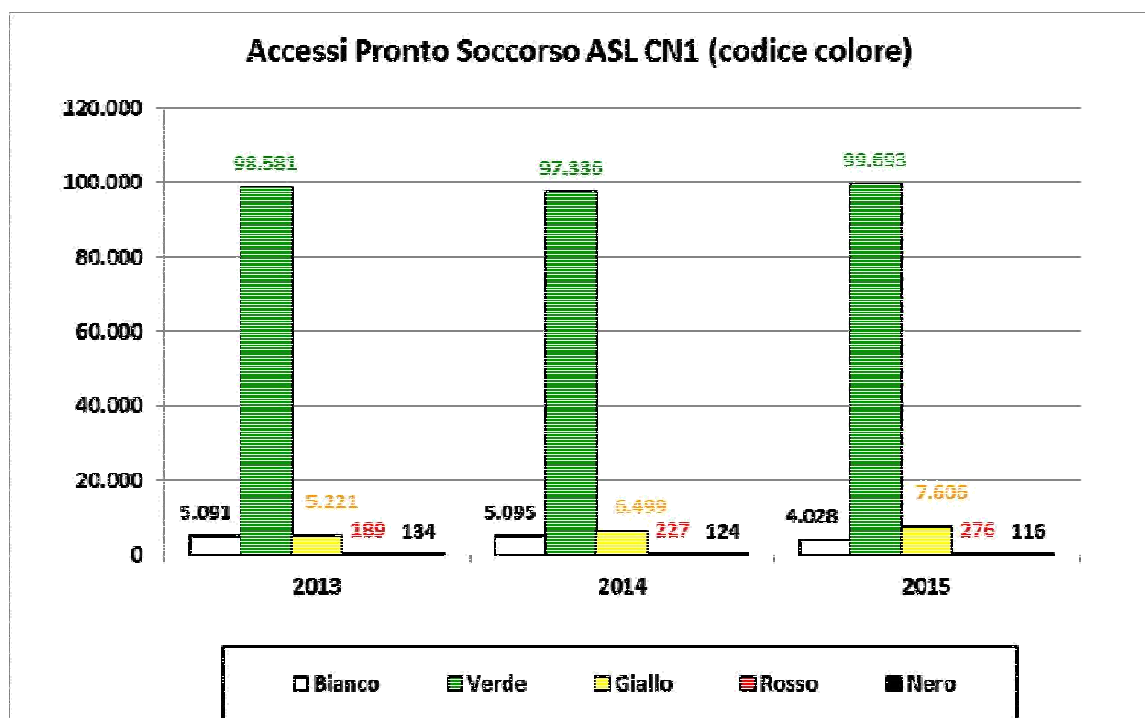
<b>2014</b>	201	94	36	27	14	11	3	4	1	1	0	10
<b>2015</b>	222	103	42	32	8	7	4	12	1	2	1	10

### Assistenza Ospedaliera

L'attività di ricovero è garantita mediante 5 ospedali a gestione diretta, nei quali viene erogata anche attività ambulatoriale e 3 case di cura convenzionate e accreditate/provvisoriamente accreditate.

L'assistenza ospedaliera ha fatto registrare negli ultimi anni, in linea con la tendenza generale, una diminuzione della degenza, cui hanno contribuito sia modelli incentrati su percorsi assistenziali alternativi e condivisi, con conseguente maggiore offerta di prestazioni alternative al ricovero come la continuità assistenziale, l'attività ambulatoriale e l'assistenza domiciliare, sia l'evoluzione delle tecniche diagnostiche, terapeutiche e chirurgiche.





### Assistenza Territoriale

In linea con lo standard europeo, circa il 50% delle prestazioni sanitarie erogate complessivamente alla popolazione viene fornito al di fuori degli ospedali per acuti.

Il modello adottato dall'ASL è quello della presa in carico globale della persona attraverso l'integrazione con i Servizi sociali e le delle interrelazioni funzionali tra i professionisti coinvolti.

Concorrono alla presa in carico del paziente:

- i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta che propongono al Distretto l'apertura di interventi di ADI o di ADP, assicurando agli utenti, che si trovano in determinate condizioni di bisogno sanitario, accessi presso il domicilio per il mantenimento o il miglioramento del loro stato di salute;
- le UVG e le UMVD che effettuano le valutazioni multidimensionali rispettivamente dell' anziano e del disabile.

I dati esposti, essendo riferiti al 2015, l'ultimo elaborato, sono ancora ordinati per i 6 Distretti allora esistenti.

Distretto	Comuni	Popolazione 31.12.2015	in km <sup>2</sup>	Densità abitativa (resid/km <sup>2</sup> )	MMG*	PLS**
Cuneo-Borgo San Dalmazzo	31	123.190	1.598	77	83	15
Dronero	22	39.604	864	46	28	4
Mondovì	30	64.037	728	89	43	7
Ceva	34	22.448	767	30	17	1
Fossano-Savigliano	19	89.600	654	137	56	10

Saluzzo	39	80.588	1.174	69	56	7
*MMG= Medici di medicina generale **PLS= Pediatri di libera scelta						

**ANZIANI** (n. giornate di assistenza)

	Attività Residenziale		Attività semiresidenziale	
	anno 2014	anno 2015	anno 2014	anno 2015
Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo	161.607	156.863	2.200	2.536
Distretto di Dronero	47.853	49.618	72	216
Distretto di Mondovì	105.124	99.437	0	0
Distretto di Ceva	47.172	45.589	0	0
Distretto di Fossano-Savigliano	119.257	114.453	327	279
Distretto di Saluzzo	124.349	119.002	3.079	3.020
<b>TOTALE</b>	<b>605.362</b>	<b>584.962</b>	<b>5.678</b>	<b>6.051</b>

**DISABILI** (n. giornate di assistenza)

	Attività Residenziale		Attività semiresidenziale		Stato vegetativo permanente (Hospice solo fino al 31.12.2014)	
	anno 2014	anno 2015	anno 2014	anno 2015	anno 2014	anno 2015
Distretto di Cuneo - Borgo San Dalmazzo	40.185	38.825	30.032	28.870	1.293	1.275
Distretto di Dronero	7.810	8.210	10.496	10.519	0	0
Distretto di Mondovì	16.932	16.610	10.767	11.542	190	0
Distretto di Ceva	3.256	3.755	2.772	3.080	156	0
Distretto di Fossano-Savigliano	28.795	29.816	14.273	14.295	250	121
Distretto di Saluzzo	15.092	14.863	11.552	9.140	485	365
<b>TOTALE</b>	<b>112.070</b>	<b>112.079</b>	<b>79.892</b>	<b>77.446</b>	<b>2.374</b>	<b>1.761</b>

**Ospedale di Comunità (gg. di deg.)**      **2014** 3.179 **2015** 3.308

Nell'ambito dei Distretti Sanitari sono stati realizzati interventi di sistema della programmazione socio-sanitaria che rispondono al modello di presa in carico globale della persona, nonché all'esigenza di

valorizzazione delle competenze e delle interrelazioni funzionali tra i professionisti coinvolti basate sul confronto delle rispettive esperienze e competenze.

Concorrono alla presa in carico del paziente:

- i Medici di Medicina Generale ed i Pediatri di Libera Scelta che propongono al Distretto l'apertura di interventi di ADI o di ADP, assicurando agli utenti, che si trovano in determinate condizioni di bisogno sanitario, accessi presso il domicilio per il mantenimento o il miglioramento del loro stato di salute;
- le UVG e le UMVD che effettuano le valutazioni multidimensionali rispettivamente dell'anziano e del disabile.

Si forniscono al riguardo i seguenti dati di attività:

<b>Casi presi in carico</b>	<b>anno</b>	<b>anno</b>
	<b>2014</b>	<b>2015</b>
ADI + Unità Operativa di Cure Palliative (UOCP)	184	203
Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)	1.404	1.361
Assistenza Domiciliare Programmata (ADP)	2.467	2.429
Servizio Infermieristico Domiciliare (SID)	8.500	8.545
	<b>12.555</b>	<b>12.538</b>

### Assistenza psichiatrica

In relazione alla densità della popolazione, alla particolare estensione territoriale e difficoltà di comunicazione il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) ha attivato:

Centri di Salute Mentale: Cuneo, Boves, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo, Savigliano  
Ambulatori decentrati Busca, Caraglio, Cuneo, Dogliani, San Michele Mondovì, Villanova Mondovì, Garessio e Monesiglio.

Le prime visite ambulatoriali vengono di norma garantite entro 15 giorni lavorativi e comunque mai oltre i 30 giorni.

L'attività dei Centri di Salute Mentale in numeri:

	<b>anno 2012</b>	<b>anno 2013</b>	<b>anno 2014</b>	<b>anno 2015</b>
Utenti in carico (almeno 3 contatti anno)	5.251	5.363	5.121	7.924
Prestazioni mediche flusso C	34.717	33.366	33.670	36.392
Prestazioni mediche, psicologiche ed infermieristiche ambulatoriali e territoriali	27.384	25.965	25.469	37.580
Borse lavoro (n. utenti)	203	196	159	185
Assegni terapeutici (n. utenti)	164	186	219	216

I Servizi Psichiatrici di Diagnosi (S.P.D.C.) e Cura del D.S.M. sono ubicati nel contesto delle rispettive Aziende Ospedaliere. Erogano trattamenti sanitari volontari e obbligatori (T.S.O.) in condizioni di ricovero; esplicano attività di consulenza e nel contesto del D.E.A. di Pronto Soccorso.

### Ricoveri ospedalieri in SPDC

Gli SPDC del D.S.M.:		anno 2013	anno 2014	anno 2015
SPDC ASO S.CROCE CN	15 pl	414	399	432
SPDC SAVIGLIANO	15 pl	382	400	389
SPDC MONDOVI'	12 pl	342	334	328
<b>Totale</b>	<b>42 pl</b>	<b>1.138</b>	<b>1.133</b>	<b>1.149</b>

(1 pl ogni 9.000 abitanti)

Il Dipartimento gestisce inoltre direttamente:

- n. 3 Comunità Protette Psichiatriche (Cussanio, Mondovì, Ceva) per un totale di 54 posti letto;
- n. 3 Comunità Alloggio (Racconigi, Boves) per un totale di 30 posti letto;
- n. 17 Gruppi Appartamento per un totale di 53 posti letto;

Totale n. 137 posti letto di residenzialità a Gestione Diretta.

Il Dipartimento di Salute Mentale dispone di 7 Centri Diurni: Cuneo, Dronero, Mondovì, Ceva, Fossano, Saluzzo e Racconigi.

### Assistenza Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento di Patologie delle Dipendenze (D.P.D.) è un servizio territoriale strutturato su 8 sedi che garantiscono la copertura del territorio dell'ASL CN1; la sua funzione è quella di trattare le dipendenze da sostanze sia legali sia illegali e i comportamenti additivi, con un'attività formalizzata per il gioco d'azzardo patologico (GAP).

La prima tabella mette in evidenza il numero di utenti in carico al D.P.D. rilevato da PADDI, banca dati regionale, divisi per programma ambulatoriale e per programma in carcere; la seconda tabella mette in evidenza il numero di giornate per inserimenti residenziali; mentre la terza illustra le prestazioni ambulatoriali erogate, sia di tipo sanitario sia di tipo non sanitario.

Utenti in carico DPD	anno 2014	anno 2015	Note
Tossicodipendenti + GAP+ fumatori+ alcoldipendenti	1.736	1.720	
Tossicodipendenti + alcol dipendenti in carcere	213	184	Soggetti con patologia da dipendenza che hanno usufruito di interventi sanitari da parte di operatori SERT in carcere
<b>Totale</b>	<b>1.949</b>	<b>1.904</b>	

N° giornate per inserimenti residenziali con pagamento retta	Strutture accreditate per le dipendenze	Strutture psichiatriche pure (in integrazione con DSM)
--	---	--

Anno 2014	13.854	3.005
Anno 2015	15.564	2.527

<b>Prestazioni ambulatoriali (rilevati da ReportMed file C)</b>	<b>Sanitarie (visite mediche)</b>	<b>Non sanitarie (si segnala che una parte delle prestazioni non viene inserita nel file C)</b>	<b>Totali</b>
Anno 2014	17.481 + 1.085 visite mediche istituti penitenziari ASL CN1 per pazienti con dipendenza	4.781 prestazioni psicologiche + 14.602 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni)	37.949
Anno 2015 (dati rilevati dalle banche dati regionali PADDI e SPIDI)	18.736 + 777 visite mediche istituti penitenziari ASL CN1 per pazienti con dipendenza	5.172 prestazioni psicologiche + 12.759 prestazioni del comparto (dal file C viene conteggiata solo una parte delle prestazioni)	37.444

### Attività di Prevenzione

Il patrimonio zootecnico, l'entità della macellazione e della produzione degli alimenti per l'uomo e per gli animali rappresentano complessivamente il **50%** circa di quello regionale.

Nel settore della produzione primaria (produzioni vegetali e animali) sono state controllate più di **1.170** aziende.

Sottoposti a visita ante mortem e ispezione anatomo-patologica post mortem:

**220.882** bovini

**245.653** suini

**21.176** ovicaprini

**11.238.470** avicunicoli

A seguito delle quali sono stati esclusi dal consumo umano **678** capi bovini, suini, ovicaprini e **10.376** capi avicunicoli.

**1414** sono stati i campioni eseguiti su acque potabili servite da acquedotti: l'indice complessivo di potabilità dell'acqua è risultato buono (**88%**) in leggero calo rispetto all'anno precedente. Ciò è dovuto alla riduzione progressiva del numero complessivo dei campioni eseguiti (nel rispetto dei parametri normativi) e non al numero assoluto delle N.C. che nella nostra ASL oscillano annualmente tra i 170 e 200 casi.

Circa **1.013** interventi nelle imprese di trasformazione con uno scarso numero di irregolarità rilevate.

Circa **958** sono stati i controlli eseguiti presso le imprese di commercializzazione di alimenti e di ristorazione.

### Gestione economico-finanziaria

L'ASL CN1 ha proseguito, nell'anno 2015, il proprio percorso di riduzione delle spese, nell'ambito di un sostanziale mantenimento delle attività.

L'iter di approvazione del finanziamento indistinto 2015, da parte della Regione Piemonte, ha

visto sostituire, all'assegnazione definitiva (DGR 35-3152 dell'11/04/2016), un'ulteriore individuazione delle risorse assegnate a tutto il SSR (DGR n. 44-3352 del 23/05/2016).

La riduzione del finanziamento ha generato una perdita autorizzata di euro 1.367.542.

Nell'anno 2015 i costi della gestione ordinaria sono aumentati di complessivi 763 mila euro. Tale incremento sconta le seguenti decisioni regionali:

\* Assegnazione del Personale operante presso altri Enti (Aso S. Croce e Carle e ASL CN2) per il Servizio 118 all'ASL CN1. Gli operatori del 118 suddetti hanno continuato ad operare presso gli altri Enti del SSR; il costo è stato assegnato all'ASL CN1, per un aggravio di 1,9 milioni di euro;

\* Tariffazione delle attività di laboratorio analisi svolte dall'ASO S. Croce e Carle senza applicazioni della scontistica previgente negli accordi con l'ASL CN1, nel pregresso regime di fatturazione. Tale operazione ha comportato un aggravio di circa 2,2 milioni di euro (aggregato Altri Servizi);

\* Aumento del budget di attività delle Case di cura convenzionate, per 0,512 milioni e, pertanto, non costituisce un vero incremento dei costi dipendente da scelte dell'ASL CN1.

Fra le voci che presentano uno scostamento più significativo rispetto all'esercizio precedente si segnalano, secondo l'ordine in cui vengono rappresentate nel Conto Economico Nuova Aggregazione (Grafico CENA, di cui alla tabella seguente):

\* La voce Recupero e Rimborsi, che presenta un aumento di 5.328 mila euro, dovuti principalmente all'assegnazione di 5.284 mila euro (in luogo dei precedenti 139 mila euro) dei rimborsi da pay back sui farmaci (assegnazione regionale). Tale voce non è comparabile al valore 2014;

\* La voce Acquisti e manutenzioni che presenta un incremento dell'2,25%, pari a 1.726 mila euro. L'aumento della voce Acquisti è stato causato principalmente dalla voce Farmaci, +4,26%, per euro 1.460 mila euro. I farmaci per distribuzione diretta sono aumentati del 4,30%,  
euro 822 mila rispetto al 2014;

\* La voce Farmaceutica (convenzionata), che riporta una riduzione dello 0,89%, ottenuta grazie al proseguimento delle iniziative di monitoraggio dei consumi intraprese dall'ASL CN1, fra cui l'attività di ulteriore sensibilizzazione dei medici di medicina generale e il potenziamento, anche nell'anno 2015, dell'utilizzo del canale di distribuzione diretta dei farmaci. La spesa pro-capite dell'ASL CN1 ha un valore particolarmente basso rispetto alle altre ASL Piemontesi;

\* La voce Oneri Finanziari, che riporta un'ulteriore riduzione dei costi (-8,73%, pari a 51 mila euro) dovuta alla riduzione di richieste di interessi di mora da parte dei fornitori e al minore utilizzo delle anticipazioni bancarie. L'incasso della quarta tranche del DL 35 2013 (70 milioni il primo luglio 2015) ha consentito all'ASL CN1 di rinunciare alla linea di fido di anticipazione straordinaria a far data dal 30 giugno 2015, di ridurre in misura consistente i propri debiti verso gli enti del Servizio Sanitario Regionale e di estinguere i mutui esistenti.

L'ASL ha proseguito la propria attività di analisi delle spese finalizzata alla riduzione dei costi nel costante mantenimento dei livelli essenziali di assistenza. L'attività di spending review, secondo quanto stabilito dal D.L. 78/2015, poi convertito, con modificazioni, in legge n. 125 del 14/08/2015, è stata immediatamente avviata nei confronti dei principali fornitori di beni e servizi. Di tali attività la Direzione ha informato il Collegio Sindacale, formalizzando il dettaglio delle azioni svolte con nota prot. 3784575 del 24/5/2016. Una parte dei risparmi conseguiti opera sull'esercizio 2015; il pieno effetto economico delle ricontrattazioni 2015 sarà apprezzabile sul conto economico 2016; complessivamente il risparmio conseguito, su base annua e a parità di quantità acquistata è già di circa 2 milioni di euro.



Il Bilancio di Esercizio 2015 esprime il pareggio costi-ricavi.

L'andamento aziendale viene sintetizzato confrontando gli aggregati di costo e di ricavo presenti nel Conto Economico Nuova Aggregazione (Grafico FEC), secondo lo schema utilizzato per le chiusure di bilancio trimestrali.

Voce di CE nuova aggregazione	Consuntivo 2014	Consuntivo 2013	Variazione fra Cons 2014 e Cons 2013	Variazione relativa Cons 2014 e Cons 2013
<i>Quota FSN</i>	655.001	657.859	- 2.858	-0,43%
<i>di cui storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	2.273	1.018	1.255	123,28%
<i>Quota FSN netto storno di quota di contributo da FSR in conto esercizio a contributo in c/capitale utilizzata per immobilizzazioni</i>	652.728	656.841	- 4.113	-0,63%
<i>STP</i>	345	401	-56	-13,97%
<i>Altri Contributi da Regione</i>	15.220	23.563	- 8.343	-35,41%
	<b>668.293</b>	<b>680.805</b>	<b>-12.512</b>	<b>-1,84%</b>
<i>Altri Contributi da altri enti pubblici</i>	5.094	35	5.059	14454,29%
<i>Contributi da privati</i>	346	214	132	61,68%
	<b>673.733</b>	<b>681.054</b>	<b>-7.321</b>	<b>-1,07%</b>
Ricavi per prestazioni	3.868	4.179	-311	-7,44%
Recuperi e rimborsi	2.430	4.965	- 2.535	-51,06%
Ticket	10.080	10.522	-442	-4,20%
Ricavi vari	2.261	2.059	202	9,81%
	<b>18.639</b>	<b>21.725</b>	<b>-3.086</b>	<b>-14,20%</b>
Ricavi intramoenia	4.610	4.135	475	11,49%
<b>Totale ricavi gestione ordinaria</b>	<b>696.982</b>	<b>706.914</b>	<b>-9.932</b>	<b>-1,40%</b>
Acquisti e manutenzioni	76.654	75.373	1.281	1,70%
Assistenza sanitaria di base	48.635	47.869	766	1,60%
Farmaceutica	50.840	52.194	-1.354	-2,59%
Specialistica	7.749	8.189	-440	-5,37%
Riabilitativa	17.414	17.297	117	0,68%
Integrativa	8.838	8.207	631	7,69%
Ospedaliera da privato (case di cura)	12.135	12.036	99	0,82%
Ospedaliera da privato (presidi)	-	-		
Altra assistenza	41.271	38.810	2.461	6,34%
Altri servizi	18.297	20.118	-1.821	-9,05%
Godimento di beni e servizi	5.394	6.524	-1.130	-17,32%
Voce di CE nuova aggregazione	Consuntivo 2014	Consuntivo 2013	Variazione fra Cons 2014 e Cons 2013	Variazione relativa Cons 2014 e Cons 2013
Personale dipendente	195.047	199.420	-4.373	-2,19%
Spese amministrative e generali	10.317	11.323	-1.006	-8,88%
Servizi appaltati	20.635	20.238	397	1,96%

Accantonamenti	6.633	6.971	-338	-4,85%
Imposte e tasse	14.623	14.875	-252	-1,69%
Oneri finanziari	584	4.121	-3.537	-85,83%
Variazione delle rimanenze	954	1.019	-65	-6,38%
Compartecipazioni personale intramoenia	3.625	3.380	245	7,25%
<b>Totale costi gestione ordinaria</b>	<b>539.645</b>	<b>547.964</b>	<b>-8.319</b>	<b>-1,52%</b>
<b>Risultato gestione ordinaria</b>	<b>157.337</b>	<b>158.950</b>	<b>-1.613</b>	<b>-1,01%</b>
Ricavi straordinari	5.319	1.007	4.312	428,20%
Costi straordinari	- 1.283	- 512	-771	150,59%
Mobilità attiva extra	6.466	6.970	-504	-7,23%
Mobilità passiva extra	- 12.764	- 12.282	-482	3,92%
Mobilità attiva INTRA	16.715	18.416	-1.701	-9,24%
Mobilità passiva intra	- 168.214	- 169.363	1.149	-0,68%
Costi capitalizzati E Rivalutazioni	6.834	7.544	-710	-9,41%
Ammortamenti	- 9.755	- 10.629	874	-8,22%
Svalutazioni	- 656	- 106	-550	518,87%
<b>Risultato di gestione</b>	<b>- 1</b>	<b>- 5</b>	<b>4</b>	
saldo ferie e straordinari maturati ma non goduti	-	34		
<b>Poste non monetarie come da MEF</b>	<b>-</b>		<b>0</b>	<b>0,00%</b>
<b>Risultato differenziale</b>	<b>- 1</b>	<b>29</b>	<b>-30</b>	<b>-103,45%</b>
<i>Dettaglio di alcune macro voci di costo - ricavo:</i>	Importo	Importo	Importo	Variazione %
Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze	77.608	76.392	1.216	1,59%
Acquisti e manutenzioni +/- rimanenze al netto beni integrativa e protesica	73.141	71.909	1.232	1,71%
Acquisti e manutenzioni - farmaci	42.381	43.864	-1.483	-3,38%
Farmaci	34.273	31.509	2.764	8,77%
<i>Di cui farmaci per distribuzione diretta</i>	19.101	16.184	2.917	18,02%
<i>Farmaceutica convenzionata + farmaci distribuzione diretta</i>	69.941	68.378	1.563	2,29%
Convenz.ni uniche medicina generale. Escluso medici conv. 118	44.334	43.500	834	1,92%
costo medici convenzionati 118 - emergenza-	4.301	4.369	-68	-1,56%
Specialistica - escluso costo medici spec.int "Sumai"	570	638	-68	-10,66%
costo medici spec.int "Sumai"	7.179	7.551	-372	-4,93%
Acquisto beni servizi noleggio integrativa protesica	13.915	14.512	-597	-4,11%
<b>Voce di CE nuova aggregazione</b>	<b>Consuntivo 2014</b>	<b>Consuntivo 2013</b>	<b>Variazione fra Cons 2014 e Cons 2013</b>	<b>Variazione relativa Cons 2014 e Cons 2013</b>
Personale ruolo sanitario (compreso interinale ed universitario)	153.256	156.942	-3.686	-2,35%
Personale ruolo professionale (compreso interinale)	765	869	-104	-11,97%

Personale ruolo tecnico (compreso interinale)	22.283	22.655	-372	-1,64%
Personale ruolo amministrativo (compreso interinale)	18.743	18.954	-211	-1,11%
Saldo mobilità interregionale (mobilità attiva-passiva)	- 6.298	- 5.312	-986	18,56%
Saldo mobilità intraregionale (mobilità attiva-passiva)	- 151.499	- 150.947	-552	0,37%
Altra assistenza meno rimborsi..trasferim.	36.003	34.107	1.896	5,56%
rimborsi..trasferimenti	5.268	4.703	565	12,01%

L'ASL CN1, in un contesto di continua riduzione dei finanziamenti conto capitale è riuscita, nonostante l'impatto economico derivante dall'applicazione dell'articolo 29 del D.Lgs 118/2011 s.m.i. (storno dei contributi in quota corrente, qualora destinati agli investimenti autofinanziati) a destinare ad investimenti autofinanziati l'importo di 3.796 mila euro per migliorare le condizioni di sicurezza e la qualità dell'assistenza prestata in ambito ospedaliero e territoriale.

Con deliberazione n. 330 del 23/12/2015 l'ASL CN1 ha adottato il bilancio di previsione 2016 versione zero, in forma di provvisorio tecnico.

Fra gli allegati del bilancio di previsione figura il piano di efficientamento sanitario, che indica azioni di contenimento dei costi, con un risultato atteso, negli esercizi 2015 e 2016, di complessivi 4,008 milioni.

L'obiettivo regionale, di cui alla DGR 12-2021 del 05/08/2015, pagina 16, colonna G1 "Obiettivo efficientamento 2016", a progressiva riduzione del fondo di riequilibrio, è di 2,781 mila euro.

Si riporta, nel seguito, il prospetto riepilogativo delle azioni di efficientamento previste.

	Tipo Manovra **	Impatto sui Ricavi ***	Impatto sui Costi ***	Saldo Netto in migliaia di euro
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C=A-B</b>
<b>A. Obiettivo di efficientamento 2016 *</b>				<b>2,781</b>
<b>B. Interventi di razionalizzazione dei fattori produttivi</b>				<b>-1,400</b>
Dettaglio delle azioni individuate				
1 Spending Review Acquisti	R	0	0,363	-0,363
2 Spending Review Economato	R	0	0,424	-0,424
3 Spending Review CED	R	0	0,160	-0,160
4 Spending Review Patrimonio	R	0	0,008	-0,008
5 Spending Review DAP (Amos)	R	0	0,345	-0,345
6 Spending Review DAP Trasporti	D	0	0,100	-0,100

<b>C. Interventi di sistema</b>				<b>-2,608</b>
Dettaglio delle azioni individuate				
7 Prepensionamenti pre-Fornero	R	0	0,678	-0,678
8 Attuazione DGR 13-2022 del 5 agosto 2015 Budget Ricoveri Case di Cura Convenzionate	R	0	0,522	-0,522
9 Attuazione DGR 13-2022 del 5 agosto 2015 Budget Ricoveri Case di Cura Convenzionate (mancata attivazione\utilizzo)	R	0	0,275	-0,275
10 Potenziamento distribuzione diretta alle RSA\RAF e alle Residenze Alberghiere. Ulteriori attività di sensibilizzazione dei medici di base.	R	0	-1,030	-1,030
11 Cogenerazione Ospedale Mondovì	A	0	0,095	-0,095
12 Internalizzazione servizi Amos	A	0	0	0
13 Recupero ticket da verifica esenzioni	R	0,08	0	-0,08

	<b>Tipo Manovra **</b>	<b>Impatto sui Ricavi ***</b>	<b>Impatto sui Costi ***</b>	<b>Saldo Netto in migliaia di euro</b>
		<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C=A-B</b>
14 Attivazione del numero unico per le situazioni di non urgenza 116117	A	0,151	0,151	0
15 Attivazione del numero unico europeo 112	A	0	0	0
<b>D. Check (A+B+C)</b>				<b>Risparmi per 4,008 milioni, a fronte di un obiettivo di 2,781. Saldo +1,227 (obiettivo superato)</b>

\* nella colonna "Saldo Netto" indicare con segno negativo ed in €/mln l'importo riportato nella DGR 12-2021 del 05/08/2015 a pagina 16 in colonna G1 "Obiettivo efficientamento 2016".

\*\* nella colonna Tipo Manovra indicare:

R: per attività in essere da rafforzare/sviluppare - A: per attività da avviare - D: per attività in essere da depotenziare

\*\*\*nella colonna Impatto sui Ricavi o Impatto sui Costi, indicare la variazione economica in €/mln della manovra identificata rispetto al dato economico rilevato nel consuntivo 2014. Pertanto nella variazione economica, si precisa che è necessario tener conto dell'eventuale effetto di trascinamento delle manovre avviate nel corso del 2014 e 2015, e anche delle variabili esogene che influenzano tali andamenti quali tra i più evidenti l'inflazione e l'IVA.

## Investimenti

L'investimento costituisce un fondamentale elemento di sviluppo dell'Azienda, che in questa materia si ispira ai principi di sostenibilità, armonizzazione per il raggiungimento degli obiettivi strategici, valutazione della "redditività in senso lato". La tabella sottostante dimostra lo sforzo della CN1 in questi anni di difficoltà economiche per sostenere il suo futuro.

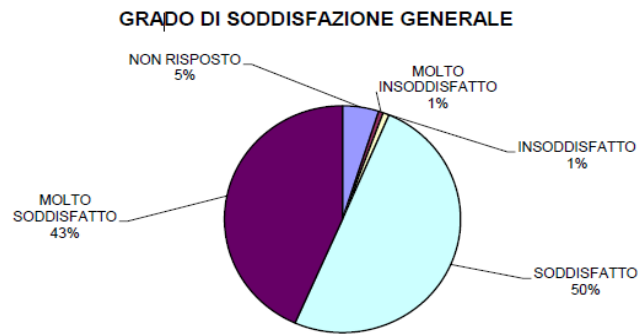
Anno	2012	2013	2014	2015
<b>SOFTWARE</b>	€ 287.658	€ 109.071	€ 89.150	€ 615.800
<b>SPESE INCREMENTATIVE SU BENI DI TERZI</b>	€ 351.548	€ 65.947	€ 6.166	€ 14.889
<b>FABBRICATI DISPONIBILI (MANUTENZIONE)</b>		€ 4.886.194		
<b>FABBRICATI INDISPONIBILI (MANUTENZIONE)</b>	€ 1.664.387	€ 389.470	€ 2.678.756	€ 1.371.738
<b>IMPIANTI E MACCHINARI</b>	€ 89.412	€ 33.245	€ 32.818	€ 1.586
<b>ATTREZZATURA SANITARIA</b>	€ 2.179.162	€ 1.026.254	€ 1.095.867	€ 1.377.131
<b>MOBILI E ARREDI</b>	€ 226.373	€ 39.591	€ 33.869	€ 142.489
<b>AUTOMEZZI</b>	€ 78.288	€ 720.908	€ 100.169	€ 315.713
<b>ALTRI BENI</b>	€ 329.927	€ 351.663	€ 366.990	€ 1.396.898
<b>GRANDI ATTREZZATURE SANITARIE</b>			€ 437.424	
<b>TOTALE INVESTIMENTI ANNO 2012</b>	€ 5.206.755			
<b>TOTALE INVESTIMENTI ANNO 2013</b>		€ 7.622.343		
<b>TOTALE INVESTIMENTI ANNO 2014</b>			€ 4.841.209	
<b>TOTALE INVESTIMENTI ANNO 2015</b>				€ 5.236.244

## Customer Satisfaction

L'indagine condotta nel 2014 per verificare la soddisfazione degli utenti con riferimento all'accessibilità dei servizi, agli aspetti relazionali, al confort ambientale e agli aspetti informativi ha restituito un risultato decisamente positivo.

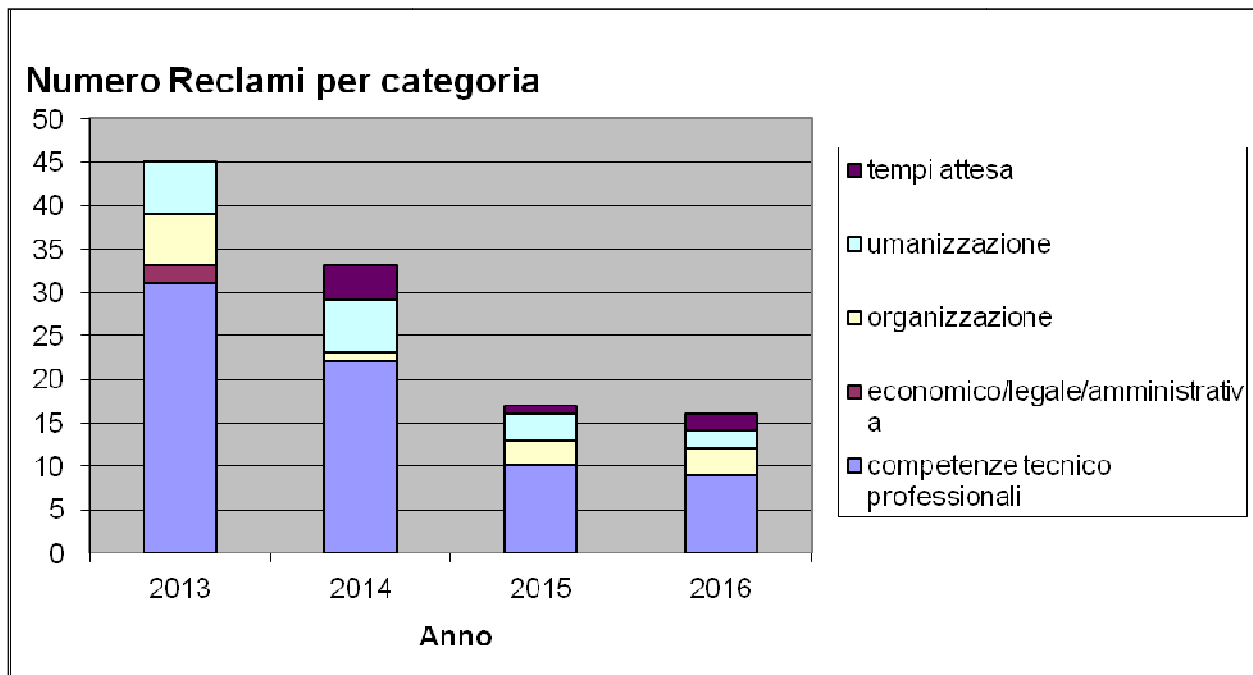
Degli 8.168 utenti che hanno compilato il questionario (cartaceo e on-line), il 50% si è dichiarato soddisfatto e il 43% addirittura molto soddisfatto. Solo un 2% dei partecipanti all'indagine ha espresso una valutazione negativa.

Il risultato è sintetizzato nell'immagine che segue.



### Reclami dei cittadini-utenti

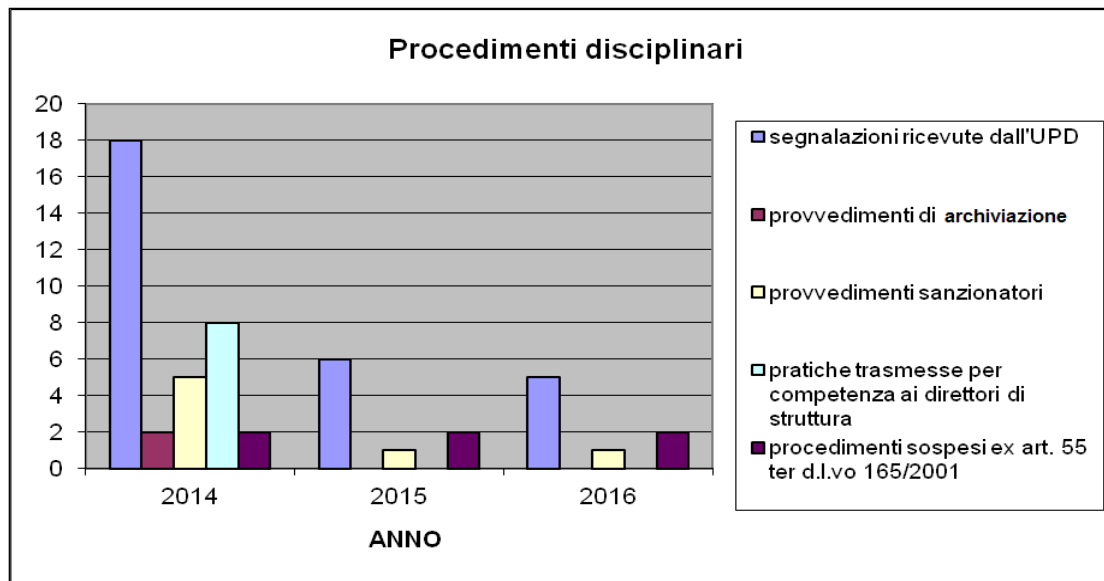
La ricezione e gestione dei reclami da parte dei cittadini e utenti è curata dall'URP attraverso una procedura che consente di optare tra diverse modalità di presentazione (verbale, presentata rivolgendosi direttamente agli sportelli o telefonicamente, a mezzo posta, fax e-mail). A decorrere dal 2014, l'URP è anche competente a ricevere segnalazioni di episodi di corruzione, cattiva amministrazione e conflitto di interessi in attuazione a quanto previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione. L'analisi dei dati disponibili alla data del 31 ottobre 2016 evidenzia una netta flessione dei reclami presentati all'URP che sono passati dai 45 del 2013 (pari ad una media mensile di 3,75), ai 34 del 2014 (pari ad una media mensile di 2,83), per poi ridursi ulteriormente nel 2015 e nel 2016, anni che hanno fatto registrare una contrazione significativa, con soli 17 reclami al 31 ottobre 2015 e 16 reclami al 31 ottobre 2016. Nell'istogramma vengono rappresentati i reclami pervenuti nell'ultimo quadriennio suddivisi in base alla categoria alla quale è riconducibile il loro oggetto.



### Procedimenti disciplinari

Analogo andamento positivo si registra con riferimento alle segnalazioni di illeciti disciplinari ricevute dall'UPD e ai conseguenti procedimenti avviati nei confronti del **personale dipendente**. Nel 2015 le segnalazioni sono state complessivamente 6, vale a dire un terzo rispetto a quelle ricevute nel 2014, che

ammontavano a 18. E' invece aumentato, rispetto al 2014, il numero dei provvedimenti sanzionatori adottati dall'UPD nel 2015, **che ricomprende anche i provvedimenti conclusivi di procedimenti avviati negli anni precedenti**. Il trend positivo è proseguito nel 2016, con un'ulteriore contrazione del numero delle segnalazioni, che si sono ridotte a 5.



Ancorchè la flessione del numero delle segnalazioni di illeciti disciplinari e, correlativamente, del numero di procedimenti avviati sia suscettibile di molteplici letture, non pare irrealistico ipotizzare che tale risultato sia in parte riconducibile agli effetti delle misure di prevenzione poste in essere a decorrere dal 2014.

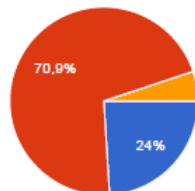
### Percezione della corruzione interna

E' stata recentemente condotta un'indagine interna, rivolta al personale dipendente e agli specialisti ambulatoriali convenzionati, che ha fatto registrare una significativa partecipazione da parte degli interessati, con 1253 questionari compilati, pari al 32% ca. dei destinatari. I risultati, sintetizzati nei grafici, hanno messo in evidenza una particolare sensibilità verso il fenomeno dell'illegalità e della corruzione, considerato da una quota rilevante di coloro che hanno compilato il questionario un problema del sistema sanitario e un fattore capace di incidere sull'ambiente di lavoro e sulla qualità ed efficienza dei servizi. L'indagine ha anche evidenziato una buona conoscenza dei contenuti del Codice di Comportamento Aziendale e confermato che le aree percepite come maggiormente a rischio sono quelle comuni a tutte le amministrazioni pubbliche, vale a dire appalti e contratti pubblici, assunzioni, nomine, affidamenti incarichi e progressioni di carriera. Rispetto a quelle già previste nel PTPC, è stata indicata come ulteriore area a rischio quella delle relazioni sindacali. Tra i numerosi suggerimenti relativi alle misure di prevenzione utilmente applicabili in azienda, i controlli mirati e la formazione valoriale rappresentano la quota più consistente.

# 1253 risposte

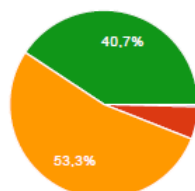
## Riepilogo

### Anagrafica - Area di appartenenza



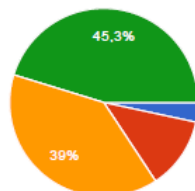
Dipendente area dirigenza	301	24%
Dipendente area comparto	888	70.9%
Personale convenzionato	64	5.1%

### 1) Quanto percepisci il tema delle illegalità e della corruzione come un problema del sistema sanitario?



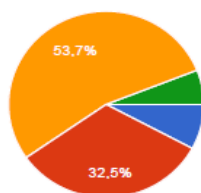
Per niente importante	5	0.4%
Poco importante	70	5.6%
Importante	668	53.3%
Molto importante	510	40.7%

### 2) In base alla tua esperienza, ritieni che l'illegalità e la corruzione abbiano delle ricadute dirette sull'ambiente di lavoro e sulla qualità ed efficienza dei servizi?



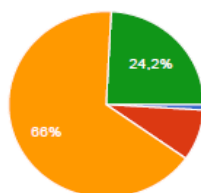
Per nulla	42	3.4%
Poco	155	12.4%
Abbastanza	489	39%
Molto	567	45.3%

### 3) Sei a conoscenza dei contenuti della legge 190 del 2012 sulla prevenzione della corruzione?



Per nulla	98	7.8%
Poco	407	32.5%
Abbastanza	673	53.7%
Completamente	75	6%

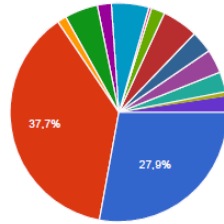
### 4) Sei a conoscenza dei contenuti del Codice di Comportamento aziendale?



Per nulla	12	1%
Poco	111	8.9%
Abbastanza	827	66%
Completamente	303	24.2%



5) Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell'attuale Piano di Prevenzione dell'ASL CN1 è l' area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità:



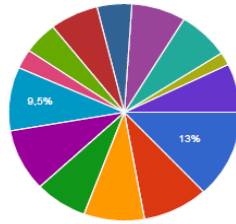
assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	349	27.9%
appalti e contratti pubblici	472	37.7%
concessioni e autorizzazioni	17	1.4%
rilevazione delle presenze e delle causali di assenza (con riferimento al c.d. fenomeno dell'assenteismo e dell'indebita fruizione di permessi retribuiti)	62	4.9%
erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	26	2.1%
vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	70	5.6%
affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	5	0.4%
delle entrate, delle spese e del patrimonio	25	2%
libera professione	67	5.3%
gestione prenotazioni e liste di attesa	41	3.3%
rapporti contrattuali con privati accreditati	44	3.5%
farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	37	3%
ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	8	0.6%
utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	30	2.4%

5 a) Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell'attuale Piano di Prevenzione dell'ASL CN1 è la seconda area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità:



assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	244	19.5%
appalti e contratti pubblici	236	18.8%
concessioni e autorizzazioni	81	6.5%
rilevazione delle presenze e delle causali di assenza (con riferimento al c.d. fenomeno dell'assenteismo e dell'indebita fruizione di permessi retribuiti)	110	8.8%
erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	68	5.4%
vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	79	6.3%
affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	18	1.4%
delle entrate, delle spese e del patrimonio	60	4.8%
libera professione	79	6.3%
gestione prenotazioni e liste di attesa	56	4.5%
rapporti contrattuali con privati accreditati	91	7.3%
farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	69	5.5%
ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	13	1%
utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	49	3.9%

5 b) Prova a indicare quella che secondo te, tra quelle previste nell'attuale Piano di Prevenzione dell'ASL CN1 è la terza area/attività a rischio più critica, sulla quale si dovrebbe intervenire con priorità:



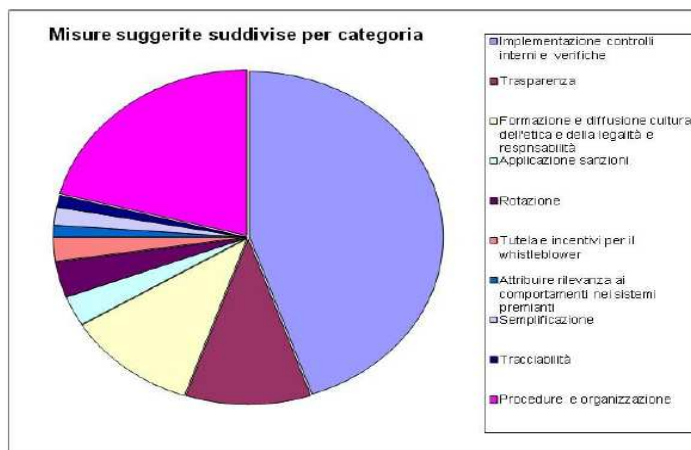
assunzioni, nomine, affidamenti incarichi, progressioni di carriera	163	13%
appalti e contratti pubblici	115	9.2%
concessioni e autorizzazioni	106	8.5%
rilevazione delle presenze e delle causali di assenza (con riferimento al c.d. fenomeno dell'assenteismo e dell'indebita fruizione di permessi retribuiti)	92	7.3%
erogazione di sovvenzioni, sussidi o attribuzione di altri vantaggi economici	116	9.3%
vigilanza, controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	119	9.5%
affari legali, contenzioso, procedimenti disciplinari	36	2.9%
delle entrate, delle spese e del patrimonio	60	4.8%
libera professione	85	6.8%
gestione prenotazioni e liste di attesa	61	4.9%
rapporti contrattuali con privati accreditati	95	7.6%
farmaceutica, protesica, dispositivi e altre tecnologie	90	7.2%
ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	24	1.9%
utilizzo mezzi, risorse aziendali e rimborsi spese	91	7.3%

6) Puoi indicare se ci sono ulteriori attività, oltre a quelle già elencate nella precedente domanda, che presentano delle criticità e che sarebbe quindi opportuno inserire nel Piano di Prevenzione dell'ASL?

Nell'ambito delle circa 130 attività indicate solo quella relativa alle relazioni sindacali non risulta attualmente riconducibile a quelle già inserite nel Piano di Prevenzione.

7) Hai in mente delle misure di prevenzione della corruzione/illegalità che ritieni potrebbero essere utilmente applicate nella nostra azienda?

Nel grafico vengono sintetizzate, suddivise per categorie, le 152 tipologie di misure suggerite da coloro che hanno risposto alla domanda.



## Conclusioni

L'analisi condotta ai fini della predisposizione del presente Piano evidenzia un contesto esterno caratterizzato dall'assenza di elementi critici capaci di influire negativamente sul livello di rischio corruttivo. All'opposto, le caratteristiche socio-economiche e culturali del territorio di riferimento rappresentano un punto di forza nella misura in cui costituiscono una sorta di barriera naturale al diffondersi e radicarsi di fenomeni, come quelli della criminalità organizzata e del degrado etico-culturale, che favoriscono il diffondersi della corruzione.

Analoghe considerazioni valgono per il contesto interno, che, al pari di quello esterno, non evidenzia criticità specifiche ed ulteriori rispetto a quelle tipicamente insiti nella natura dell'attività svolta nella tipologia dei processi posti in essere.

L'ASL opera, infatti, in un settore, quello dei servizi sanitari, che, come evidenziato dallo stesso Dipartimento della Funzione Pubblica e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, presenta caratteristiche del tutto peculiari in considerazione di fattori, quali l'entità delle risorse gestite e le particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti, utenti e ditte fornitrici, le relazioni tra attività istituzionali e libero professionali del personale medico e sanitario, che lo espongono a rischi specifici sotto il profilo delle potenziali fattispecie di illegalità che possono svilupparsi nel suo ambito. Trattasi, peraltro, di rischi comuni a tutte le aziende sanitarie che il peculiare contesto esterno e interno non contribuisce ad aggravare, ma all'opposto a mitigare.

Concorre inoltre a mitigare ulteriormente l'esposizione al rischio la circostanza che la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda sono presidiati da norme di legge, di livello statale e/o regionale, da regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali che disciplinano in modo puntuale tutte le fasi del processo, delimitando e riducendo l'ambito di discrezionalità e prevenendo, al contempo, la possibilità di errori involontari da parte degli operatori e dei funzionari.

Contribuisce a mitigare ulteriormente il rischio di fatti corruttivi, la gestione informatizzata della maggior parte dei processi attraverso applicativi che garantiscono la tracciabilità delle operazioni e dei soggetti responsabili e il monitoraggio costante della regolarità, anche sotto il profilo contabile e del rispetto dei vincoli di spesa, dei processi posti in essere.

Si inseriscono in questo alveo anche le numerose iniziative avviate per offrire servizi on-line agli utenti, fra le quali particolare rilievo assume l'attivazione presso l'azienda del "Fascicolo sanitario elettronico".

Concorrono, altresì, a rafforzare il sistema volto a presidiare la legalità, il Sistema di controlli interni e il Sistema Qualità già da tempo adottati dall'Azienda, l'attuazione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) e l'istituzione del Servizio Ispettivo.

<p><b>PUNTI DI FORZA</b> (Interni)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima interno caratterizzato da un generale buon livello di compliance verso i temi della legalità e dell'etica pubblica.</li> <li>• Elevato grado di informatizzazione dei processi maggiormente esposti a rischio.</li> <li>• Procedimentalizzazione di tutti i settori di attività.</li> <li>• Avvio del Percorso attuativo di Certificabilità (PAC).</li> <li>• Buona conoscenza da parte del personale dei contenuti del Codice di Comportamento.</li> <li>• Elevato livello di soddisfazione degli utenti esterni e interni per la qualità dei servizi offerti.</li> <li>• Adesione al Programma Nazionale Esiti (PNE) che, attraverso valutazioni comparative a livello nazionale sull'efficacia, la sicurezza, l'efficienza e la qualità delle cure, costituisce un importante strumento di miglioramento della performance.</li> <li>• Programmazione di iniziative mirate nell'ambito del Piano di Comunicazione.</li> <li>• Programmazione di iniziative specifiche nell'ambito del Piano Formativo.</li> </ul>	<p><b>PUNTI DI DEBOLEZZA</b> (Interni)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilità dell'assetto organizzativo, dovuto ai frequenti interventi normativi a livello nazionale e regionale, che compromette la definizione di una programmazione di medio periodo.</li> <li>• Resistenza all'attuazione di misure percepite come adempimenti burocratici.</li> <li>• Limitata conoscenza, da parte del personale, del contenuto del PTPC.</li> <li>• Mancanza di un servizio dedicato ai controlli di conformità.</li> <li>• Carenza di risorse da destinare all'attività di gestione del rischio e all'implementazione delle misure di prevenzione.</li> <li>• La complessità e le dimensioni, anche territoriali, dell'azienda ostacolano la comunicazione, la vigilanza, i controlli e lo sviluppo del senso di appartenenza.</li> </ul>
<p><b>OPPORTUNITA'</b> (Esterne)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Società civile attiva sul territorio.</li> <li>• Tessuto sociale culturalmente orientato al rispetto delle regole.</li> <li>• Istituzione di un tavolo regionale di coordinamento e confronto tra i RPC delle ASL/ASO del territorio regionale.</li> <li>• Attenzione e rivalutazione da parte delle istituzioni, della politica e dei media dell'importanza dell'etica pubblica.</li> </ul>	<p><b>MINACCE</b> (Esterne)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Complessità e carenza di coordinamento e coerenza della normativa.</li> <li>• Ridondanza e sovrapposizione di obblighi e adempimenti.</li> <li>• Interferenze e pressioni da parte di portatori di interessi particolari, individuali o di categoria.</li> <li>• Diffuso senso di sfiducia dei cittadini nei confronti della Pubblica Amministrazione e dei suoi operatori.</li> <li>• Condizionamenti culturali nei rapporti medico/paziente.</li> <li>• Retaggi culturali che inducono a considerare la segnalazione di comportamenti illeciti e di cattiva amministrazione come un atto di delazione, anziché come un atto di responsabilità e di manifestazione di senso civico.</li> </ul>

## 1.8 Obiettivi e azioni del Piano

Il PTPC è uno strumento di programmazione che viene adottato annualmente con l'obiettivo di fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, di individuare le aree di attività maggiormente esposte a tale tipo di rischio, a partire dalle attività che la legge n. 190/2012 già considera come tali (quelle previste dall'art.1, comma 16, lettere a),b),c) e d) e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso PTPC aziendale.

Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti dell'azienda, sono:

- **Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;**
- **Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;**
- **Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.**

Alla individuazione ed attuazione delle misure più idonee ed efficaci da adottare e alle attività di implementazione del Piano e di monitoraggio della sua effettiva realizzazione, concorrono pertanto i Dirigenti e tutto il personale, in uno con il Responsabile della prevenzione della corruzione e i Referenti anticorruzione delle macro-aree.

In dettaglio, il Piano della prevenzione della corruzione risponde alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività, tra le quali quelle di cui al comma 16 della legge 190/2012, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano nazionale anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'*articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*;
- b) definizione delle procedure per l'effettuazione di analisi, di valutazioni, di proposte, con i dirigenti e il personale addetto alle aree a più elevato rischio;
- c) definire le modalità di monitoraggio, del rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- d) rilevazione e adozione delle misure di contrasto rispetto a rischi identificati quali:
  - d1) introduzione/sviluppo di forme di controllo interno dirette a prevenire e consentire l'emersione della corruzione;
  - d2) meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
  - d3) valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività proceduralizzate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- e) effettiva attivazione della normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, ai sensi del comma 51 L. 190/2012, attraverso la previsione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- f) obblighi di informazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- g) definire le modalità di monitoraggio dei rapporti tra l'Amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell' amministrazione;
- h) adozione di misure che garantiscano:
  - h1) il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 L. 190/2012;
  - h2) l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra

cui dovrà rientrare il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;

**h3)** la diffusione delle disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, commi 49 e 50 L. 190/2012, e comma 16-ter dell'articolo 53 D.Lgs. 165/2001 come modificato, regole definite ulteriormente con il D.Lgs. 39 dell'8 aprile 2013;

**h4)** la diffusione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, come modificate dal comma 42 L.190/2012;

**h5)** la verifica della realizzazione del piano trasparenza come disciplinata dal 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", ivi comprese l'adozione del Piano della Trasparenza (come articolazione dello stesso Piano triennale anticorruzione), l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;

- i) la realizzazione, anche in collaborazione con la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, di specifiche attività di formazione del personale, con attenzione prioritaria al Responsabile anticorruzione dell'amministrazione, ai dirigenti amministrativi competenti e ai dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- j) l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano della Performance;
- k) la definizione delle modalità delle forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del Piano Triennale della Prevenzione, sia al momento dell'assunzione sia, per quelli in servizio, con cadenza periodica.

Le misure di gestione del rischio previste nel presente Piano ai fini della prevenzione e del contrasto della corruzione e dell'illegalità e della promozione dell'integrità, sia quelle obbligatorie per legge, specifiche e trasversali (trasparenza, codice di comportamento, incompatibilità e inconfiribilità, ecc), sia quelle ulteriori individuate in relazione ai rischi specifici, vengono recepite nell'ambito del Ciclo della Performance aziendale e negli aggiornamenti annuale del Piano della Performance.

Misure ed interventi organizzativi vanno considerati come strumenti da affinare e/o modificare ed integrare nel tempo, anche alla luce dei risultati conseguiti con la loro applicazione, così come previsto nelle Linee di indirizzo dd.13 marzo 2013 emanate dal Comitato Interministeriale e come ribadito nella Premessa.

Le azioni di prevenzione della corruzione programmate per il triennio 2017-2019 si pongono in continuità con quelle previste nei precedenti Piani e rispondono all'esigenza di consolidamento dell'esistente anche in considerazione delle modifiche organizzative intervenute nel corso del 2016 in attuazione del nuovo atto aziendale di cui alla deliberazione 259 del 10/11/2015.

## 1.9 Coordinamento con il ciclo della performance

Il Piano Nazionale Anticorruzione, al par. B 1.1.4, stabilisce che *"L'efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione"*. In particolare, *"Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera n. 6 del 2013 della C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:*

- alla performance,
- agli standard di qualità dei servizi,
- alla trasparenza,
- **al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.**

*E' dunque necessario un coordinamento tra il PTPC e gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché di quelli individuati dal d.lgs. n. 150 del 2009, ossia:*

- *il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. 150 del 2009);*
- *il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del d.lgs. 150 del 2009);*
- *la Programmazione della trasparenza.*

*La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all'inserimento dell'attività che pongono in essere per l'attuazione della legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nel P.P. Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del PTPC."*

La determinazione ANAC n. 12/2015 di aggiornamento al PNA ha inoltre precisato che *"Il lavoro di autoanalisi organizzativa per l'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 stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo"*.

L'art. 41, c. 1, lett. h), del d.lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell'art. 1 della legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale: *"L'Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L'Organismo medesimo riferisce all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza."*

In tale ottica, *"particolare attenzione deve essere posta alla coerenza tra PTPC e Piano della Performance sotto due profili: a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione; b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti"*.

Da quanto sopra discende che la prevenzione e il contrasto della corruzione di cui alla legge 190/2012 e la promozione della trasparenza e dell'integrità di cui al d.lgs. 33/2013 costituiscono obiettivi strategici dell'ASL CN1 e che, conseguentemente e coerentemente, l'Azienda provvederà annualmente ad individuare, su motivata proposta formulata dal RPC e dal Responsabile della Trasparenza anche sulla base delle eventuali criticità emerse all'esito del monitoraggio, specifici obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza da inserire sotto forma di obiettivi nel P.P. nel duplice versante della *performance* organizzativa e della *performance* individuale.

Del raggiungimento dei suddetti obiettivi (e dunque dell'esito della valutazione della *performance* organizzativa e individuale) in tema di contrasto del fenomeno della corruzione/illegalità occorrerà dare specificatamente conto nella Relazione della *performance* che, a norma dell'art. 10 d.lgs. 150/2009, dovrà evidenziare a consuntivo con riferimento all'anno precedente, i risultati organizzativi e individuali raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse, con rilevazione degli eventuali scostamenti.

**Tale Relazione deve essere trasmessa al Responsabile della prevenzione, al quale compete:**

- effettuare un'analisi per individuare le ragioni/cause che hanno determinato gli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuare, anche su proposta dei Referenti e dei Responsabili di struttura, eventuali azioni correttive, sia con riferimento alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori;
- inserire eventuali azioni correttive nell'ambito delle misure di implementazione/ miglioramento del Piano.

In conformità a quanto stabilito dalla delibera CIVIT 75/2013, recante “Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001”, l’ivi previsto coordinamento tra i contenuti del Codice di Comportamento e il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance viene assicurato attribuendo rilievo al rispetto del Codice ai fini della valutazione dei risultati conseguiti dal dipendente o dall’ufficio e verificando il controllo sull’attuazione e sul rispetto del Codice da parte dei responsabili di struttura e prendendo in considerazione i relativi risultati in sede di formulazione della proposta di valutazione annuale di cui all’art. 14, c. 4, lett. e), del d.lgs. 150/2009.

## SEZIONE 2 - SOGGETTI, COMPITI E RESPONSABILITA'

Concorrono alla realizzazione degli obiettivi di prevenzione dei fenomeni di corruzione e di illegalità e partecipano al processo di gestione del relativo rischio i seguenti soggetti:

### 2.1 Il Direttore Generale

- designa il Responsabile della Prevenzione della Corruzione<sup>3</sup> e il Responsabile per la Trasparenza e ne dà comunicazione all’Autorità Nazionale Anticorruzione;
- assicura al Responsabile della Prevenzione e al Responsabile della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento annuale e un adeguato supporto, mediante assegnazione di appropriate<sup>4</sup> risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio;
- dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell’incarico con piena autonomia ed effettività;
- definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano triennale per la prevenzione della corruzione;
- concorre alla definizione della strategia di prevenzione e alla individuazione delle relative misure e ne promuove l’attuazione;
- adotta, su proposta del Responsabile della Prevenzione e del Responsabile della Trasparenza, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i loro aggiornamenti annuali e li trasmette all’Autorità Nazionale Anticorruzione e alla Regione;
- adotta tutti i provvedimenti e gli atti che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quale, a titolo di esempio, il Codice di Comportamento aziendale;

<sup>3</sup> Ai sensi della Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, Il Responsabile della prevenzione della corruzione è nominato con deliberazione del Direttore Generale quale organo di indirizzo politico dell’Azienda. Il RPC di norma è individuato tra i dirigenti amministrativi di ruolo di prima fascia in servizio. La designazione deve essere comunicata all’Autorità Nazionale Anticorruzione unitamente all’indirizzo di posta elettronica del Responsabile medesimo. Non può essere nominato RPC il dirigente responsabile dell’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, in ragione del potenziale conflitto di interessi che può determinare la sovrapposizione tra le due figure. Non può essere nominato RPC un dirigente che sia stato destinatario di provvedimenti giudiziari di condanna per illeciti penali non colposi o di provvedimenti disciplinari e che non abbia dato dimostrazione nel tempo di comportamento integerrimo. L’incarico di RPC non può essere attribuito a dirigenti collocati nell’ambito della diretta collaborazione dell’organo di indirizzo politico dell’Azienda.

<sup>4</sup> Ai sensi della Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013, l’appropriatezza delle risorse va intesa non solo dal punto di vista quantitativo, ma anche qualitativo, dovendo assicurare la presenza di elevate professionalità, che dovranno essere destinatarie di specifica formazione.



- assicura la sostanziale coerenza e la rispondenza alla strategia di prevenzione di tutti gli atti di programmazione aziendale, garantendone il reale coordinamento e collegamento col PTPC;
- promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance, del merito, della trasparenza e della integrità.

## 2.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

A seguito della riassegnazione degli incarichi, avvenuta in attuazione del nuovo Atto aziendale, l'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione è stato attribuito al dott. Marco Fulcheri, unitamente all'incarico di Responsabile della Struttura Semplice Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali, a decorrere dal 1° gennaio 2017.

Il provvedimento di revoca dell'incarico amministrativo di vertice o dirigenziale conferito al soggetto cui sono state affidate le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione, comunque motivato, è comunicato all'Autorità Nazionale Anticorruzione che, entro 30 giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Qualora nei confronti del Responsabile della Prevenzione vengano avviati procedimenti disciplinari o penali, si procede alla revoca dell'incarico.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione:

### **a) ai sensi della legge 190/2012:**

- elabora e propone al Direttore Generale il Piano Triennale della prevenzione della corruzione;
- definisce le priorità di trattamento dei rischi;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità;
- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- verifica, d'intesa col Direttore/Responsabile di struttura competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività maggiormente esposte al rischio di corruzione;
- fatti salvi i diversi termini stabiliti dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica sul sito web dell'azienda una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette alla Direzione Generale e all'Autorità Nazionale Anticorruzione in allegato al Piano dell'anno successivo;
- riferisce sull'attività alla Direzione Generale su richiesta di quest'ultima e ogni qualvolta ne ravvisi l'opportunità;
- segnala all'organo di indirizzo politico e all'organismo indipendente di valutazione le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione;

### **b) ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013 e dell'intesa in sede di Conferenza unificata Stato – Regioni del 24 luglio 2013:**

- cura, anche attraverso le disposizioni del presente Piano, che nell'azienda siano rispettate le disposizioni del citato decreto in materia di inconferibilità e di incompatibilità degli incarichi;
- contesta all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui al citato decreto legislativo;
- segnala all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei Conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative, i casi di possibile violazione

del citato decreto legislativo;

**c) ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. n. 62/2013:**

- cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati;

**d) ai sensi del Piano Nazionale Anticorruzione 2016:**

- sollecita l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA);

### **2.2.1 Prerogative del Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Per l'espletamento dei suoi compiti, il Responsabile della prevenzione della corruzione è investito di tutti i poteri di iniziativa e controllo su ogni attività aziendale e su ogni livello del personale e, in particolare, gli viene attribuita la facoltà di:

- effettuare, in qualsiasi momento, verifiche e chiedere atti, documenti e delucidazioni a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità;
- accedere ad ogni tipologia di documento o dato aziendale rilevante in relazione all'esercizio delle sue funzioni;
- avvalersi della collaborazione di qualsiasi struttura e professionalità presente nell'azienda.

### **2.2.2 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Nella definizione della strategia di prevenzione, assume un ruolo centrale la tempestiva e completa trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutti gli elementi, dati e informazioni che gli consentono di avere contezza di eventi o fattori sintomatici di potenziali situazioni patologiche e di definire le conseguenti misure correttive per rafforzare il sistema di prevenzione.

A tal fine, i Responsabili di Struttura e i Referenti delle macro-aree devono curare la tempestiva trasmissione al Responsabile della Prevenzione di tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti nei confronti del personale dipendente o convenzionato o comunque operante presso l'ASL per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- atti di contestazione di illeciti disciplinari e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione e relative motivazioni;
- richieste stragiudiziali e azioni giudiziarie di risarcimento, escluse quelle inerenti la responsabilità medica, salvo che ricorra l'elemento soggettivo del dolo;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali o libero-professionali intra-moenia o nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale;
- transazioni concluse o ancora in corso di definizione, con menzione dell'oggetto;
- l'adozione di provvedimenti di autotutela e i motivi posti a fondamento dei medesimi;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti;

- rilievi del Collegio Sindacale;
- relazioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti di natura corruttiva o altri illeciti che possono configurare responsabilità disciplinare e/o erariale o comunque rilevanti ai fini della valutazione del rischio corruttivo;
- segnalazioni/denunce alla Corte dei Conti e alla Procura della Repubblica da parte dell'ASL nei confronti del personale dipendente, convenzionato o comunque operante presso l'ASL;
- ogni altra informazione concernente i contenziosi - amministrativi, civili, inclusi quelli in materia di lavoro - definiti o pendenti, in cui l'ASL CN1 sia parte ricorrente/attore o parte resistente/convenuta, con i motivi posti a fondamento della domanda, sintomatici di possibili aspetti patologici dell'azione amministrativa.

I Referenti individuati nel successivo capitolo, i Responsabili delle strutture di supporto e tutti i Responsabili delle altre articolazioni aziendali sono tenuti ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della responsabilità disciplinare.

### **2.2.3 Modalità di comunicazione**

Tutte le comunicazioni di carattere non informale con il Responsabile della Prevenzione, quali trasmissioni di atti, dati, documenti, relazioni, devono avvenire attraverso l'apposita casella e-mail [responsabile.anticorruzione@aslcn1.it](mailto:responsabile.anticorruzione@aslcn1.it). Le comunicazioni riguardanti la gestione dei rischi dei processi di pertinenza delle varie strutture devono avvenire tramite l'apposita funzionalità prevista dal software dedicato.

Per le segnalazioni da parte dei dipendenti di fatti e comportamenti illeciti o comunque contrari alle norme del Codice di comportamento è istituita l'apposita casella e-mail [whistleblowing@aslcn1.it](mailto:whistleblowing@aslcn1.it)

L'ASL garantisce ai dipendenti che segnalano fatti e comportamenti illeciti la riservatezza sulla loro identità e adeguate forme di tutela da possibili ritorsioni o discriminazioni secondo quanto più approfonditamente previsto nell'apposita sezione del presente Piano e nella procedura "Whistleblowing Policy" pubblicata sul sito internet e sulla intranet nella sezione "Anticorruzione", alla quale si rinvia.

Per converso, l'utilizzo improprio dell'istituto della segnalazione e, più in generale, i comportamenti volti esclusivamente a rallentare l'attività del Responsabile della prevenzione, saranno fonte di responsabilità in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, ove ne ricorrano i presupposti.

### **2.3 Il Responsabile della Trasparenza**

Il Direttore Generale, con deliberazione n. 135 del 02/04/2013, ha individuato quale Responsabile della Trasparenza il Dirigente Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità:

- svolge le funzioni indicate dall'art. 43 del d.lgs. 33/2013;
- raccorda la propria attività con quella svolta dal Responsabile della prevenzione, anche ai fini del coordinamento tra il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e la Programmazione della trasparenza.

## 2.4 I Referenti per la Prevenzione della Corruzione

A seguito del nuovo assetto organizzativo, determinato dall'Atto aziendale approvato con la citata DGR del novembre 2015 vengono individuati come **Referenti Aziendali per la Prevenzione della Corruzione** i Dirigenti responsabili delle sotto indicate macro-aree:

<b>ARTICOLAZIONE AZIENDALE DI PERTINENZA</b>	<b>REFERENTE RUOLO SANITARIO/ TECNICO-PROF.LE</b>	<b>REFERENTE RUOLO AMMINISTRATIVO</b>
<b>DIPARTIMENTO E STRUTTURE SOVRAZONALI DI PREVENZIONE</b>	<i>DIRETTORE DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE E DIRETTORE DIPSA</i>	<i>RESPONSABILE SSD DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</i>
<b>STRUTTURE AMMINISTRATIVE/ TECNICHE/ PROFESSIONALI</b>	<i>DIRETTORE DELLA SC TECNICO E DIRETTORE DELLA S.C. SISTEMA INFORMATIVO DIREZIONALE</i>	<i>DIRETTORI DELLE SS E SC ACQUISTI - BILANCIO E CONTABILITA' - SEGRETERIA GENERALE - GESTIONE RISORSE UMANE - LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDII OSPEDALIERI</i>
<b>COORDINAMENTO DEI PRESIDII OSPEDALIERI E STRUTTURE OSPEDALIERE/ SPECIALISTICA AMBULATORIALE/ EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE</b>	<i>RESPONSABILE COORDINAMENTO PRESIDII OSPEDALIERI E DIRETTORE DIPSA</i>	<i>DIRETTORE S.C. LOGISTICA E DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI PRESIDII OSPEDALIERI</i>
<b>ATTIVITA' DISTRETTUALI/ SANITARIE TERRITORIALI/ FARMACEUTICA TERRITORIALE</b>	<i>COORDINATORE DEI DISTRETTI E DIRETTORE DIPSA</i>	<i>RESPONSABILE SS DIREZIONE AMMINISTRATIVA DEI DISTRETTI</i>

Compito fondamentale dei Referenti è quello di assicurare il raccordo tra il Responsabile della Prevenzione e tutti i Responsabili e Dirigenti delle articolazioni aziendali ricomprese nelle macro-aree di rispettiva pertinenza e di concorrere alla tempestiva e puntuale attuazione delle disposizioni e prescrizioni in materia di anticorruzione mediante l'esercizio di funzioni di informazione, impulso, verifica e controllo e l'adozione di ogni altra idonea iniziativa.

Ai Referenti compete, in particolare:

- cooperare alla gestione del rischio;
- assicurare un efficace flusso informativo tra il RPC e i Responsabili delle articolazioni aziendali;
- verificare l'efficacia e l'idoneità del Piano e proporre eventuali modifiche o integrazioni;
- formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e procedure e di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- vigilare, anche mediante verifiche e controlli a campione, sull'effettiva attuazione del Piano nell'ambito delle macro-aree di rispettiva competenza e segnalare tempestivamente al RPC eventuali criticità e, in particolare, ogni fatto di natura corruttiva o situazione che possa rappresentare un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;

- cooperare col Responsabile ai fini della definizione dei fabbisogni formativi e della selezione del personale da inserire nei relativi percorsi;
- cooperare ai fini dell'individuazione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio nelle aree maggiormente esposte;
- monitorare l'attività svolta dai Responsabili e Dirigenti delle strutture ricomprese nella macro-area di competenza, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale, segnalando tempestivamente al Responsabile della Prevenzione ogni irregolarità o criticità riscontrata.

I Referenti possono avvalersi del supporto di collaboratori, ma le relative funzioni non sono delegabili. I nominativi dei Referenti delle macro-aree sono pubblicati nel sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente-Altri contenuti-Corruzione".

## 2.5 Il Responsabile dell'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti (RASA)

Il Responsabile dell'Anagrafe delle Stazioni Appaltanti è preposto all'iscrizione ed all'aggiornamento dei dati inseriti per la CN1 nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA).

Il RASA è stato individuato dall'Amministrazione con DDG. n. 25 del 27 gennaio 2017, nella Responsabile della S.S. Bandi di Gara e Contratti, Avv. Maura Acchiardi.

## 2.6 Strutture di supporto

Per le attività amministrative il RPC si avvale del supporto della struttura di appartenenza.

Tutte le strutture aziendali sono tenute, nell'ambito delle materie di propria competenza, ad assicurare al RPC il supporto operativo e professionale necessario all'esercizio delle sue funzioni.

## 2.7 Dirigenti

Hanno un ruolo centrale ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione e diffusione della cultura della legalità e del rispetto delle regole nella loro dimensione di valori funzionali al miglioramento dell'efficienza dei servizi, della qualità delle prestazioni e dei rapporti con gli utenti e fra dipendenti.

In tale prospettiva, l'approccio dei Dirigenti Responsabili delle articolazioni aziendali deve essere *in primis* finalizzato al conseguimento del pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti assegnati alle strutture di rispettiva competenza nel processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione e di promozione della legalità.

I Dirigenti esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e funzioni:

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.l.gs 165/2001; art. 20 DPR n. 3/1957; art. 1, c. 3, legge n. 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di prevenzione e gestione del rischio di corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo (art. 16 d.lgs. 165/2001; art. 8 DPR. 62/2013 e art. 8 Codice di comportamento aziendale);
- propongono misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e illegalità e ne controllano il rispetto da parte dei dipendenti della struttura cui sono preposti (art. 16 d.lgs. 165/2001);
- osservano e vigilano sull'osservanza, da parte del personale assegnato alla struttura di rispettiva pertinenza, delle norme dei Codici di Comportamento generale e aziendale e delle misure del presente Piano, rilevano e comunicano tempestivamente al Responsabile della prevenzione e all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari eventuali violazioni (art. 1, comma 14 legge 190/2012; art. 13 DPR n. 62/2013 e art. 13 Codice di comportamento aziendale);
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione

svolte nella struttura cui sono preposti e, nell'ipotesi di violazioni integranti fattispecie di natura corruttiva, adottano i conseguenti provvedimenti gestionali di competenza, quali l'esercizio dell'azione disciplinare e l'adozione degli atti preordinati all'applicazione delle misure della sospensione e della rotazione (artt. 16 e 55 bis d.l.gs. 165/2001);

- propongono le iniziative da inserire nel Piano di formazione e i nominativi del personale con priorità di formazione;
- i Dirigenti responsabili di struttura individuano almeno un **referente interno** col compito di sovrintendere e coordinare le attività e gli adempimenti in materia di anticorruzione nell'ambito della struttura cui sono preposti.

## 2.8 L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno

- partecipano al processo di gestione del rischio attraverso la formulazione di pareri e proposte e attribuendo concreta rilevanza ai rischi e alle azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti ai medesimi (PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2).

All'OIV, compete, inoltre:

- verificare, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.
- verificare i contenuti della Relazione del RPC in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l'Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti.
- riferire all'Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- esprimere parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di Comportamento aziendale;
- svolgere un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice di Comportamento, riferendone nella relazione annuale di cui all'art. 14, comma 4, lett. a) del d.lgs 150/2009;
- attestare l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza, secondo le linee guida fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione.

## 2.9 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)

- svolge i procedimenti disciplinari rientranti nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. 165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 DPR. 3/1957; art. 1, c. 1, legge 20/1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'aggiornamento del Codice di Comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di Comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari può chiedere parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett. d), della legge 190/2012;
- svolge le attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della Prevenzione, di monitoraggio previste dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di Comportamento aziendale.

## 2.10 I dipendenti dell'amministrazione

- partecipano al processo di gestione del rischio e prestano la loro collaborazione al RPC (art. 8 Codici di Comportamento generale e aziendale; PNA, All.to 1, par. A.2 e par. B.1.2);

- osservano le misure e prescrizioni contenute nel Piano (art. 1, c. 14, legge 190/2012; art. 8 Codici di Comportamento generale e aziendale), incluse le disposizioni del Codice di Comportamento e del Regolamento sull'esercizio delle attività extra-istituzionali;
- segnalano tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al Responsabile della Prevenzione le situazioni di illecito ( art. 54 bis d.lgs. 165/2001 e art. 8 Codici di comportamento

generale e aziendale), i casi di personale conflitto di interesse (art. 6 bis legge 241/1990 e artt. 6 e 7 Codici di Comportamento generale e aziendale) e le anomalie riscontrate nell'ambito dell'istruttoria o del processo di adozione di un atto.

## **2.11 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione**

- osservano le misure e le prescrizioni contenute nel Piano e segnalano le situazioni di illecito al Responsabile della struttura cui afferiscono o al RPC o all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (artt. 2 e 8 DPR 62/2013; PNA, All.to A.2).

## **SEZIONE 3 - LE RESPONSABILITA'**

### **3.1 Responsabilità del Direttore Generale**

Ai sensi dell'art. 19, comma 5, lett. b), del D.L. 90/2014, convertito con modificazioni nella legge 114/2014, nei casi di omessa adozione, da parte del soggetto obbligato, dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione, della Programmazione della Trasparenza e dei Codici di Comportamento, l'ANAC applica, nel rispetto delle norme previste dalla legge 24 novembre 1981, n. 689, una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000 e non superiore nel massimo a euro 10.000<sup>5</sup>.

### **3.2 Responsabilità del Responsabile della Prevenzione**

A fronte dei compiti che la legge attribuisce al Responsabile sono previste consistenti responsabilità in caso di inadempimento, in particolare:

- ai sensi dell'art. 1, comma 12, della legge 190/2012: *"In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:*

*a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10 del presente articolo;*

<sup>5</sup> Ai sensi del "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento" del 9 settembre 2014, art. 1, comma 1, lett. g), *"Equivale a omessa adozione: a) l'approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimento degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di comportamento di amministrazione; b) l'approvazione di un provvedimento il cui contenuto riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata; c) l'approvazione di un provvedimento privo di misure per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete di attuazione degli obblighi di pubblicazione di cui alla disciplina vigente, meramente riproduttivo del Codice di comportamento emanato con il decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62"*.

b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.”;

- ai sensi dell'art. 1, comma 14, medesima legge: *“In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il responsabile individuato ai sensi del comma 7 del presente articolo risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare, salvo che provi di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano”.*

La responsabilità è esclusa ove l'inadempimento degli obblighi posti a suo carico sia dipeso da causa non imputabile al Responsabile della Prevenzione.

### **3.3 Responsabilità dei dipendenti**

Con riferimento alle rispettive competenze, la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previste dal presente Piano e delle regole di condotta previste nei Codici di Comportamento da parte dei dipendenti dell'azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

I Referenti delle Macro-aree, i Responsabili di struttura e i Dirigenti sono altresì responsabili in caso di inadempimento degli obblighi di controllo e vigilanza posti a loro carico dal presente Piano e dai Codici di Comportamento.

Alle violazioni di natura disciplinare si applicano, nel rispetto dei principi di gradualità e proporzionalità, le sanzioni previste dai CCNL e dai CI con riferimento a ciascuna categoria, pubblicati sulla pagina web “Amministrazione Trasparente” dell'ASL, nella sezione “Disposizioni generali” e nel Regolamento aziendale n. 466 del 19/12/2016, che viene pubblicato sulla intranet nella sezione “Servizio Legale”.

Il procedimento di applicazione delle sanzioni, così come disciplinato dal d.lgs. 165/2001 e dal citato regolamento aziendale, garantisce il rispetto dei principi del contraddittorio e del diritto di difesa dell'incolpato.

L'irrogazione di una sanzione disciplinare rileva:

- ✓ ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dei provvedimenti in materia di svolgimento di incarichi o attività extra-istituzionali;
- ✓ ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato/produttività collettiva, per la parte correlata alla valutazione della performance individuale, in coerenza con le previsioni dell'art. 8, comma 3, lett. a), del Codice di comportamento aziendale;

Ai predetti fini, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari comunica i provvedimenti di applicazione delle sanzioni disciplinari alle strutture competenti all'adozione dei provvedimenti nelle suddette materie.

### **3.4 Provvedimenti nei confronti del personale convenzionato, dei collaboratori a qualsiasi titolo e dei dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi**

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento aziendale applicabili al personale convenzionato, ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'ASL o in nome e per conto della stessa sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

E' fatta salva l'eventuale richiesta di risarcimento qualora da tale comportamento siano derivati danni all'Azienda, anche sotto il profilo reputazionale.



## SEZIONE 4 - LA GESTIONE DEL RISCHIO

### 4.1 Principi per la gestione del rischio (tratti da UNI ISO 31000:2010)

Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, un'organizzazione dovrebbe, a tutti i livelli, seguire i principi riportati qui di seguito.

#### **a) La gestione del rischio crea e protegge il valore.**

La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.

#### **b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione.**

La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

#### **c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale.**

La gestione del rischio non è un'attività meramente ricognitiva, ma deve supportare concretamente la gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e deve interessare tutti i livelli organizzativi.

La gestione del rischio: aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative; implica l'assunzione di responsabilità in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi. Le scelte in tal senso e le relative responsabilità riguardano, in particolare gli organi di indirizzo, i responsabili di struttura e il RPC.

#### **d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza.**

La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata. Non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive ed è ispirata al criterio della prudenza.

#### **e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva.**

Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili. E' realizzata assicurando l'integrazione con gli altri processi di programmazione e gestione.

#### **f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili.**

Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenere conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

#### **g) La gestione del rischio è "su misura".**

La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

#### **h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali.**

Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

**i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva.**

Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

**j) La gestione del rischio è dinamica.**

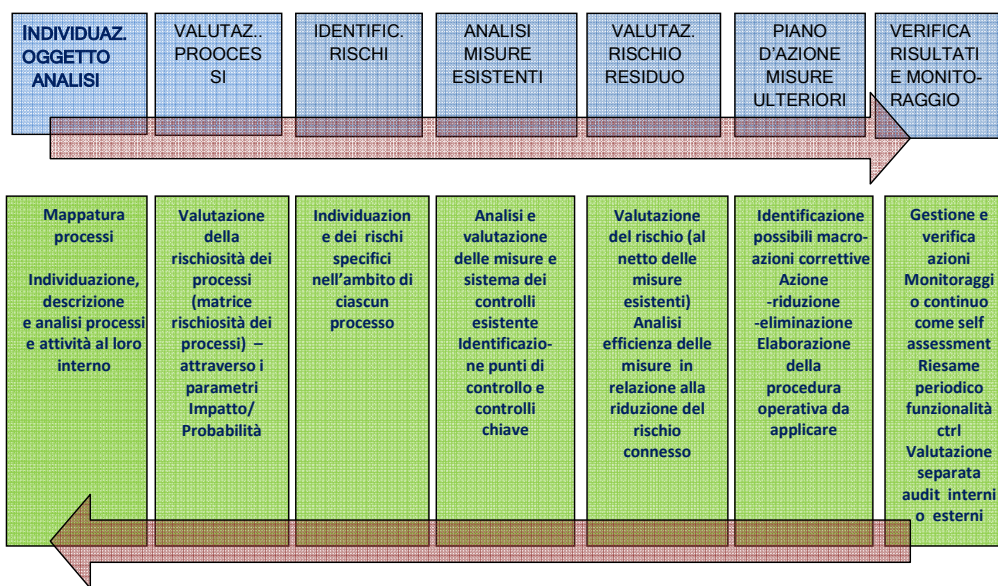
La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano ed altri scompaiono.

**k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.**

La gestione del rischio è un processo di miglioramento continuo e graduale: da un lato, deve tendere alla completezza e al massimo rigore nella analisi, valutazione e trattamento del rischio; dall'altro, dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi.

**4.2 Il processo di gestione del rischio**

Il sistema di gestione del rischio adottato dall'ASL CN1 si basa sul modello previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione che, nel rispetto dei sopra riportati principi, si sviluppa in un processo dinamico e ciclico rappresentato nel seguente schema:



L'intero processo di gestione del rischio, come definito e concretamente attuato dall'ASL CN1, si fonda sulla partecipazione ed il coinvolgimento, oltre che dei Referenti, dei Responsabili, dei Dirigenti delle strutture aziendali e dei titolari di posizioni organizzative, di tutti coloro che in concreto svolgono le attività oggetto di analisi.

Le singole fasi in cui si articola sono state descritte in dettaglio nelle istruzioni operative adottate secondo il "Sistema Qualità" per supportare e orientare in modo univoco l'attività di gestione del rischio da parte delle strutture coinvolte (pubblicate nella sezione "Anticorruzione" del sito internet e della rete intranet dell'ASL).

Allo stesso fine, nel corso del 2015, è stato installato e attivato un software che consente la gestione informatizzata di tutte le fasi del processo di gestione del rischio, le cui funzionalità rispondono ai contenuti del PNA e del relativo aggiornamento.

L'impiego del sistema informatico migliora la qualità del processo in quanto rende maggiormente consapevoli i soggetti e le strutture coinvolte del rispettivo ruolo e dei conseguenti compiti e garantisce la tracciabilità e il monitoraggio costante delle attività poste in essere in attuazione del Piano e delle relative misure di prevenzione.

Attraverso il sistema vengono gestite a livello decentrato le seguenti fasi:

- 1. mappatura dei processi:** per ogni processo/sottoprocesso/fase di processo viene compilata, a cura delle strutture, una scheda contenente le principali informazioni (area di rischio di riferimento; struttura e soggetti responsabili; descrizione; norme, procedure, controlli) alla quale viene allegata una scheda di mappatura dettagliata contenente l'indicazione dell'input e dell'output, delle fasi, dei tempi dei vincoli e delle interrelazioni tra i processi. La mappatura viene completata allegando la rappresentazione grafica del processo/sottoprocesso/fase ((flow chart) e i documenti contenenti la disciplina applicabile, quali regolamenti interni, procedure, istruzioni operative.

Per la predisposizione del presente Piano sono state analizzate tutte le attività presenti in azienda attraverso la valutazione di 141 processi e 354 sottoprocessi/fasi.

E' tuttavia intenzione dell'Azienda raggiungere un maggior livello di profondità nella mappatura delle proprie attività, al fine di migliorare la strategia di prevenzione.

In tale prospettiva, tenuto altresì conto delle dimensioni e della complessità dell'Azienda e dei numerosi processi in cui si articola l'attività dalla medesima espletata, nonché della recente attivazione del sistema informatizzato di gestione del rischio e della prevista attuazione, nel corso del 2016, del nuovo Atto Aziendale, che ha inciso sensibilmente sull'assetto organizzativo aziendale e sulla distribuzione delle competenze e delle funzioni e, conseguentemente, sulla stessa titolarità dei processi, l'attività di analisi dei processi e relativi rischi, col sopra descritto livello di profondità ed accuratezza, verrà proseguita e completata nel 2017.

- 2. valutazione dei rischi:** è la macro fase in cui il rischio viene identificato, analizzato e confrontato con altri rischi, al fine di definire le priorità di intervento.

**2.1 identificazione dei rischi e dei fattori abilitanti:** il sistema informatico prevede un catalogo dei rischi elaborato sulla base dei rischi già identificati nel biennio 2013-2014 con possibilità di nuovi inserimenti. Ad ogni processo/sottoprocesso/fase di processo vengono associati, selezionandoli dal catalogo o provvedendo ad un nuovo inserimento, uno o più rischi. Per ciascun rischio vengono inoltre indicati, selezionandoli dalla lista proposta o provvedendo ad un nuovo inserimento, i fattori abilitanti. La lista dei fattori abilitanti è stata formata sulla base delle indicazioni contenute nell'aggiornamento 2015 al PNA.

**2.2 analisi dei rischi:** viene effettuata con riferimento ad ogni rischio associato ad un determinato processo/sottoprocesso/fase di processo tramite la rilevazione di indici di probabilità ed impatto operata sulla base dei fattori definiti tenendo conto sia delle indicazioni contenute nell'allegato 5 del PNA, sia di quelle fornite nella determinazione ANAC di aggiornamento del medesimo, sia delle specificità del contesto di riferimento.

Particolare rilevanza assumono in questa fase i c.d. eventi sentinella noti, quali: sentenze pronunciate dalla Corte dei Conti negli ultimi 5 anni a carico di dipendenti; pronunce di risarcimento del danno nei confronti dell'ASL per la medesima tipologia di evento o tipologie analoghe; contenziosi e/o segnalazioni; procedimenti penali; provvedimenti e procedimenti disciplinari; esiti di controlli interni ed esterni; evidenza sui media.

Si riportano di seguito gli indici di probabilità e impatto e i fattori utilizzati per la valutazione con i punteggi associati a ciascuna risposta.

<b>VALUTAZIONE DELLA RISCHIOSITA' DEL PROCESSO</b>	
<b>A. INDICI DI VALUTAZIONE DELLA PROBABILITA'</b>	
<b>Domanda A1: Discrezionalità</b>	
<b>Il processo è discrezionale?</b>	
No, è del tutto vincolato	1
E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari, procedure interne)	2
E' parzialmente vincolato solo dalla legge	3
E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari, procedure interne)	4
E' altamente discrezionale	5
<b>Domanda A2: Rilevanza esterna</b>	
<b>Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'amministrazione di riferimento?</b>	
No, ha come destinatario finale un ufficio interno	2
Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni alla P.A. di riferimento o ai dipendenti o al personale convenzionato	5
<b>Domanda A3: Valore economico</b>	
<b>Qual è la rilevanza economica del processo?</b>	
Ha rilevanza esclusivamente interna	1
Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti interni o esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti)	3
Comporta l'attribuzione di considerevoli vantaggi a soggetti interni o esterni (es.: affidamento di appalto)	5
<b>Domanda A4: Controlli</b>	
<b>Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?</b>	
Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione	1
Sì, è molto efficace	2
Sì, per una percentuale approssimativa del 50%	3
Sì, ma solo in parte	4
No, il rischio rimane indifferente	5
<b>Domanda A5: Precedenti</b>	
<b>Negli ultimi 5 anni ci sono stati procedimenti giudiziari/disciplinari, contestazioni, rilievi, segnalazioni o reclami con riferimento alla medesima tipologia di evento o a tipologia analoghe?</b>	
Sì, sono stati avviati procedimenti da parte dell'Autorità giudiziaria penale e/o da parte della Corte dei Conti	5
Sì, sono stati avviati procedimenti in sede giudiziaria davanti al Giudice civile, al TAR o al Consiglio di Stato	4
Sì, sono stati avviati procedimenti disciplinari per irregolarità/violazioni che non hanno rilevanza penale e/o erariale	3

<p>Sì, ci sono stati rilievi da parte di Organi di controllo, contestazioni, segnalazioni o reclami per irregolarità/violazioni prive di rilevanza penale e/o erariale e/o disciplinare</p>	2
<p>No, non ci sono stati o non sono noti dei precedenti</p>	1
<b>B. INDICI DI VALUZIONE DELL' IMPATTO</b>	
<b>Domanda B1: Impatto economico-patrimoniale ed extra-patrimoniale</b>	
<b>Quali conseguenze dannose determina il verificarsi dell'evento?</b>	
<p>Un pregiudizio economico per l'Azienda</p>	1
<p>Un pregiudizio economico per l'Azienda e/o l'utente/assistito</p>	2
<p>Un pregiudizio all'immagine dell'Azienda, solo o associato ad un pregiudizio economico</p>	3
<p>Un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, solo o associato ad un pregiudizio economico e/o reputazionale</p>	4
<p>Un pregiudizio a beni/interessi fondamentali dei cittadini/utenti, quali la salute, la sicurezza, la privacy, la salvaguardia dell'ambiente e simili, solo o associato a un danno economico e/o reputazionale e/o funzionale</p>	5
<b>Domanda B2: Impatto organizzativo</b>	
<b>Rispetto al totale del personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.) nell'ambito della singola p.a., quale percentuale di personale è coinvolta nel processo? (se il processo coinvolge l'attività di più servizi nell'ambito della stessa p.a. occorre riferire la percentuale al personale impiegato nei servizi coinvolti)</b>	
<p>Fino a circa il 20%</p>	1
<p>Fino a circa il 40%</p>	2
<p>Fino a circa il 60%</p>	3
<p>Fino a circa il 80%</p>	4
<p>Fino a circa il 100%</p>	5
<b>Domanda B3: Impatto reputazionale</b>	
<b>Nel corso degli ultimi 5 anni sono state pubblicate/diffuse mediante stampa o altri mezzi di comunicazione notizie aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi?</b>	
<p>No</p>	1
<p>Non ne abbiamo memoria</p>	2
<p>Sì, solo sulla stampa locale</p>	3
<p>Sì, sulla stampa e altri media (televisione, radio) a diffusione locale</p>	4
<p>Sì, sulla stampa e altri media (televisione, radio e internet) a diffusione locale e nazionale</p>	5
<b>Domanda B4: Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</b>	
<b>A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso) ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?</b>	
<p>A livello di addetto</p>	1
<p>A livello di collaboratore o funzionario</p>	2

A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di posizione apicale o di posizione organizzativa	3
A livello di dirigente di ufficio generale	4
A livello di capo dipartimento/segretario generale oppure a tutti i livelli	5

Il sistema informatico effettua in automatico il calcolo del rischio finale mediante la seguente formula:  
 Rischio = Media Impatti\*Media Probabilità.

L'attività svolta a livello decentrato da ciascuna struttura titolare dei processi e dei relativi rischi è sottoposta alla validazione del RPC.

All'esito della sopra descritta attività è stato aggiornato il catalogo dei processi e il registro dei rischi specifici ed è stata realizzata la matrice della rischiosità dei processi, costruita secondo una logica non meramente matematica, ma secondo la sotto riportata matrice che attribuisce rilevanza, classificandoli come ad alto rischio, ai processi che presentano un indice di impatto "Superiore", indipendentemente dal valore dell'indice di probabilità, e ai processi che presentano un indice di probabilità "Molto Elevato", a prescindere dal valore dell'impatto, sul rilievo che la gravità delle conseguenze esige un alto livello di attenzione anche quando il realizzarsi dell'evento appaia in astratto poco probabile e che, per converso, si debbano presidiare anche i la cui pericolosità non è legata al verificarsi del singolo evento, bensì alla loro frequenza e potenziale diffusività.

MATRICE DELLA VALUTAZIONE DEL RISCHIO					
PROBABILITÀ IMPATTO	RIDOTTISSIMA (0-1)	RIDOTTA (1,01-2)	MEDIA (2,01-3)	ELEVATA (3,01-4)	MOLTA ELEVATA (4,01-5)
SUPERIORE (4,01-5)					
SERIO (3,01-4)					
SOGLIA (2,01-3)					
MINORE (1,01-2)					
MARGINALE (0-1)					

Rischio Alto
  Rischio Medio
  Rischio Basso

### 2.3 Ponderazione dei rischi

Il sistema informatico consente di aggregare le informazioni di rischio:

- per area, per permettere di identificare le aree maggiormente a rischio ed intervenire prioritariamente su di esse;
- per rischio: per permettere di conoscere i rischi più diffusi ed operare trasversalmente sui medesimi;

- per struttura organizzativa: per conoscere i punti di maggiore sensibilità organizzativa su cui porre particolare attenzione.

All'esito di tale ulteriore valutazione, anch'essa condotta con la sopra descritta procedura partecipativa, sono state definite le priorità di intervento nell'ambito della programmazione delle misure di prevenzione riportate nella **Tabella delle misure obbligatorie (Allegato 3)**.

**3. Trattamento del rischio**, consistente nell'implementazione delle misure esistenti o nell'individuazione di ulteriori misure finalizzate a neutralizzare o attenuare i rischi individuati. Le funzioni del sistema informatico consentono di associare ad ogni rischio identificato un insieme di misure selezionabili dal catalogo delle misure o inserite *ex novo*. Il sistema consente inoltre di distinguere le misure in essere, quelle programmate *ex novo* e quelle proposte dalle strutture titolari dei rischi.

A tal fine sono state prese in considerazione le proposte formulate dai soggetti coinvolti nel processo di gestione del rischio che hanno evidenziato la generale esigenza di consolidare le numerose misure, obbligatorie ed ulteriori, già poste in essere in attuazione dei precedenti Piani, anche in considerazione del processo di riorganizzazione in atto, all'esito del quale sarà possibile operare una valutazione maggiormente coerente circa la necessità di implementare le misure esistenti.

Le misure obbligatorie e ulteriori, con indicazione della tempistica e dei soggetti/strutture responsabili della loro attuazione, sono descritte nella Parte Speciale del Piano e sintetizzate nell'allegata **Tabella delle misure obbligatorie e ulteriori (Allegato 3)**.

Per tutte le fasi è previsto l'aggiornamento annuale.

Il sopra descritto processo di gestione del rischio prevede la partecipazione attiva delle strutture titolari dei processi e dei relativi rischi, alle quali compete l'identificazione, descrizione e valutazione dei processi di propria pertinenza, nonché la formulazione di proposte in merito alle misure di prevenzione da porre in essere ai fini della mitigazione del rischio corruttivo.

Tutta l'attività svolta dalle strutture è soggetta alla validazione del RPC, che verifica la completezza dei dati inseriti e l'appropriatezza delle valutazioni effettuate e delle misure proposte, confrontandosi, nei casi dubbi, con i Referenti delle Macro-aree e con la Direzione Aziendale.

#### **4.3 Aree a rischio**

L'esito complessivo del processo di analisi e valutazione del rischio sopra descritto è riportato nel **Catalogo dei processi (Allegato 1)** che costituisce parte integrante del Piano, ove sono individuate, oltre a quelle obbligatorie per legge, le ulteriori aree e processi risultati "sensibili" nell'ambito dell'ASL.

Tali attività, classificate per grado di rischio e per priorità di intervento, potranno essere integrate o meglio definite a seguito delle ulteriori attività di mappatura dei processi ed analisi dei rischi che verranno effettuate annualmente e ciclicamente.

Tali attività rientrano tra gli adempimenti dei Responsabili, dei Dirigenti e dipendenti delle strutture che gestiscono i processi aziendali.

#### **4.4 Il monitoraggio e le azioni di risposta**

Il ciclo di gestione del rischio si conclude e completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano e delle relative misure.

Concorrono a garantire l'azione di monitoraggio, oltre al RPC, i Referenti delle Macro-aree, limitatamente alle articolazioni ricomprese nell'area di rispettiva pertinenza, i Responsabili delle strutture

aziendali, limitatamente ai processi gestiti dalle unità organizzative cui sono preposti, l'OIV, nell'ambito dei propri compiti di vigilanza.

Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano e delle relative misure è stato definito un processo di monitoraggio e aggiornamento articolato su un triplice ordine di ambiti, le cui risultanze vengono riportate nella Relazione predisposta dal RPC entro il 15 dicembre di ogni anno o diversa scadenza stabilita dall'ANAC.

Nella sottostante tabella vengono riportati gli ambiti oggetto di monitoraggio e le rispettive attività in cui si sostanzia, con indicazione dei soggetti coinvolti, delle modalità, delle cadenze e della data di scadenza.

Oggetto del monitoraggio	Attività	Soggetti coinvolti	Modalità/strumenti	Scadenza
Attuazione del ciclo di gestione del rischio	Controllo sullo stato di attuazione e avanzamento delle operazioni di mappatura, valutazione del rischio e aggiornamento dei cataloghi dei processi, dei rischi e delle misure.	RPC Referenti delle Macro-aree Responsabili di struttura Referenti interni	Registrazione e visualizzazione in tempo reale delle operazioni di inserimento/aggiornamento effettuate dalle strutture coinvolte nella gestione del rischio	Entro il 31 ottobre
Attuazione delle misure	Verifica dello stato di attuazione e avanzamento delle misure	RPC Referenti delle Macro-aree Responsabili di struttura Referenti interni	Autovalutazione tramite l'impiego dell'apposita funzionalità presente sulla procedura informatica	Entro il 31 ottobre
	Controlli a campione sull'attuazione delle misure da parte delle strutture responsabili	RPC Referenti delle Macro-aree Ufficio Qualità Servizio di Auditing	Verifiche documentali anche mediante Audit di conformità	Entro il 31 dicembre
Efficacia del Piano e delle Misure	Acquisizione di dati quantitativi e qualitativi, delle valutazioni, proposte e suggerimenti dei Referenti delle Macro-aree e dei Responsabili delle strutture	RPC Referenti delle Macro-aree Responsabili di struttura UPD SC Legale URP CUG	Compilazione e trasmissione di apposita scheda di monitoraggio da parte dei Referenti delle Macro-aree e dei Responsabili di struttura	Entro il 31 ottobre
			Predisposizione e trasmissione di report da parte dell'UPD, della SC Legale, dell'URP, del CUG e delle strutture che operano nei settori a maggior rischio	Entro il 31 ottobre
	Analisi e valutazione dei dati, informazioni, proposte e rendicontazioni acquisite in sede di monitoraggio e di ogni altra informazione disponibile	RPC	Predisposizione, trasmissione e pubblicazione della relazione annuale riportante l'esito del monitoraggio	Entro il 15 dicembre o il diverso termine stabilito dall'ANAC



In dettaglio:

- **Il monitoraggio sul ciclo di gestione del rischio** viene effettuato dal RPC e dai Referenti delle Macro-aree con il supporto della procedura informatica che consente di verificare in tempo reale l'attuazione, da parte delle strutture titolari dei processi e relativi rischi, delle attività previste dalle varie fasi di gestione del rischio. In particolare, vengono monitorate tramite il sistema informatico le attività di mappatura dei processi, di aggiornamento/integrazione del catalogo dei processi e dei rischi, di aggiornamento annuale della valutazione dei rischi, le proposte di inserimento nel Piano di nuove misure di prevenzione o di modifica di quelle esistenti. La procedura informatica permette al RPC e ai Referenti di Macro-area (per questi ultimi, limitatamente alle strutture ricomprese nell'area di rispettiva pertinenza) di avere immediata evidenza di tutte le operazioni di inserimento/aggiornamento effettuate sul sistema dai referenti interni delle strutture abilitate nonché di vigilare sull'andamento e sullo stato di avanzamento delle varie fasi del ciclo di gestione del rischio attuato annualmente per la realizzazione delle nuove edizioni del Piano e di intervenire nei confronti delle strutture non allineate con le tempistiche programmate. A supporto del monitoraggio è stato attivato un collegamento tra la procedura informatica e il sistema di posta elettronica che consente di tracciare e storicizzare le comunicazioni intercorse tra i vari soggetti coinvolti nel processo (RPC, Referenti delle Macro-aree, Referenti interni alle strutture, Responsabili delle strutture organizzative).
- **Il monitoraggio sull'attuazione delle misure di prevenzione:** si avvale dell'apposita funzionalità presente sul sistema informatico di gestione del rischio corruttivo che contempla tre diverse modalità di monitoraggio: 1) compilazione di una relazione autovalutativa per ciascuna misura/azione da parte delle strutture responsabili della loro attuazione; 2) indicazione numerica di avanzamento della misura/azione, eventualmente corredata da commento; 3) utilizzo di indicatori di controllo che consentono di rilevare la conformità o gli scostamenti tra quanto attuato rispetto ai valori target programmati. Anche questa funzionalità è supportata dal canale di comunicazione attivabile tramite il sistema informatico che consente la tracciabilità e storicizzazione delle mail intercorse tra i soggetti coinvolti.  
Il sistema basato sull'autovalutazione è affiancato da un sistema di verifica sul campo mediante controlli a campione da parte dei Referenti delle Macro-aree e del Responsabile della prevenzione, che possono avvalersi, a tal fine, del supporto delle specifiche professionalità richieste dall'oggetto del controllo.  
In un'ottica di impiego efficiente delle risorse, gli audit in materia di prevenzione della corruzione verranno effettuati preferibilmente in modalità integrata con la partecipazione e collaborazione delle altre strutture che eseguono audit in materie affini, quale l'Ufficio Qualità o l'istituendo Servizio di Auditing Interno.
- **Il monitoraggio sull'efficacia del Piano e delle misure:** viene effettuato dal RPC col coinvolgimento dei medesimi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio che vi concorrono, quanto ai Responsabili delle singole strutture organizzative e Referenti delle Macro-aree di riferimento, mediante la compilazione delle specifiche schede di monitoraggio (del Piano e del Codice di comportamento) predisposte dal RPC e volte ad acquisire dati quantitativi, informazioni, valutazioni e proposte motivate di modifica/integrazione utili ai fini dell'aggiornamento dei documenti cui si riferiscono.  
Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali predisposti e trasmessi al RPC dall'UPD (riportanti i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari); dalla SC Legale (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva); dall'URP (riportanti i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'Ufficio); dal CUG (riportanti i dati relativi alle segnalazioni di azioni discriminatorie nei confronti dei whistleblower).  
Sulla base delle risultanze e delle valutazioni dei dati, informazioni, proposte e suggerimenti acquisiti in sede di monitoraggio e di quelli ulteriori eventualmente disponibili, quali segnalazioni

ricevute tramite la procedura di whistleblowing o eventi sentinella comunicati dai Referenti delle Macro-aree o da altri soggetti e strutture destinatari degli obblighi informativi nei confronti del RPC, quest'ultimo predispone la propria Relazione annuale, curandone la Trasmissione alla Direzione Generale e all'OIV e la pubblicazione sul sito aziendale e sulla rete intranet entro il 15 dicembre di ogni anno o diverso termine stabilito dall'ANAC.

## **PARTE SPECIALE "A"** **MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO**

### **SEZIONE 1 - MISURE OBBLIGATORIE**

#### **1.1 Obblighi di trasparenza**

La legge 190/2012 individua la trasparenza come una delle principali misure di prevenzione della corruzione e dell'illegalità, in quanto l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione favorisce forme diffuse di controllo sul corretto esercizio delle funzioni e sull'utilizzo delle risorse.

In considerazione delle dimensioni e della complessità dell'Azienda, l'esercizio delle funzioni in materia di trasparenza è stata affidata ad una figura diversa dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Peraltro, l'azione dei due Responsabili si svolge in piena sinergia, il raccordo tra il PTPC e la Programmazione della trasparenza viene assicurato anche attraverso la partecipazione del RPC alle riunioni della commissione istituita con DDG. n.184 del 16/05/2013 a supporto del Responsabile della trasparenza.

Nella redazione della Programmazione della trasparenza, il Responsabile della trasparenza, oltre ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicità previsti dal d.lgs. 33/2013, deve recepire gli eventuali ulteriori obblighi di trasparenza previsti nel PTPC.

Sempre al fine di assicurare il necessario raccordo e coordinamento tra i due Responsabili e i documenti programmatici di rispettiva competenza, il Responsabile della trasparenza informa tempestivamente il RPC su eventuali richieste di accesso civico presentate ai sensi del d.lgs. 33/2013.

In conformità alle indicazioni contenute nella determinazione ANAC n. 831/2016 di aggiornamento del PNA, la Programmazione della trasparenza, ancorché rientrante nella responsabilità del Responsabile della Trasparenza, che ne cura la predisposizione e ne assicura l'attuazione attraverso i propri compiti di vigilanza, costituisce parte integrante del presente Piano di Prevenzione della Corruzione, nell'ambito del quale viene inserito sotto forma di apposita Sezione, alla quale si rinvia per il dettaglio della politica di trasparenza adottata dall'ASL CN1 e delle misure adottate in materia.

Il Responsabile aziendale per la trasparenza, sovrintende al corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, assicurando, insieme alla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni e dei dati pubblicati.

I casi di mancato, ritardato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione, dovranno essere segnalati, dal Responsabile della trasparenza, alla Direzione Aziendale, al Responsabile della prevenzione, all'OIV., all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, per le più gravi inadempienze, all'ufficio di disciplina.

## 1.2 Codici di comportamento

Il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'ASL CN1 è stato adottato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 515 del 20 dicembre 2013 e su proposta del Responsabile della Prevenzione, all'esito della procedura di consultazione pubblica e previo parere favorevole del Nucleo di Valutazione in funzione di OIV, modificato il 31 gennaio 2017 e viene pubblicato nella sezione "Anticorruzione" della rete Intranet e del sito web aziendale, i cui contenuti costituiscono parte sostanziale ed integrante del Piano.

Il Codice aziendale, oltre a recepire in toto le regole di comportamento contenute nel Regolamento recante il nuovo Codice di comportamento dei dipendenti pubblici approvato con D.P.R. 62/201 (Codice generale), contiene ulteriori regole rispondenti alle specifiche esigenze del contesto in cui è destinato ad operare.

Ai sensi della previsione di cui all'art. 2, c. 3, del Codice generale, gli obblighi di condotta contenuti in entrambi i Codici sono estesi alla Direzione Generale, ai componenti del Collegio Sindacale e dell'OIV e, in generale, a tutto il personale avente rapporti di lavoro con l'Azienda, ed in particolare alle seguenti categorie:

- a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale;
- b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo;
- c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate;
- d) Personale assunto con contratto di somministrazione;
- e) Borsisti, stagisti e tirocinanti.

Al fine di dare concreta operatività a tale previsione:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione, a cura della SC Personale, deve essere inserita una clausola che prevede l'impegno dell'interessato a rispettare le norme del Codice di comportamento aziendale e la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi ivi previsti;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori e per l'erogazione di prestazioni sanitarie da parte di strutture convenzionate/accreditate, a cura della Struttura competente alla gestione del procedimento, deve essere inserita una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni dei Codici di comportamento generale e aziendale da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'ASL, nonché le eventuali conseguenze negative e a prevenirne la reiterazione.

Tutti i destinatari sono tenuti all'osservanza delle norme di comportamento contenute nei Codici, la cui inosservanza si sostanzia nella violazione degli obblighi fondamentali derivanti dal presente Piano e, pertanto, rileva sia sotto il profilo della responsabilità disciplinare, sia sotto il profilo della valutazione della *performance* e della conseguente corresponsione della retribuzione di risultato, sia ai fini del conferimento e/o dei provvedimenti relativi allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

I Responsabili delle varie articolazioni aziendali hanno il compito di promuovere, anche attraverso un'adeguata informazione, il rispetto delle regole comportamentali definite nei Codici e di vigilare sulla loro osservanza, attivando tempestivamente, in caso di riscontrata violazione, il procedimento disciplinare nei confronti del trasgressore secondo la disciplina prevista dalle norme di legge e negoziali e dal regolamento aziendale e/o adottando ogni altra occorrente misura gestionale.

I dipendenti e i collaboratori hanno l'obbligo di segnalare al Responsabile della struttura o al Responsabile della prevenzione eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

Alle segnalazioni si applica la specifica procedura "Whistleblowing Policy" pubblicata sul sito aziendale, sezione "Anticorruzione".

Ai sensi dell'art. 15 del DPR 62/2013 e dell'art. 54, c. 6, del d.lgs. 165/2001, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento:

- ✓ i Dirigenti Responsabili di ciascuna struttura;
- ✓ l'OIV;
- ✓ l'Ufficio per i procedimenti disciplinari.

**L'ufficio per i procedimenti disciplinari**, ai sensi dell'art. 16, comma 3, del DPR 62/2012 provvede altresì:

- all'aggiornamento del Codice di comportamento;
- a formulare pareri sui quesiti presentati dai dipendenti in merito alla corretta applicazione dei Codici di comportamento, raccordandosi a tal fine col Responsabile della prevenzione;
- alla raccolta delle segnalazioni di condotte illecite e alla tenuta del relativo registro nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dall'art. 54 bis, nonché l'esame delle segnalazioni di violazione o di sospetto di violazione dei codici di comportamento.

**Il Responsabile della prevenzione** cura la diffusione della conoscenza dei Codici, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione in collaborazione con l'UPD, nonché la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione dei relativi risultati.

**L'Ufficio per i procedimenti disciplinari e i Responsabili di ciascuna struttura aziendale** sono tenuti a svolgere una costante attività di vigilanza sull'attuazione dei Codici di comportamento, provvedendo a tenere costantemente informato il Responsabile della prevenzione di ogni violazione accertata e contestata e dell'esito del procedimento instaurato nei confronti del trasgressore.

Entro il **31 ottobre di ogni anno**, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari trasmette al Responsabile della prevenzione un report riportante i seguenti dati:

- a) numero delle violazioni segnalate e contestate nei 12 mesi precedenti, con indicazione delle norme violate, della qualifica, del profilo professionale e della struttura di appartenenza del trasgressore;
- b) numero di procedimenti disciplinari attivati e conclusi, nel medesimo periodo, con indicazione del numero e tipologia di sanzioni applicate e delle archiviazioni disposte e delle relative motivazioni;
- c) numero di richieste di pareri suddivisi in base all'oggetto.

Entro il **31 ottobre di ogni anno**, l'Ufficio per i procedimenti disciplinari formula eventuali proposte di adeguamento del Codice aziendale e/o del Piano e formula proposte in merito alle iniziative formative ritenute maggiormente utili in relazione alle eventuali criticità riscontrate.

I Codici di comportamento, nazionale e aziendale, vengono pubblicati sui siti internet e intranet aziendali e la loro adozione/aggiornamento viene comunicata a tutto il personale interessato, a cura dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari, mediante invio di mail personali e/o mediante avvisi sulla intranet aziendale. I Responsabili delle articolazioni aziendali hanno il compito di informare il personale afferente la loro struttura eventualmente non raggiungibile attraverso tali mezzi di comunicazione.

La S.C. Gestione Risorse Umane, all'atto della sottoscrizione del contratto di lavoro o dell'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere agli interessati, per avvenuta presa visione ed accettazione degli obblighi ivi previsti, copia dei Codici di comportamento.

### 1.3 Rotazione del Personale

Ai sensi dell'art. 16, comma 2, lett. l *quater*, del d.lgs 165/2001, nell'ipotesi 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 la sospensione dal servizio, in applicazione dell'ivi previsto obbligo di rotazione, nei confronti dell'incolpato vengono adottati i seguenti provvedimenti:

- per il personale dirigenziale, la revoca dell'incarico in essere e il conferimento di altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l *quater* e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. 165/2001;
- per il personale non dirigenziale, l'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma, lett. l *quater*, del d.lgs. 165/2001.

Rientra nelle competenze del Responsabile della struttura cui afferisce il dipendente sottoposto a giudizio penale o disciplinare per fatti di natura corruttiva, adottare o proporre alla Direzione Generale, ove non competente, i suddetti provvedimenti, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

La rotazione è esclusa, e si dovrà far luogo alla sospensione dal servizio, nelle ipotesi di reati di particolare gravità o qualora la permanenza in servizio dell'incolpato, in considerazione della natura dei fatti contestati, risulti pregiudizievole all'immagine dell'amministrazione o alla sicurezza degli utenti e dipendenti.

Al di fuori dell'ipotesi sopra considerata, nelle more dell'adozione degli atti che costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione sistematica dell'istituto, si farà luogo, nei limiti previsti dalle vigenti disposizioni negoziali, alla rotazione del personale nell'ipotesi di eventi che, pur non integrando un'ipotesi di reato o un illecito disciplinare, siano sintomatici di una significativa criticità.

Con riferimento alle attività classificate ad "Alto" rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle strutture interessate devono individuare ed implementare, ove non ancora adottate, le azioni che permettano l'interscambiabilità dei ruoli e, quindi, la rotazione del personale assegnato per lungo tempo allo stesso tipo di procedimento o allo stesso bacino di utenti, ed adottare misure di controllo compensative atte a prevenire il rischio di condotte corruttive.

In particolare, nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione, le attività di controllo ufficiale, compatibilmente con le risorse di personale disponibile, verranno affidate ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari della suddetta attività.

Considerato che l'attuazione del nuovo assetto organizzativo aziendale nel corso del 2016 ha comportato una generale riassegnazione degli incarichi dirigenziali e che, nel corso del 2017, verranno riassegnate anche le posizioni organizzative al personale del comparto, nel periodo di validità del presente Piano si provvederà a definire, nel rispetto delle procedure di consultazione delle Organizzazioni Sindacali e alla luce delle indicazioni contenute nel PNA 2016, e fatta salva l'adozione di altre misure compensative, i criteri generali ed oggettivi e le modalità di applicazione in via ordinaria del principio della rotazione, tali da salvaguardare le specificità professionali in riferimento alle funzioni e la continuità della gestione amministrativa e dei servizi sanitari, anche attraverso la previsione di adeguati percorsi formativi e di forme di affiancamento, per consentire al personale coinvolto nella rotazione di acquisire le adeguate competenze.

I Responsabili delle articolazioni aziendali, possono regolarmente disporre la rotazione del personale

assegnato alle proprie strutture nell'ambito delle loro ordinarie prerogative gestionali della qualifica e del profilo professionale e dei limiti stabiliti dai CCNLL.

I Responsabili delle strutture interessate trasmettono al Responsabile della prevenzione, entro il **31 ottobre di ogni anno**, una relazione in merito all'attuazione della presente misura, specificando le eventuali ragioni che ostano alla sua applicazione e le misure compensative adottate in tal caso.

#### **1.4 Obbligo di astensione**

Tutti i dipendenti, il personale convenzionato e i collaboratori a qualsiasi titolo sono tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella L. n. 241/90, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 dei Codici di comportamento nazionale e aziendale, e a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità stabilite nel citato art. 7 del Codice di comportamento aziendale.

Il soggetto destinatario della segnalazione deve valutare espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione e deve rispondere per iscritto al dipendente medesimo sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte di quel dipendente.

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico, lo stesso dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

I Responsabili delle articolazioni aziendali devono provvedere a trasmettere tempestivamente le segnalazioni di astensione ricevute dal personale afferente la propria struttura al Responsabile della corruzione, che cura la tenuta del relativo registro.

#### **1.5 Attività e incarichi extra-istituzionali**

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per il personale Dirigenziale del ruolo sanitario, lo svolgimento di incarichi e attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'ASL CN1 è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate e delle prescrizioni stabilite nel "*Regolamento in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente e anagrafe delle prestazioni*", adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 1187/2009 e ss.mm.ii di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 34 del 30.01.2014, reperibile nella sezione "Anticorruzione" dell'intranet e del sito web aziendale.

Nel rinviare alla disciplina contenuta nel citato Regolamento per quanto concerne condizioni, limiti e procedure da seguire per ottenere l'autorizzazione allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali, si evidenzia che, alla stregua delle modifiche apportate dalla legge 190/2012:

- i dipendenti sono tenuti a comunicare formalmente al Servizio Ispettivo anche l'attribuzione di incarichi gratuiti, utilizzando l'apposito modulo di comunicazione allegato al regolamento aziendale;
- l'irrogazione di sanzioni disciplinari per fatti di natura corruttiva costituisce causa ostativa al conferimento di incarichi aggiuntivi e/o allo svolgimento di incarichi/attività extra-istituzionali di cui

- all'art. 53, d.lgs. 165/2001;
- i Responsabili di struttura, ai fini della formulazione del parere/nulla osta di competenza secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale, devono verificare e valutare l'assenza di situazioni di conflitto di interesse, **anche solo potenziale**, tra l'attività extra-istituzionale che il dipendente intende svolgere e l'attività istituzionale, nonché l'assenza di altre cause ostative allo svolgimento dell'attività e al rilascio del provvedimento, inclusa l'intervenuta irrogazione di sanzioni disciplinari nel corso dell'ultimo biennio per fatti di natura corruttiva;
  - l'omesso versamento all'amministrazione, nei termini dalla medesima stabiliti, del compenso indebitamente percepito per lo svolgimento di incarichi/attività non autorizzata o comunque non autorizzabile, è fonte di responsabilità erariale in capo al dipendente indebito percettore.

## **1.6 Inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni**

Con il d.lgs. 39/2013 il legislatore ha regolamentato la materia degli incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, disciplinando i casi di inconferibilità e incompatibilità.

La CIVIT, con delibera n. 58/2013 precisava che la disciplina dettata dal citato decreto legislativo era applicabile anche agli incarichi di direzione di struttura nelle Aziende del Servizio Sanitario, con esclusione delle sole strutture semplici inserite in altre strutture e prive di qualsiasi autonomia gestionale e amministrativa.

Con orientamento n. 85/2014, l'ANAC, conformandosi alla pronuncia del Consiglio di Stato, sez. III, n. 5583 del 12 novembre 2014, ha tuttavia stabilito che :

*“Non sussiste l'incompatibilità di cui all'art. 14, comma 2, lett. b) d.lgs. n. 39/2013 tra l'incarico di direttore medico di struttura complessa di un'azienda sanitaria locale e la carica di consigliere comunale di un comune con popolazione superiore a 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione, in quanto la suddetta disposizione si applica ai soli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario delle aziende sanitarie locali (Consiglio di Stato, sez. III, sentenza 12 novembre 2014, n. 5583)”.*

Con successiva delibera n. 149 del 22 dicembre 2014, l'ANAC, ha confermato tale ultimo orientamento, ribadendo che:

*“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, 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”.*

Alla luce di quanto sopra, l'ASL provvede a verificare l'insussistenza delle cause specifiche di inconferibilità/incompatibilità previste dagli artt. 3, 5, 8, 10 e 14 limitatamente agli incarichi dalla medesima conferiti di direttore amministrativo e di direttore sanitario, atteso che l'incarico di direttore generale viene conferito dall'amministrazione regionale.

**Costituiscono ipotesi di inconferibilità** quelle previste dagli art. 3, 5 e 8 del d.lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario non possono essere conferiti:

- ✓ a coloro che siano stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per uno dei reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale (art. 3, comma 1, lett. e);
- ✓ a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano svolto incarichi e ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale (art. 5);
- ✓ a coloro che nei cinque anni precedenti siano stati candidati in elezioni europee, nazionali, regionali e locali, in collegi elettorali che comprendano il territorio della ASL (art. 8, comma 1);

✓ a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano esercitato la funzione di Presidente del Consiglio

dei ministri o di Ministro, Viceministro o sottosegretario nel Ministero della salute o in altra amministrazione dello Stato o di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale (art. 8, comma 2);

- ✓ a coloro che, nell'anno precedente, abbiano esercitato la funzione di parlamentare (art. 8, comma 3);
- ✓ a coloro che, nei tre anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero abbiano ricoperto la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale (art. 8, comma 4);
- ✓ a coloro che, nei due anni precedenti, abbiano fatto parte della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione, il cui territorio e' compreso nel territorio della ASL (art. 8, comma 5).

La situazione di inconferibilità non può essere sanata e comporta la nullità dell'incarico conferito in violazione della relativa disciplina, ai sensi dell'art. 17 d.lgs 39/2013 e l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti *ab origine*, non siano note all'amministrazione all'atto del conferimento e si appalesino nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

**Costituiscono ipotesi specifiche di incompatibilità** quelle previste dagli artt. 10 e 14 del d.lgs. 39/2013, ai sensi dei quali, gli incarichi di direttore generale, di direttore amministrativo e di direttore sanitario sono incompatibili:

- ✓ con gli incarichi o le cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dal servizio sanitario regionale e con lo svolgimento in proprio, da parte del soggetto incaricato, di attività professionale, se questa é regolata o finanziata dal servizio sanitario regionale (art. 10, comma 1);
- ✓ l'incompatibilità sussiste altresì allorchè gli incarichi, le cariche e le attività professionali siano assunte o mantenute dal coniuge e dal parente o affine entro il secondo grado (art. 10, comma 2);
- ✓ con la carica di Presidente del Consiglio dei ministri, Ministro, Vice Ministro, sottosegretario di Stato e commissario straordinario del Governo di cui all'articolo 11 della legge 23 agosto 1988, n. 400, di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico nazionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario nazionale o di parlamentare (art. 14, comma 1);
- ✓ con la carica di componente della giunta o del consiglio della regione interessata ovvero con la carica di amministratore di ente pubblico o ente di diritto privato in controllo pubblico regionale che svolga funzioni di controllo, vigilanza o finanziamento del servizio sanitario regionale art. 14, comma 2, lett. a);
- ✓ con la carica di componente della giunta o del consiglio di una provincia, di un comune con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di una forma associativa tra comuni avente la medesima popolazione della medesima regione (art. 14, comma 2, lett. b.);
- ✓ con la carica di presidente e amministratore delegato di enti di diritto privato in controllo pubblico da parte della regione, nonchè di province, comuni con popolazione superiore ai 15.000 abitanti o di forme associative tra comuni aventi la medesima popolazione della stessa regione (art. 14, comma 2, lett. c).



In merito alle incompatibilità riferite specificatamente al settore sanitario, la Conferenza Unificata, nell'intesa del 24 luglio 2013, ha stabilito che la locuzione "incarico professionale" di cui all'art. 10,

comma 2, del d.lgs. 39/2013 non si riferisce alle tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata.

Ai sensi della suddetta Intesa 24 luglio 2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consentono di superare l'incompatibilità.

Al di fuori di tale ipotesi, le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

Qualora nel corso del rapporto venga riscontrata una causa di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato che, previo contraddittorio, deve provvedere a rimuovere la causa ostativa entro 15 giorni a pena di decadenza dall'incarico e di risoluzione del relativo contratto (art. 19 d.lgs. 39/2013).

Con riferimento ad entrambe le fattispecie, gli interessati sono tenuti ad attestare l'insussistenza della causa ostativa mediante dichiarazione, da effettuare ai sensi dell'art. 20 del citato d.lgs. 39/2013:

- ✓ **all'atto del conferimento dell'incarico;**
- ✓ **con cadenza annuale, a decorrere dalla data di conferimento dell'incarico, e tempestivamente, su richiesta del Responsabile della Prevenzione, nel corso del rapporto.**

L'insorgenza di una causa di incompatibilità o l'intervenuta pronuncia di una sentenza di condanna, anche non passata in giudicato, per delitti contro la pubblica amministrazione, deve essere tempestivamente comunicata al Responsabile della prevenzione.

#### Gli atti di conferimento:

- devono espressamente prevedere che la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconfiribilità di cui al d.lgs. 39/2013 costituisce condizione di efficacia dell'incarico e che la violazione dell'obbligo della dichiarazione che l'interessato è tenuto a rendere annualmente o tempestivamente, su richiesta o a seguito dell'insorgenza di una causa di incompatibilità, comporta la decadenza dall'incarico.

La Struttura Semplice Servizio Ispettivo - Segreteria Organi e Uffici Collegiali provvede all'acquisizione delle dichiarazioni, alla loro pubblicazione nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale dell'ASL e alla loro contestuale trasmissione al Responsabile della Prevenzione.

#### Il Responsabile della Prevenzione:

- avvalendosi della collaborazione del Servizio Ispettivo dell'ASL, provvede ad effettuare controlli a campione sulla veridicità delle dichiarazioni ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000, sulla base delle informazioni accessibili al Servizio;
- ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013, segnala i possibili casi di violazione delle disposizioni del decreto medesimo all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 215/2005, nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Ferma restando ogni altra responsabilità, la dichiarazione mendace, accertata nel rispetto del diritto di difesa e del contraddittorio dell'interessato, comporta la inconfiribilità di qualsivoglia incarico di cui al d.lgs. 39/2013 per un periodo di 5 anni.

## **1.7 Divieto di incarichi di studio, di consulenza e dirigenziali a soggetti in quiescenza**

- ✓ Ai sensi dell'articolo 5, comma 9, del Decreto Legge 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge 135/2012, come modificato dall'articolo 6 del Decreto Legge 90/2014, convertito con modificazioni dalla legge 114/2014, è vietato il conferimento, da parte delle amministrazioni pubbliche a soggetti già lavoratori privati o pubblici collocati in quiescenza, degli incarichi:
  - di studio e di consulenza;
  - dirigenziali o direttivi o cariche in organi di governo delle amministrazioni pubbliche e degli enti e società da esse controllati.

### **1.7.1 Incarichi vietati**

Il divieto si estende a qualsiasi lavoratore collocato in quiescenza, indipendentemente dalla natura del precedente datore di lavoro e del soggetto che corrisponde il trattamento di quiescenza.

Tra gli incarichi vietati rientrano tutti gli incarichi dirigenziali, compresi quelli di cui all'art. 19, comma 6, del d.lgs. 165/2001 e da disposizioni analoghe.

Tra gli incarichi direttivi, rientrano nel divieto tutti quelli che implicano la direzione di uffici e la gestione di risorse, quali quelli di direttore scientifico o sanitario.

Tra le cariche in organi di governo di amministrazioni e di enti e società controllate, fatte salve le ulteriori specifiche esclusioni previste da altre norme di legge, rientrano quelle che comportano effettivamente poteri di governo, quali quelle di presidente, amministratore o componente del consiglio di amministrazione, indipendentemente dalla qualifica in virtù della quale il soggetto in quiescenza sia stato nominato (es. in qualità di esperto o rappresentante di una determinata categoria).

Il divieto opera anche nel caso in cui la nomina sia stata preceduta dalla designazione da parte di un soggetto diverso dall'amministrazione nominante.

Gli incarichi di studio e consulenza sono quelli che presuppongono competenze specialistiche e rientrano nelle ipotesi di contratto d'opera intellettuale di cui agli artt. 2229 e seguenti del codice civile.

I divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014 operano indipendentemente dalla fonte del finanziamento con la quale gli interessati sono retribuiti.

### **1.7.2 Incarichi consentiti**

Tra le ipotesi che non rientrano nei divieti introdotti dall'art. 6 del D.L. 90/2014, la circolare n. 6/2014 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, indica:

- ✓ gli incarichi che non comportino l'esercizio di funzioni dirigenziali o direttive e che abbiano oggetto diverso da quello di studio o consulenza;
- ✓ gli incarichi professionali, quali quelli inerenti ad attività legale o sanitaria, non aventi carattere di studio o consulenza;
- ✓ incarichi di ricerca conferiti sulla base di un programma preventivamente definito dall'amministrazione, fermo restando i limiti posti da altre disposizioni e, in particolare, dall'art. 25 della legge 724/1994;
- ✓ gli incarichi di docenza, in cui l'impegno didattico sia definito con precisione e il compenso sia commisurato all'attività didattica effettivamente svolta;
- ✓ gli incarichi nelle commissioni di concorso e di gara;
- ✓ la partecipazione ad organi collegiali consultivi, a commissioni consultive e comitati scientifici o tecnici che non dia di fatto luogo a incarichi di studio o consulenza o equiparabili a incarichi direttivi o dirigenziali;
- ✓ gli incarichi in organi di controllo, quali i collegi sindacali e i comitati dei revisori, purchè non abbiano natura dirigenziale.

### 1.7.3 Incarichi gratuiti

Incarichi e collaborazioni ai soggetti, pubblici e privati, collocati in quiescenza sono consentiti esclusivamente a titolo gratuito e per una durata non superiore a un anno, non prorogabile né rinnovabile, presso ciascuna amministrazione.

Eventuali rimborsi di spese devono essere rendicontati e corrisposti nei limiti fissati dal competente organo dell'amministrazione.

La disciplina è applicabile anche agli incarichi a soggetti in quiescenza già conferiti a titolo gratuito, per i quali valgono le nuove disposizioni relative alla durata massima e al rimborso delle spese.

- Le strutture competenti all'adozione degli atti di conferimento degli incarichi appartenenti alle tipologie previste dal novellato art. 5, comma 6, del D.L. 95/2012 verificano l'insussistenza della situazione ostativa ivi prevista, dandone espressamente atto nel provvedimento conclusivo;
- gli atti/provvedimenti di conferimento di incarichi a titolo gratuito rientranti nella previsione del citato art. 5, comma 6, D.L. 95/2012, come novellato dal D.L. 90/2014, devono contenere espressa motivazione delle ragioni di convenienza e della rispondenza agli interessi dell'amministrazione del conferimento stesso, l'indicazione del termine annuale, non prorogabile né rinnovabile, della loro durata e limitazione degli eventuali rimborsi alle sole spese documentate.

### 1.8 Attività successiva allo svolgimento del rapporto di lavoro (revolving doors)

La legge 190/2012, ha introdotto nell'ambito dell'art. 53 del d.lgs 165/2001, il comma 16 *ter*, ai sensi del quale, *“I dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, 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. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal precedente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”*.

Destinatari del divieto sono tutti i dipendenti che per il ruolo o la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs 163/2006).

Tali soggetti, **nel triennio successivo alla cessazione del rapporto** con la pubblica amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione, e, quindi, anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione, non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari dell'attività dal dipendente nell'esercizio dei suoi poteri autoritativi o negoziali.

L'art. 21 del D.Lgs. n. 39/2013 ha ampliato la platea dei destinatari del divieto, disponendo che, *“ai soli fini dell'applicazione dei divieti di cui al comma 16 ter dell'art. 53 del d.lgs. n.165/2001, e successive modificazioni, sono considerati dipendenti delle pubbliche amministrazioni anche i soggetti titolari di uno degli incarichi di cui al presente decreto, ivi compresi i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico stabilisce un rapporto di lavoro, subordinato o autonomo. Tali divieti si applicano a far data dalla cessazione dell'incarico”*

La violazione del divieto comporta l'applicazione delle seguenti sanzioni:

- ✓ **sanzioni sull'atto**: nullità dei contratti di lavoro conclusi e degli incarichi conferiti in violazione del divieto;
- ✓ **sanzioni nei confronti dei trasgressori**: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono avere rapporti contrattuali con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire i compensi eventualmente percepiti ed accettati in esecuzione dell'affidamento illegittimo. Pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso in caso di violazione.

Con riferimento a tale condizione ostativa, i Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* devono assicurare che:

- in tutti i [contratti di assunzione](#) del personale o di [affidamento degli incarichi](#) rientranti nell'ambito di applicazione del D.Lgs. 39/2013 venga 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 data di cessazione del rapporto di lavoro o dell'incarico con l'ASL CN1, nei confronti dei soggetti privati destinatari, nell'ultimo triennio di servizio, dell'attività svolta dal dipendente o dal soggetto equiparato ai sensi dell'art. 21 del citato D.Lgs. 39/2013, nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;
- nei [bandi di gara](#) e negli [atti prodromici agli affidamenti](#), anche mediante procedura negoziata, sia inserita, a pena di esclusione dalla procedura, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto, ad ex dipendenti dell'ASL CN1 o soggetti equiparati ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013 che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego.
- la medesima clausola deve essere inserita negli [atti di affidamento diretto](#) della fornitura di beni e servizi e negli [atti di convenzionamento](#) con strutture private.

Qualora emerga la violazione del divieto, il Responsabile del procedimento dispone l'esclusione dalla procedura di affidamento del partecipante/offerente, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della Prevenzione.

Il Servizio Legale adotta le dovute iniziative a tutela dell'ASL CN1 anche nei confronti dell'ex dipendente o del soggetto equiparato ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs. 39/2013 resosi responsabile della violazione dell'obbligo, dandone tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

## 1.9 [Formazione di commissioni e assegnazione agli uffici in caso di condanna penale](#)

In conformità a quanto previsto dagli artt. 35 bis del d.lgs. 165/2001 "*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio*", introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge 190/2012, e 3 del d.lgs. 39/2013, **coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:**

- a) [non possono fare parte](#), anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

- b) non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- c) non possono far parte delle 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 disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.

Come precisato nel Piano Nazionale Anticorruzione, la preclusione opera in presenza di una sentenza di condanna, per tale dovendosi intendere, ai fini della disciplina in esame, anche la sentenza di patteggiamento per delitti contro la pubblica amministrazione, anche se la decisione non è ancora

irrevocabile, vale a dire non è ancora passata in giudicato. Rilevano, pertanto, anche le sentenze pronunciate in primo grado e in appello per le quali non siano ancora decorsi i termini per proporre l'impugnativa.

La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 bis del d.lgs 165/2001 riguarda sia l'attribuzione dell'incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di posizioni organizzative.

In virtù della previsione del comma 2 del cit. art. 35 bis, l'assenza delle condizioni ostative previste nel primo comma della norma costituisce un requisito per la formazione di commissione e la nomina dei segretari immediatamente e direttamente applicabile e, pertanto, l'assenza di tale requisito si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento.

La situazione impeditiva viene meno ove, per il medesimo reato, venga pronunciata una sentenza di assoluzione, anche non definitiva.

- Negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi, il Responsabile della SC Personale deve assicurare l'inserimento di una clausola in virtù della quale la sussistenza di precedenti penali, anche non definitivi, per delitti contro la pubblica amministrazione costituisce condizione ostativa al conferimento dell'incarico.
- Le strutture competenti *ratione materiae* all'adozione del provvedimento devono verificare l'insussistenza di precedenti penali mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante autocertificazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013:
  - a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
  - b) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.
- Sulle autocertificazioni acquisite, le strutture provvedono ad effettuare dei controlli a campione o, in caso di ragionevole dubbio, mirati, ai sensi del DPR 445/2000 e delle Linee guida aziendali.

Qualora, all'esito della verifica, risultino a carico del personale interessato, dei precedenti penali per

delitti contro la pubblica amministrazione:

- a) non si darà corso all'assegnazione dell'ufficio;
  - b) si darà corso all'applicazione delle misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
  - c) sarà in facoltà dell'ASL procedere all'assegnazione all'ufficio nei confronti di altro soggetto.
- Il Responsabile della struttura che ha accertato la sussistenza della condizione ostativa deve darne tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione, indicando i provvedimenti adottati.
  - Nell'ipotesi in cui la situazione di inconferibilità si appalesi nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione effettua la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.
  - I Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* curano l'adeguamento alla citata disciplina dei regolamenti in materia di formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.
  - I Responsabili delle strutture interessate trasmettono, entro il **31 ottobre di ogni anno**, al Responsabile della prevenzione una relazione dettagliata riportante i dati sul numero di autocertificazioni acquisite e controllate, l'esito dei controlli e i provvedimenti adottati in caso di riscontrata sussistenza della causa ostativa o di non veridicità della dichiarazione sostitutiva resa dall'interessato.

#### **1.10 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)**

L'art. 1, comma 51, della legge 190/2012 ha introdotto, nell'ambito del d.lgs. 165/2001, l'art. 54 bis, rubricato "Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti" (c.d. whistleblower). Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela già in uso presso altri ordinamenti, finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito e, più in generale, di condotte riprovevoli nell'ambito delle amministrazioni pubbliche.

L'ASL CN1, in considerazione dell'importanza della misura ai fini della prevenzione dell'illegalità, ha tempestivamente attivato un canale differenziato e riservato per la ricezione delle segnalazioni, mediante l'istituzione di un apposito Account di posta elettronica denominato "whistleblowing@aslcn1" che i dipendenti possono utilizzare per effettuare le segnalazioni.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 20 del 23/01/2014 è stata, inoltre, adottata una specifica procedura denominata "Whistleblowing Policy", pubblicata nella sezione "Anticorruzione" dei siti internet e intranet, nella quale sono disciplinate le modalità per effettuare la segnalazione, i soggetti destinatari, le forme di tutela e le responsabilità del whistleblower.

Fermo restando la disciplina contenuta nella citata procedura, e fatte salve le ipotesi in cui l'anonimato non può essere opposto per legge, è vietato a chiunque nell'ambito dell'ASL riceva o venga comunque a conoscenza di una segnalazione, rivelare le generalità del segnalante senza il suo consenso espresso. La violazione del divieto è fonte di responsabilità disciplinare e, sussistendone i presupposti, penale.

Nei confronti del whistleblower non è consentita né tollerata da parte dell'Azienda alcuna forma di ritorsione o misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla segnalazione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione, per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, deve darne notizia circostanziata al Responsabile della prevenzione.

Per espressa previsione dell'art. 54 del d.lgs. 165/2001, alla quale è stato conformato il Regolamento aziendale in materia di accesso ai documenti amministrativi, la segnalazione del whistleblower è sottratta al diritto di accesso previsto dagli artt. 22 e seguenti della legge 241/1990 e ss.mm.ii.

Ai sensi dell'art. 1, comma 51 della legge 6 novembre 2012, n. 190 e dell'art. 19, comma 5 della legge 11 agosto 2014, 114, le segnalazioni di illeciti di cui il pubblico dipendente sia venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro possono essere effettuate direttamente all'Autorità Nazionale Anticorruzione, che a tal fine ha attivato un canale privilegiato ([whistleblowing@anticorruzione.it](mailto:whistleblowing@anticorruzione.it)) a favore di chi, nelle situazioni di cui si è detto, scelga di rivolgersi all'Autorità e non alle vie interne stabilite dall'Amministrazione di appartenenza ed istituito un protocollo riservato dell'Autorità, in grado di garantire la necessaria tutela del pubblico dipendente: sono assicurati la riservatezza sull'identità del segnalante e lo svolgimento di un'attività di vigilanza, al fine di contribuire all'accertamento delle circostanze di fatto e all'individuazione degli autori della condotta illecita.

- Entro il 31/12/2017, verrà valutata la possibilità di rafforzare la tutela della riservatezza del whistleblower, mediante l'adozione di un sistema di trasmissione delle segnalazioni che assicuri l'anonimato tecnologico;
- In conformità a quanto previsto dalla specifica procedura, il Comitato Unico di Garanzia provvede a segnalare tempestivamente al RPC eventuali azioni discriminatore nei confronti del whistleblower di cui sia venuto a conoscenza nell'esercizio delle sue funzioni.

### **1.11 Procedure per la selezione del personale**

Compatibilmente con le previsioni normative e negoziali tempo per tempo vigenti, nelle procedure di selezione del personale deve formare oggetto di specifica valutazione dell'idoneità dei candidati la conoscenza dei principi e delle norme fondamentali in materia di etica, integrità e legalità, dei doveri e delle responsabilità dei pubblici funzionari e degli incaricati di pubblico servizio e del personale operante presso le pubbliche amministrazioni, nonché dei doveri previsti dai codici di comportamento e delle sanzioni applicabili in caso di violazione.

Per i neo-assunti, ai fini del positivo superamento del periodo di prova, costituisce elemento rilevante il rispetto degli obblighi previsti dai Codici di comportamento e delle prescrizioni contenute nel presente Piano, nonché delle disposizioni e procedure aziendali.

Il personale di nuova assegnazione presso una struttura deve essere adeguatamente formato, anche prevedendo un eventuale periodo di affiancamento, e informato dal Responsabile della struttura su obblighi di comportamento e regole previsti dai Codici di comportamento e dal presente Piano e sulle conseguenze della loro violazione.

### **1.12 Formazione**

L'Azienda ritiene che la formazione svolga un ruolo di primaria importanza nell'ambito della strategia per la prevenzione dell'illegalità, in quanto strumento indispensabile per assicurare una corretta e compiuta conoscenza delle regole di condotta che il personale è tenuto ad osservare ai sensi del presente Piano e dei Codici di comportamento e a creare un contesto favorevole alla legalità, attraverso la veicolazione dei principi e dei valori su cui si fondano.

L'ASL CN1 adotta annualmente il programma di formazione dei dipendenti nell'ambito del quale sarà individuata, a decorrere dal 2014, la formazione prevista dalla normativa anticorruzione articolata su due livelli essenziali:

- a. un **livello generale**, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- b. un **livello specifico**, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione, al Responsabile della Trasparenza, ai Referenti, Dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio e alle altre figure a

vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione, avente ad oggetto le politiche, i programmi ed i vari strumenti, tecniche e metodologie utilizzati per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Gli interventi formativi destinati al Responsabile della prevenzione e ai Referenti, verteranno, oltre che sugli aggiornamenti in materia di normativa e regolamentazione in tema di anticorruzione, anche sulla c.d. "manualistica OCSE", sull'integrazione di approcci diversi, strumenti e metodologie complesse (mix di approcci comportamentali e valoriali) e sulle tecniche di risk management.

Per la formazione di livello specifico verrà privilegiata l'eventuale offerta formativa delle Scuole del Sistema unico del reclutamento e della formazione pubblica di cui al decreto n. 70/2013, ed, in particolare, le attività promosse dal Dipartimento della Funzione Pubblica tramite la FormezPA.

L'attività formativa di livello generale sarà rivolta a tutti i dipendenti e potrà mirare all'aggiornamento delle competenze e alla cultura dell'etica e della legalità.

La formazione generale, dovrà, inoltre, prevedere approfondimento delle disposizioni e discipline rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione e, in particolare, deve avere ad oggetto le seguenti materie:

- ✓ normativa in materia di prevenzione della corruzione, contenuti e finalità del Piano Nazionale Anticorruzione e del Piano triennale della prevenzione della corruzione e del Programma triennale della trasparenza;
- ✓ etica e legalità;
- ✓ reati contro la pubblica amministrazione;
- ✓ Codici di Comportamento e disciplinari, conflitto di interesse e obbligo di astensione e conseguenti sanzioni in caso di violazione, segnalazione di illeciti;
- ✓ conferimento e autorizzazione all'esercizio di incarichi extra-istituzionali.

Per diffondere il senso dell'etica e promuovere la cultura della legalità e per accrescere le competenze sui vari temi concernenti l'integrità e la prevenzione della corruzione, potranno essere organizzati interventi di didattica frontale, seminari, laboratori didattici, percorsi di affiancamento *on the job*, *webinar*, *focus group*, guidati da esperti, per far sì che dall'incontro di dipendenti di diversa estrazione possano emergere, nel corso dell'esame di casi concreti riferiti al contesto di vita dell'amministrazione, i comportamenti eticamente corretti.

La formazione generale, sia essa di approccio valoriale che contenutistico, è affidata ad esperti di comprovata esperienza nella formazione sui temi della prevenzione della corruzione e della promozione della cultura dell'integrità, della legalità e della trasparenza.

I Responsabili delle strutture aziendali, entro il **31 ottobre di ogni anno**, propongono al Responsabile per la Prevenzione il programma annuale di formazione del personale della propria struttura e i dipendenti da inserire nel medesimo.

Sulla base di tali proposte, il Responsabile della prevenzione, sentiti i Referenti, e in raccordo col Responsabile della trasparenza, definisce annualmente i fabbisogni formativi e seleziona i dipendenti da inserire nei programmi della formazione obbligatoria sulla base dei criteri di priorità stabiliti nel presente Piano e pubblica sulla *intranet* aziendale i nominativi dei dipendenti che hanno partecipato ai percorsi formativi.

La selezione del personale destinatario della formazione, fatte salve motivate specifiche esigenze, viene operata sulla base dei seguenti criteri di priorità:

- a) ruolo svolto nell'ambito del processo di gestione del rischio;



- b) grado di rischio dell'attività svolta;
- c) livello di responsabilità riconnesso all'incarico o alla posizione ricoperti;
- d) assenza o minor livello di formazione, a parità degli altri requisiti.

A prescindere dai sopra esposti criteri, deve essere data priorità ai neo-assunti e al personale coinvolto nei processi di rotazione.

Il Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità cura la predisposizione del programma annuale di formazione in materia di anticorruzione e la sua pubblicazione sulla *intranet* aziendale, l'attivazione e l'organizzazione dei corsi nel rispetto dei tempi programmati, la verifica dell'effettiva partecipazione del personale selezionato ai corsi, la rilevazione e il monitoraggio del percorso formativo.

Nell'ambito dei corsi dovranno essere somministrati ai partecipanti questionari per rilevare il livello di apprendimento, le priorità rispetto ad ulteriori esigenze formative e il grado di soddisfazione dei percorsi avviati con l'indicazione di eventuali suggerimenti e correttivi da attuare.

Il Responsabile della S.S. Formazione Sviluppo delle competenze e Qualità, entro il **30 novembre di ogni anno**, comunica al Responsabile per la prevenzione i dati relativi alla formazione erogata nell'anno di riferimento in materia di anticorruzione, con indicazione del numero dei dipendenti formati suddiviso per struttura di appartenenza, della quantità, in termini di giornate/ore, di formazione erogata, dei soggetti erogatori e della tipologia e contenuti della formazione.

La partecipazione ai corsi di formazione è obbligatoria e l'inosservanza dell'obbligo è sanzionabile come violazione degli obblighi stabiliti dal presente Piano.

Fatte salve ulteriori integrazioni o eventuali modificazioni, per l'anno 2017 sono state inserite nel Programma annuale di formazione le seguenti iniziative:

<b>FORMAZIONE IN MATERIA DI ANTICORRUZIONE SPECIFICO PER IL SETTORE ACQUISTI/APPALTI</b>			
<b>Committente</b>	DIREZIONE AMMINISTRATIVA SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI		<b>B 15</b>
<b>Bisogno Formativo</b>	Bisogno dell'Azienda		
<b>Finalità pianificata</b>	Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti		
<b>Obiettivo di interesse nazionale:</b>	Appropriatezza prestazioni sanitarie nei LEA. Sistemi di valutazione, verifica e miglioramento dell'efficienza ed efficacia		
<b>Obiettivo di riferimento regionale</b>	Area giuridico - normativa		
<b>Obiettivo Dossier Formativo</b>	Obiettivo di Processo		
<b>Tipologia formativa</b>	CORSO	RESIDENZIALE	
<b>Professioni coinvolte</b>	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE Tutte le professioni non sanitarie		
<b>N° edizioni previste</b>	1	<b>N° ore per edizione</b>	8
<b>Inizio erogazione</b>	3 trimestre		<b>N° partecipanti per edizione</b> 25
<b>Sede</b>	CUNEO		

## ANTICORRUZIONE E TRASPARENZA: RUOLO, OBBLIGHI, DOVERI E RESPONSABILITA' DEI DIPENDENTI DELL'ASL CN1

<b>Committente</b>	DIREZIONE AMMINISTRATIVA SC AFFARI GENERALI E CONTROLLI INTERNI		<b>B 16</b>
<b>Bisogno Formativo</b>	Bisogno dell'Azienda		
<b>Finalità pianificata</b>	Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti		
<b>Obiettivo di interesse nazionale:</b>	Management sanitario. Innovazione gestionale e sperimentazione di modelli organizzativi e gestionali		
<b>Obiettivo di riferimento regionale</b>	Area gestionale/management organizzativa		
<b>Obiettivo Dossier Formativo</b>	Obiettivo di Processo		
<b>Tipologia formativa</b>	CORSO	RESIDENZIALE	
<b>Professioni coinvolte</b>	TUTTE LE PROFESSIONI SANITARIE Tutte le professioni non sanitarie		
<b>N° edizioni previste</b>	4	<b>N° ore per edizione</b>	4
<b>Inizio erogazione</b>	2 trimestre		<b>N° partecipanti per edizione</b> 70
<b>Sede</b>	MONDOVI' SAVIGLIANO		

### 1.13 Patti di integrità

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'esplicito impegno anti-corrruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.

Si tratta di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, l'ASL CN 1 con deliberazione n. 528 del 24/12/2013 ha adottato un primo Patto di integrità pubblicato nella sezione "Anticorruzione" dei siti internet e intranet.

Nel corso del 2014, la S.C. Tecnico, ha elaborato un ulteriore "Patto di integrità" per lo specifico settore degli affidamenti di sua competenza.

I Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure, devono assicurare l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara.

Detti Responsabili devono inoltre curare l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.

Delle eventuali violazioni del patto di integrità e dei conseguenti provvedimenti adottati deve essere data tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione.

## 1.14 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Nell'ambito della strategia di prevenzione, le azioni di sensibilizzazione e il rapporto con la società civile hanno la funzione fondamentale di creare un dialogo con l'esterno e di implementare un rapporto di fiducia e di collaborazione con cittadini ed utenti che può contribuire in modo significativo all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti silenti.

Sotto tale profilo un ruolo significativo potrà essere svolto, in primo luogo dalla Conferenza dei servizi aziendali di partecipazione, istituita dall'Azienda al dichiarato fine di garantire agli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale, un ruolo partecipativo nella programmazione e valutazione dei servizi aziendali, in armonia con il d.lgs. 502/1992, con il D.P.C.M. 19/09/1995 "Carta dei servizi sanitari" e le indicazioni regionali in materia.

In tale ottica, l'Azienda adotta il "Piano della Comunicazione" che contempla, tra le sue finalità e obiettivi, anche e prioritariamente quello di promuovere la partecipazione e il coinvolgimento degli stakeholder attraverso un'efficace azione di comunicazione.

Con riferimento allo specifico ambito dell'anticorruzione e della trasparenza ed integrità, il ruolo partecipativo degli stakeholder sarà garantito attraverso :

- ✓ l'adozione di iniziative volte ad assicurare un'efficace comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione adottata ed attuata dall'ASL tramite pubblicazione sul sito Web aziendale, nell'apposita sezione dedicata all'anticorruzione, dei documenti e delle notizie rilevanti a tal fine, ed, *in primis*, del presente Piano e dei suoi aggiornamenti e della relazione annuale riportante i dati sulla sua attuazione;
- ✓ la predisposizione di soluzioni organizzative e l'attivazione di canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva e l'utilizzo dei canali di ascolto già esistenti in chiave propositiva, anche al fine di migliorare e implementare la strategia di prevenzione della corruzione;
- ✓ l'organizzazione di incontri o l'effettuazione di consultazioni pubbliche via web, per l'acquisizione di contributi e suggerimenti in occasione della predisposizione degli aggiornamenti del Piano per la prevenzione della corruzione, del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e del Codice di comportamento aziendale.

A tal fine:

- i Responsabili della SS URP e dell'Ufficio Stampa, in raccordo col Responsabile per la prevenzione e il Responsabile della trasparenza, definiscono annualmente le iniziative di comunicazione e diffusione della strategia di prevenzione della corruzione e di promozione della legalità e della trasparenza, da inserire nel Piano della Comunicazione;
- il Responsabile della SS URP predispone una procedura per la disciplina e la gestione delle segnalazioni presentate dagli stakeholder esterni e per la raccolta di proposte e suggerimenti utili a migliorare e implementare la strategia di prevenzione;
- il Responsabile della SS Informatica e Telecomunicazioni, in raccordo col Responsabile della SS Comunicazione e Ufficio Stampa, cura l'attivazione e l'implementazione di canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di corruzione, di cattiva amministrazione e di situazioni di conflitto di interessi.

I Responsabili della SS URP e dell'Ufficio Stampa trasmettono al Responsabile della prevenzione, entro il **31 ottobre di ogni anno**, una relazione a consuntivo, sulle iniziative realizzate e sui risultati ottenuti.

### **1.15 Monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti**

Il Piano Nazionale Anticorruzione individua, quale misura trasversale, la definizione di un sistema di monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti, previsto dall'art. 1, comma 9, lett. d) della legge 190/2012, con l'obiettivo di evidenziare eventuali omissioni o ritardi e di consentire la tempestiva adozione di adeguate iniziative in caso di scostamenti.

A tal fine, fatto salvo, laddove possibile, il monitoraggio tramite rilevazione diretta attraverso il sistema informativo aziendale, i Responsabili delle articolazioni aziendali effettuano, con cadenza semestrale, il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e trasmettono al Referente della macro-area di appartenenza appositi report trimestrali recanti gli esiti del monitoraggio che dovranno essere pubblicati sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente" nei termini e secondo le modalità indicate nella Programmazione della trasparenza.

Nel report devono essere riportati i seguenti dati:

- a) numero di procedimenti conclusi nel semestre di riferimento;
- b) numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini;
- c) numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo;
- d) ragioni che hanno determinato il ritardo;
- e) provvedimenti ed interventi correttivi adottati.

I Referenti, ciascuno per la macro-area di pertinenza, vigilano sull'osservanza dell'obbligo, anche attraverso periodiche verifiche a campione, comunicando tempestivamente al Responsabile della prevenzione eventuali criticità riscontrate e trasmettono al medesimo, entro il **31 ottobre di ogni anno**, una relazione contenente i dati qualitativi e quantitativi relativi al monitoraggio effettuato nelle strutture di rispettiva pertinenza, con specificazione della percentuale di scostamento rilevata, delle cause dello scostamento e dei provvedimenti adottati e all'eventuale omesso od intempestivo assolvimento dell'obbligo di rilevazione e trasmissione dei report da parte delle strutture medesime.

### **1.16 Monitoraggio dei rapporti fra l'azienda e i soggetti che con la stessa instaurano rapporti di rilevanza economica**

Ai sensi dell'art. 1, comma 9, lett. e) della legge 190/2012, l'Azienda deve monitorare i rapporti con i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i suoi dirigenti e i dipendenti.

In fase di prima applicazione e nelle more della definizione di un sistema di monitoraggio supportato da strumenti informatici, i Responsabili delle strutture interessate e i dirigenti e i dipendenti assegnatari delle pratiche rientranti nelle suddette materie attestano, nel provvedimento di competenza, l'insussistenza di relazioni di parentela o affinità con i destinatari/beneficiari del provvedimento medesimo.

In caso di conflitto di interesse, dovranno essere attivati i meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della legge 241/90.

I Responsabili di struttura presentano, entro il **31 ottobre di ogni anno**, al Responsabile della prevenzione una relazione riportante l'elenco dei provvedimenti per i quali è stata riscontrata una situazione di conflitto di interessi e delle misure adottate.

## 1.17 Rapporti con enti di diritto privato e società partecipate in controllo pubblico

Così come previsto dalla normativa, gli enti di diritto privato e le società in controllo pubblico, incluse le società *in house*, sono tenuti ad introdurre e a implementare adeguate misure organizzative e gestionali per ridurre il rischio di corruzione e illegalità. Qualora questi enti adottino già modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del d.lgs. 231/2001 nella propria azione di prevenzione della corruzione possono fare perno su essi, ma estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dalla l. 231/2001 ma anche a tutti quelli considerati nella l. 190/2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente. Tali parti dei modelli di organizzazione e gestione, integrate ai sensi della l. n. 190/2012 e denominate Piani di prevenzione della corruzione, devono essere trasmessi all'ASL.

Gli enti di diritto privato in controllo pubblico sono, inoltre, tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri Piani di prevenzione della corruzione, nonché a definire nei propri modelli di organizzazione e gestione dei meccanismi di accountability che consentano ai cittadini di avere notizie in merito alle misure di prevenzione della corruzione adottate e alla loro attuazione.

I dati relativi agli enti controllati e alle società partecipate dall'ASL CN1 vengono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con l'elencazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'ASL o delle attività di servizio pubblico affidate dalla medesima..

Nei confronti degli enti di diritto privato e delle società partecipate sottoposti al proprio controllo, congiuntamente alle altre amministrazioni che detengano quote di partecipazione e secondo le modalità formalmente definite con le medesime, l'ASL CN1 provvede inoltre:

- ad effettuare le verifiche sulle inconferibilità nei confronti degli amministratori la cui nomina sia stata proposta o effettuata dall'ASL CN1;
- a promuovere l'inserimento, anche negli statuti societari, di meccanismi sanzionatori a carico degli amministratori che non abbiano adottato le misure organizzative e gestionali per la prevenzione della corruzione e il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- vigilare sull'adozione delle misure di prevenzione e sulla nomina del RPC da parte delle società controllate;
- promuovere l'adozione di misure di tutela analoghe a quelle previste nella determinazione ANAC n. 6/2015 sul *whistleblower*;
- promuovere la stipula di protocolli di legalità contenenti la cadenza temporale delle misure da adottare negli enti/società in controllo pubblico cui partecipi.

Ai sensi dell'orientamento ANAC n. 24 del 23 settembre 2015, l'erogazione di somme a qualsiasi titolo da parte dell'ASL CN1 in favore di enti di diritto privato sottoposti al proprio controllo o di società cui partecipi è subordinato al tempestivo e completo adempimento, da parte dell'ente o della società, degli obblighi di comunicazione dei dati richiesti dall'amministrazione ai fini dell'assolvimento dei propri obblighi di pubblicazione a norma dell'art. 22, comma 1, del d.lgs. 33/2013 e alla completa e tempestiva pubblicazione, nei siti web degli enti controllati e delle società partecipate, dei dati di cui agli artt. 14 e 15 del d.lgs. 33/2013, relativi ai componenti degli organi di indirizzo e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione e consulenza.

Sono esclusi da tale previsione i pagamenti cui l'ASL sia tenuta a fronte di obbligazioni contrattuali per prestazioni rese a suo favore da parte degli enti e delle società di cui all'art. 22, comma 1, lett. da a) a c) del d.lgs. 33/2013.

## SEZIONE 2 - MISURE ESISTENTI E ULTERIORI

### 2.1 Misure esistenti

L'ASL CN1 ha sempre posto particolare attenzione alla predisposizione di meccanismi di formazione, attuazione e controllo dei processi e delle decisioni al fine di garantire il perseguimento dei fini istituzionali nel rispetto della legalità, dell'efficienza e dell'efficacia e delle attività e della qualità dei servizi resi ai cittadini.

In particolare, l'Azienda si è dotata nel tempo di presidi organizzativi finalizzati a circoscrivere e presidiare gli ambiti di discrezionalità, quali la separazione delle funzioni e responsabilità e dei compiti, le valutazioni e decisioni collegiali, l'informatizzazione dei processi e procedimenti "sensibili", la tracciabilità degli accessi ai sistemi informativi, controlli informatici preventivi e successivi, sistema di valutazione della performance, controllo di gestione, sistema di qualità, controlli a campione e mirati da parte del

Servizio Ispettivo. A questi si aggiungono quelli istituzionali di legalità e regolarità amministrativo-contabile da parte del Collegio Sindacale e del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato.

Tali presidi, di ordine organizzativo e procedurale, concorrono a formare il sistema delle misure volte a prevenire il fenomeno della corruzione e dell'illegalità nell'ambito dell'ASL CN1.

Costituiscono, inoltre, a pieno titolo misure preventive, ai fini del presente Piano, i seguenti documenti:

- *REGOLAMENTO RECANTE DISCIPLINA PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI DI COLLABORAZIONE A NORMA DELL'ART. 7, COMMA 6, DEL D.LGS. N.165/2001 (DDG. 222 del 04/06/2013);*
- *REGOLAMENTO PER LE ACQUISIZIONI IN ECONOMIA DI BENI E SERVIZI AI SENSI DELL'ART. 125 DEL D.LGS. 12/04/2006 N. 163 E S.M.I. E RELATIVO REGOLAMENTO ATTUATIVO EX D.P.R. 05/10/2010 N. 207 (DDG. 209 del 16/05/2014);*
- *REGOLAMENTO PER LE SPERIMENTAZIONI CLINICHE, STUDI OSSERVAZIONALI ED ATTIVITA' ASSIMILABILI NELL'AMBITO DELLE STRUTTURE SANITARIE DELL'ASL CN1 (DDG. 195 del 16.05.2013);*
- *ADOZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE IN MATERIA DI TRATTAMENTO DI MISSIONE E MODALITÀ DI UTILIZZO DELL'AUTO AZIENDALE E SS.MM.II. (DDG. 192 del 16/05/2013 – DDG. 118 del 07/03/2014);*
- *NUOVO REGOLAMENTO DI CONTABILITA' AZIENDALE (DDG. 99 del 28/02/2014);*
- *REGOLAMENTO PER L'INSERIMENTO DI PAZIENTI IN CARICO AL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI DEL PRIVATO SOCIALE (DDG. 17 del 16/01/2013);*
- *APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE PER I PROCEDIMENTI DISCIPLINARI RELATIVI AL PERSONALE ASL CN1 (DDG. 466 del 19/12/2016);*
- *PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI: REGOLAMENTO (DDG. 382 del 20/12/2012 – REVISIONE DDG. 460 del 16/12/2014- RETTIFICA DDG. 76 del 31/03/2015);*
- *REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA E LA GESTIONE DELLE SPONSORIZZAZIONI (DDG. 18 del 20/01/2015);*
- *REGOLAMENTO AZIENDALE DI ORGANIZZAZIONE DEI PROVVEDIMENTI AMMINISTRATIVI E REGOLAMENTO ALBO PRETORIO ON LINE (DDG. 158 del 11/05/2012);*
- *REVISIONE ANNUALE DEL "DOCUMENTO PROGRAMMATICO SULLA SICUREZZA" DEI DATI PERSONALI TRATTATI DALL'A.S.L. CN1 – ANNO 2016 (DDG. 94 del 29/03/2016);*
- *REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA PARTECIPAZIONE ALLE ATTIVITA' FORMATIVE (DDG.151 del 22/03/2012);*
- *REGOLAMENTO AZIENDALE PER IL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DI DOCENZA (DDG. 48 del 31/01/2012);*
- *APPROVAZIONE REGOLAMENTO RELATIVO ALLA FRUIZIONE DEL SERVIZIO MENSA (DDG. 33 del 24/01/2012);*
- *APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER LA DETERMINAZIONE DEI CRITERI DI COSTITUZIONE E RIPARTIZIONE DEL COMPENSO INCENTIVANTE DELLA PROGETTAZIONE INTERNA DI CUI ALL'ARTICOLO 92, COMMA 5 DEL D.LGS. 163/2006 E S.M.I. (DDG. 733 del 02/12/2011);*
- *REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA FREQUENZA VOLONTARIA E TIROCINIO PRESSO L'ASL CN1 (DDG. 467 del 29/07/2011);*
- *ADOZIONE DEL REGOLAMENTO DEL DIRITTO DI ACCESSO AI DOCUMENTI AMMINISTRATIVI EX ARTT. 22 E SS. L. 241/1990 E SS.MM.II. (DDG. 459 del 29/07/2011 e DDG 268 del 26/06/2014);*
- *APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER LA CONCESSIONE DEL PATROCINIO E UTILIZZO DEL LOGO DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE CN1 (DDG. 368 del 06/07/2011);*
- *ADOZIONE DEL REGOLAMENTO SULLE MODALITA' D'USO DEGLI STRUMENTI INFORMATIVI, DI INTERNET E DELLA POSTA ELETTRONICA (DDG. 318 del 16/06/2011);*
- *ADOZIONE REGOLAMENTO SULLA VIDEOSORVEGLIANZA (DDG. 307 del 14/06/2011);*

- INTEGRAZIONE DEI CONTRATTI IN ESSERE PER LA REGOLAMENTAZIONE DEI RAPPORTI GIURIDICO-ECONOMICI CON LE STRUTTURE SOCIO-SANITARIE GIA' CONVENZIONATE. DELEGA AI DIRETTORI DI DISTRETTO (DDG. 598 del 06/12/2010);
- FINANZIAMENTI DA PARTE DI ENTI TERZI ED EVENTUALI PROGETTI AD ESSI COLLEGATI CHE PREVEDANO LA CORRESPONSIONE DI INCENTIVI – REGOLAMENTAZIONE (DDG. 552 del 10/11/2010);
- REGOLAMENTO PER DISCIPLINARE LE PROCEDURE FINALIZZATE AD EFFETTUARE ASSUNZIONI A TEMPO DETERMINATO (DDG. 484 del 30/09/2010);
- APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE SULLE PROCEDURE SELETTIVE INTERNE DEL PERSONALE DEL COMPARTO, AI SENSI DELL'ART.16, C.4, CCNL 07.04.1999 E DELL'ART.15, C.2, CCIA 03.02.2009. CONTESTUALE INDIZIONE DI ALCUNE SELEZIONI INTERNE PER PROFILI DEI RUOLI AMMINISTRATIVO E TECNICO (DDG. 376 del 28/07/2010);
- APPROVAZIONE DEL REGOLAMENTO IN MATERIA DI SPONSORIZZAZIONI INDIVIDUALI IN AMBITO FORMATIVO (DDG. 356 del 12/07/2010);
- APPROVAZIONE DEL NUOVO REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA DELL'ASSISTENZA LEGALE DIRETTA AZIENDALE E DEL RIMBORSO DELLE SPESE LEGALI E PERITALI AI DIPENDENTI (DDG. 166 del 04/08/2015);
- APPROVAZIONE REGOLAMENTO PER L'UTILIZZO DEGLI AUTOMEZZI AZIENDALI DA PARTE DEL PERSONALE DIPENDENTE (DDG. 1241 del 31/12/2009);
- NUOVA ADOZIONE DEL REGOLAMENTO DI PUBBLICA TUTELA (DDG. 1238 del 31/12/2009);
- ADOZIONE REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DELLE ATTIVITA' DI CONTROLLO SVOLTE DAL SERVIZIO ISPETTIVO NEI CONFRONTI DEL PERSONALE DIPENDENTE E CONVENZIONATO (DDG. 1188 del 22/12/2009);
- ADOZIONE REGOLAMENTO IN MATERIA DI SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' EXTRA-ISTITUZIONALI DA PARTE DEL PERSONALE DIPENDENTE E DI ANAGRAFE DELLE PRESTAZIONI E DELEGA ALLA FIRMA PER IL RILASCIO DELLE AUTORIZZAZIONI (DDG. 1187 del 22/12/2009 – DDG. 34 del 30/01/2014);
- ADOZIONE REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA GESTIONE DELLE SPESE EFFETTUATE A MEZZO CASSA ECONOMALE. (DDG. 296 del 18/02/2009);
- ACCORDO INTEGRATIVO AZIENDALE IN MATERIA DI LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA DIRIGENZA MEDICA E VETERINARIA E DIRIGENZA SANITARIA E PERSONALE AMBULATORIALE CONVENZIONATO del 26/03/2015;
- DISCIPLINA DELL'ATTIVITA' DI SUPPORTO E COLLABORAZIONE DEL PERSONALE DELL'AREA NEGOZIALE DEL COMPARTO ALLA LIBERA PROFESSIONE INTRAMURARIA (DDA 41 del 26/01/2012);
- REGOLAMENTO SULLE DONAZIONI E I COMODATI D'USO GRATUITO (DDG. 400 del 21/10/2014);
- REGOLAMENTO IN MATERIA DI PROCEDIMENTI AMMINISTRATIVI (TERMINI E RESPONSABILI) AI SENSI DELLA L. 241/1990 E S.M.I. (DDG. 436 del 28/11/2014);
- REGOLAMENTO IN MATERIA DI CRITERI E PROCEDURE PER L'AFFIDAMENTO DEGLI INCARICHI DI DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA A DIRIGENTI DEI RUOLI PROFESSIONALE, TECNICO ED AMMINISTRATIVO (DDG. 81 del 16/03/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO DIAGNOSTICA PER IMMAGINI (DDG. 92 del 24/03/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO MEDICO GENERALE E RIABILITATIVO (DDG. 93 del 24/03/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE (DDG. 102 dell'1/4/2016);
- MODIFICA REGOLAMENTO PER TRASPORTI PROTETTI DI ASSISTITI (DDG. 130 del 20/04/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO INTERAZIENDALE DI SALUTE MENTALE (DDG. 168 del 10/05/2016);
- REGOLAMENTO SULLE MODALITA' DI GESTIONE DEL SERVIZIO DI OSPITALITA' DELLE SALME PRESSO LE CAMERE MORTUARIE DEI PRESIDI OSPEDALIERI DI CEVA, MONDOVI', FOSSANO, SAVIGLIANO E SALUZZO (DDG. 177 del 19/05/2016);
- SERVIZIO DI PRONTA DISPONIBILITA'-REGOLAMENTAZIONE ANNO 2016 (DDG. 187 del 27/05/2016);
- REGOLAMENTO PER LO SVOLGIMENTO DI CONCORSI UNICI TRA LE AZIENDE ASL CN1, ASO S. CROCE E CARLE E ASL CN2 (DDG. 223 del 29/06/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO EMERGENZA URGENZA (DDG. 292 del 24/08/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO MEDICO-SPECIALISTICO (DDG. 307 del 20/09/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO CHIRURGICO (DDG. 310 del 23/09/2016);
- REGOLAMENTO DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE (DDG. 398 dell'11/11/2016);
- NUOVO REGOLAMENTO SULLE MODALITA' DI RECUPERO DEI CREDITI (DDG. 434 dello 09/12/2016);
- REGOLAMENTO DEL COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITA', LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI (DDG. 438 del 12/12/2016);
- REGOLAMENTO AZIENDALE PER L'APPLICAZIONE DELLA REGOLAMENTAZIONE REGIONALE SULL'INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO (DDG. 476 del 27/12/2016);
- REGOLAMENTO RELATIVO AI CONTROLLI SUI SERVIZI ECONOMICI APPALTATI (DDG. 488 del 28/12/2016);
- DETERMINAZIONE IN VIA FORFETTARIA DELLE SPESE DEL PROCEDIMENTO RELATIVE AL RECUPERO DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE DI COMPETENZA DELL'ASL, AI SENSI DELLA LEGGE 24/11/1981 N. 689 (DDG. 500 del 29/12/2016);
- ATTUAZIONE CRITERI PER LA DETERMINAZIONE DELLA MISURA DELLE SANZIONI AMMINISTRATIVE PECUNIARIE EX ART. 11 DELLA LEGGE 24/11/1981 N. 689 (DDG. 501 del 29/12/2016);

- *INDIVIDUAZIONE RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE UNICA PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA) (DDG. 25 DEL 27/01/2017),*

e ogni altro provvedimento, procedura, direttiva e disposizione interna, comunque denominata.

## 2.2 Misure ulteriori di carattere generale

Con riferimento alle attività classificate ad “Alto” rischio ai sensi del presente Piano, i Responsabili delle articolazioni aziendali cui le stesse afferiscono, in raccordo con i Referenti della macro-area di pertinenza, verificano la rispondenza e, all’occorrenza, adottano/adeguano le procedure di formazione, attuazione e controllo delle decisioni da utilizzare nell’ambito dei processi/attività “sensibili” afferenti la propria struttura, alle previsioni del presente Piano e ai seguenti:

### ✓ principi generali:

- segregazione delle responsabilità e dei compiti e previsione di adeguati livelli autorizzativi, allo scopo di evitare sovrapposizioni funzionali o allocazioni operative che concentrino le attività critiche su un unico soggetto;
- tracciabilità dei processi e delle responsabilità, attraverso un adeguato supporto documentale (cartaceo e/o informatico) che consenta in qualunque momento la verifica del processo stesso in termini di congruità, coerenza, responsabilità e rispetto della normativa;
- assegnazione dei compiti e funzioni in coerenza con le competenze, i poteri e le responsabilità inerenti la qualifica posseduta e il profilo professionale di appartenenza;
- legalità, in forza del quale gli atti e le attività devono essere posti in essere nel più rigoroso rispetto delle norme di legge, dei regolamenti, delle procedure e dei Codici aziendali;
- rispetto dell’ordine cronologico nella trattazione delle pratiche, fatti salvi i casi di urgenza che devono essere espressamente richiamati nel provvedimento.

## 2.3 Regole/misure specifiche ulteriori rispetto a quelle obbligatorie

Per settori particolarmente esposti a rischio vengono previste le seguenti ulteriori regole/misure specifiche di prevenzione:

### ➤ Settore acquisizione del personale:

- sorteggio dei componenti delle commissioni di concorso in diretta streaming;
- trasmissione report annuale al RPC degli incarichi affidati senza espletamento della procedura di selezione, con indicazione del soggetto a favore del quale l’incarico è stato conferito, dell’oggetto, dell’importo/compenso previsto e delle ragioni del mancato espletamento della procedura selettiva.

### ➤ Settore affidamento di lavori, servizi e forniture – Contratti pubblici:

- svolgimento delle sedute pubbliche di gara in diretta streaming;
- divieto di partecipare alle commissioni di gara e di valutazione delle offerte per coloro che hanno fornito le specifiche tecniche del capitolato;
- trasmissione di report semestrale al RPC degli affidamenti suddivisi per tipologia di procedura adottata con indicazione delle ditte affidatarie, dell’oggetto e dell’importo dell’affidamento;
- trasmissione di report semestrale al RPC relativo alle proroghe/prosecuzioni dei rapporti contrattuali oltre l’originario termine di scadenza, o di copia dei relativi atti, con indicazione del soggetto a favore del quale è stata disposta la proroga/prosecuzione, dell’oggetto e importo della proroga/prosecuzione e delle ragioni del mancato espletamento della procedura di gara;
- divieto di inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito di clausole individualizzanti che possano comportare il riconoscimento o il condizionamento dei partecipanti alla gara o riferite a caratteristiche possedute in via esclusiva da specifici beni, servizi, forniture;
- gli atti di gara e di aggiudicazione devono contenere l’espresso divieto di subappalto di qualsiasi



tipo da parte dell'aggiudicatario alle ditte/imprese che hanno partecipato alla gara individualmente o in forma associata.

- **Settore convenzioni per trasposti sanitari:**
  - a) assegnazione dei singoli viaggi sulla base di criteri formalmente predeterminati.
- **Settore affidamento del servizio odontoprotesico:**
  - a) applicazione della procedura adottata per uniformare la gestione dell'attività odontoprotesica aziendale.
- **Settore erogazione di prestazioni di assistenza protesica:**
  - a) monitoraggio, previa individuazione di specifici indicatori in raccordo coi Direttori di Distretto, il Responsabile della SSD Assistenza Integrativa e Protesica e il Responsabile della prevenzione, dei rapporti prescrittore/fornitore mediante rilevazione, a cura della Direzione Amministrativa dei Distretti, per ogni fornitore autorizzato, del numero e dell'entità economica delle forniture riconducibili al medesimo prescrittore e segnalazione ai Referenti di Area e al RPC delle situazioni in cui tale rapporto evidenzia un valore superiore a quello medio.
- **Inserimento in strutture socio sanitarie pubbliche e private:**
  - a) predeterminazione dei criteri e loro specifica indicazione negli atti relativi ai singoli inserimenti;
- **Utilizzo di beni e risorse aziendali/ricieste di rimborsi spese:**
  - a) autorizzazione delle missioni e controllo dei rimborsi spese mediante l'apposita funzionalità della procedura di gestione del personale "IRIS WEB";
  - b) monitoraggio mensile sulle richieste di rimborso spese per utilizzo dell'automezzo di proprietà del dipendente o del personale convenzionato da parte della SC Personale.
- **Attività di controllo ufficiale nelle materie di competenza del Dipartimento di Prevenzione:**
  - a) compatibilmente con le risorse di personale disponibili, affidamento dell'attività di controllo ufficiale, ad almeno due dipendenti abbinati secondo rotazione casuale e secondo criteri che assicurino il loro avvicendamento nei confronti dei destinatari della suddetta attività;
  - b) definizione di un sistema di programmazione delle attività di campionamento ufficiale che garantisca la segretezza dei dati relativi ai destinatari (proprietari degli animali) delle medesime fino alla data di effettiva esecuzione (realizzato).
- **Settore attività libero professionale e liste di attesa :**
  - a) verifica, a cura della SS Gestione Libera Professione, della congruità tra le agende di prenotazione e l'erogazione/fatturazione delle prestazioni e segnalazione al Responsabile del Coordinamento dei Presidi Sanitari e al Responsabile della prevenzione delle eventuali anomalie e trasmissione a quest'ultimo di una relazione, **entro il 31 ottobre di ogni anno**, riportante i dati della verifica;
  - b) adozione di un sistema di pagamento delle prestazioni che assicuri la tracciabilità della corresponsione di qualsiasi importo;
  - c) prenotazione delle prestazioni e inserimento/comunicazione dei dati previsti dalla legge 120/2007, come modificata dal D.L. 158/2012, tramite sistema informatico aziendale (CUPALPI);
  - d) nel triennio di validità del presente Piano, verifica della disponibilità di ulteriori spazi aziendali da destinare all'esercizio della libera-professione e conseguente progettazione esecutiva e realizzazione, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili.
- **Settore ricerca, sperimentazione, sponsorizzazione, informazione scientifica:**
  - a) revisione del regolamento interno in materia di sponsorizzazione di eventi formativi mediante formalizzazione della competenza esclusiva della SS in materia di organizzazione e gestione di tutti gli eventi formativi che si svolgono all'interno dell'ASL;
  - b) revisione del regolamento interno in materia di informazione scientifica (realizzato).

➤ **Settore rilevazione presenze:**

a) monitoraggio mensile, da parte dei Responsabili di struttura e della SC Gestione Risorse Umane, sulle timbrature fuori sede e sulle omesse timbrature e adozione delle conseguenti iniziative o misure correttive in caso di riscontrate anomalie/criticità;

➤ **Settore delle attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero:**

a) istituzione, presso ogni presidio in cui è allestita una camera mortuaria di pertinenza dell'ASL, ancorché non direttamente gestita, di un registro delle imprese che, su incarico dei familiari, accedono ai locali dell'Azienda per lo svolgimento dell'attività funebre (realizzato).

I Referenti, con riferimento alle strutture ricomprese nella macro-area di rispettiva competenza, verificano, con cadenza almeno annuale, l'effettiva adozione ed applicazione di procedure rispondenti ai principi definiti nel presente Piano e l'attuazione delle ulteriori misure individuate per ciascuno dei sopra elencati settori, dandone evidenza nella relazione da presentare al Responsabile della prevenzione entro il **31 ottobre di ogni anno**.

Nella suddetta relazione annuale, i Referenti formalizzano le procedure utilizzate dalle strutture afferenti la rispettiva macro-area per lo svolgimento delle attività di competenza e i controlli di regolarità e legittimità posti in essere, specificando i soggetti addetti al controllo, l'oggetto e la tempistica. Nella medesima relazione dovranno altresì essere indicati gli eventuali interventi correttivi/implementativi delle misure esistenti per migliorare l'efficacia dell'azione preventiva.

## PARTE SPECIALE “B” -PROGRAMMAZIONE DELLA TRASPARENZA-

### Premessa

La trasparenza costituisce un importante principio per prevenire la corruzione, mediante la pubblicazione costante e tempestiva di informazioni sulle attività poste in essere, favorendo forme di controllo da parte di soggetti esterni. Il dettaglio delle misure adottate in termini di trasparenza è parte integrante del presente Piano a favore di azioni deterrenti contro potenziali condotte illegali o irregolari.

Il quadro normativo di seguito riportato definisce l'elenco non esaustivo dei principali normativi provvedimenti osservati e il D.Lgs 14 marzo 2013, n. 33, recante il *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* adottato dal Governo in attuazione della delega contenuta nella legge n. 190/2012, così come modificato dal D.Lgs 2 maggio 2016, n. 97 *“Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”* è la norma denominata *“decreto trasparenza”* di rilevante impatto sull'intera disciplina, quale risultato conseguente ai diversi interventi normativi, che si sono seguiti nel tempo e in particolare:

- l'art. 11 del D.Lgs n. 150/2009 che definisce la trasparenza come *“accessibilità totale attraverso lo strumento di pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità”*;
- la delibera n. 105/2010 della Commissione per la valutazione, la trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (CIVIT), avente ad oggetto *“le linee guida per la predisposizione del programma triennale per la trasparenza e l'integrità”*, che definiscono il contenuto minimo e le caratteristiche essenziali del programma succitato, indicando i dati che devono essere pubblicati sul sito istituzionale delle amministrazioni e le modalità di pubblicazione;
- le linee guida per i siti web della PA del 29 luglio 2011, previste dalla Direttiva n. 8 del 26 novembre 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione, che prevedono che i siti web delle P.A. debbano rispettare il principio della trasparenza tramite *“l'accessibilità totale”* da parte del cittadino alle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, definendo i contenuti minimi dei medesimi siti istituzionali;
- la delibera n. 2/2012 della CIVIT, avente ad oggetto *“Le linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità”*;
- la legge 6 novembre 2012, n. 190, entrata in vigore il 28 novembre, *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione”*, che ha fatto del principio di trasparenza uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione e che in particolare all'art. 1, comma 15, prevede che la trasparenza dell'attività amministrativa sia assicurata mediante la pubblicazione nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione e individua al comma 16, i procedimenti che debbono essere oggetto di trasparenza per assicurare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili;
- la legge 17 dicembre 2012, n. 221, *“Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese”*, che ha poi differito al 31 marzo 2013 il termine per l'adozione del Piano della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 1, c. 8, della legge n. 190/2012;

- la delibera n. 6/2013, “Linee guida relative al ciclo di gestione della performance per l’annualità 2013” della CiVIT, quale Autorità Nazionale Anticorruzione, con la quale, in considerazione:
- la delibera CiVIT n. 50/2013 avente ad oggetto “Linee Guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”;
- la delibera CiVIT n. 71/2013 e n. 77/2013 in merito alle attestazioni O.I.V. sull’assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l’anno 2013 e attività di vigilanza e controllo dell’Autorità;
- la delibera CiVIT n. 144/2014 relativa agli obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni;
- il DPCM 22 settembre 2014 avente ad oggetto “Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell’indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni;
- la determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 avente ad oggetto “Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici”;
- la legge 7 agosto 2015, n. 124 «Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» e in particolare l’art. 7 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza”;
- la determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 recante l’aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con riferimento ai contenuti previsti alla sez. 2.1, 6° alinea “Trasparenza come misura di prevenzione della corruzione”, che raccomanda di inserire il Programma per la trasparenza all’interno del PTPC, come specifica sezione;
- Determinazione 1309 del 28.12.2016 “«Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni».”;
- Determinazione 1310 del 28.12.2016 “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”

### Principi generali

Si pone in evidenza quanto disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del “decreto trasparenza”, che introducono una nuova tipologia di accesso (d’ora in avanti “accesso civico generalizzato”), delineata in particolare nel novellato art. 5, comma 2 del citato decreto, ai sensi del quale “*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall’art. 5-bis*”.

Quanto sopra si traduce, in estrema sintesi, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione, al fine di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico (art. 5, comma 2 del decreto trasparenza).

Ciò in attuazione del principio di trasparenza che il novellato articolo 1, comma 1, del decreto ridefinisce come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a “*favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche*”, ma soprattutto, e con una modifica assai significativa, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all’attività amministrativa.

## La trasparenza diviene, quindi, principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini.

A questa impostazione consegue, nel novellato decreto 33/2013, il rovesciamento della recedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento dell'obbligo di pubblicazione; ora è proprio la libertà di accedere ai dati e ai documenti, cui corrisponde una diversa versione dell'accesso civico, a divenire centrale nel nuovo sistema, in analogia agli ordinamenti aventi il *Freedom of Information Act* (FOIA), ove il diritto all'informazione è generalizzato e la regola generale è la trasparenza mentre la riservatezza e il segreto eccezioni.

Inoltre in riferimento al combinato disposto normativo in materia di protezione dei dati personali e del riordino della trasparenza amministrativa, si ritiene opportuno evidenziare che la diffusione dei dati personali e/o sensibili, mediante la pubblicazione su sito istituzionale, è ammissibile nel rispetto delle seguenti regole:

1. sul sito non dovranno MAI essere pubblicati dati sulla salute e sulla vita sessuale (tale disposizione dovrà essere osservata in particolare dalle Strutture aziendali che pubblicano i dati ai sensi degli artt. 14 e 26 del "decreto trasparenza");
2. sul sito possono essere pubblicati dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi (in forma integrale, per estratto, ivi compresi gli allegati), solo se vi è una norma di legge o di regolamento che preveda tale possibilità;
3. sul sito devono essere pubblicati solo i dati personali pertinenti rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto;
4. sul sito devono essere pubblicati solo i dati sensibili (ad esclusione di quelli di cui al punto 1 che non possono mai essere diffusi) e giudiziari che siano indispensabili, rispetto alla finalità di trasparenza che si intende perseguire nel caso concreto.

### 1.1 Le principali novità

Le proposte di revisione alla sotto-sezione del "P.T.P.C.T.", dedicata agli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza per il triennio 2017-2019, sono state acquisite e redatte dal Responsabile della Trasparenza la Dott.ssa Grazia Maria ALBERICO.

La revisione tiene conto:

- a. dei contenuti del Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33, in materia obblighi di pubblicità e diffusione di informazioni, da parte delle pubbliche amministrazioni e, in particolare del concetto di trasparenza quale accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, essendo finalizzata alla realizzazione di una amministrazione aperta e al servizio del cittadino (art. 1, c. 2, d.lgs. n. 33/2013);
- b. della revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche, apportate dal **Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97**
- c. delle indicazioni da parte dell'ANAC, intervenute nel corso degli anni 2014 – 2015 e 2016.

Le modifiche rispetto alle misure e obblighi adottati nel triennio precedente, con deliberazione n. 24 del 28 gennaio 2016, possono essere sintetizzate come segue:

- è stata pubblicata entro il 31 gennaio 2016, l'attestazione dell'Organismo Indipendente di Valutazione ASL CN1, in merito all'assolvimento da parte di questa Azienda degli obblighi di trasparenza, secondo le indicazioni fornite dall'ANAC con la delibera 77/2013;
- è stata aggiornata e compilata la sezione dedicata allo "Scadenario dei nuovi obblighi amministrativi";

Nell'ottica di un costante e continuo miglioramento della propria performance in materia di trasparenza, l'A.S.L. CN1 ha attivato la funzionalità che consente di linkare sul proprio sito istituzionale sez. Amministrazione Trasparente il logo della "Bussola della Trasparenza", quale strumento on-line aperto a tutti gli stakeholders che consente di monitorare e verificare la trasparenza dei siti-web delle PPAA, nell'ottica di una considerazione del rapporto azienda-cittadino/utente, secondo il paradigma *dell'open government\**.

## 1.2. Procedimento di elaborazione e adozione del programma

### 1.2.1 **Obiettivi strategici in materia di trasparenza posti dagli organi di vertice negli atti di indirizzo**

L'ASL CN1, ai fini della completa attuazione dei principi di trasparenza e integrità, ha da tempo operato affinché il sito istituzionale [www.aslcn1.it](http://www.aslcn1.it), offra agli utenti un'immagine aziendale con caratteristiche di uniformità, riconoscibilità e semplicità di navigazione gli obiettivi strategici individuati dagli organi di vertice dell'Azienda.

In particolare le pagine del portale sono realizzate in ottemperanza alle "Linee guida per i siti web della PA", in relazione alla trasparenza e ai contenuti minimi dei siti pubblici, alla visibilità dei contenuti, al loro aggiornamento, all'accessibilità e all'usabilità, alla reperibilità, alla classificazione e alla semantica, ai formati e contenuti aperti.

L'ASL CN1 ritenendo necessario porre al centro della propria attività i bisogni e le esigenze del cittadino/utente, intende avvalersi di più strumenti e canali per garantire alla popolazione lo svolgimento di diverse attività di informazione e di comunicazione attraverso le seguenti modalità:

- **scritta:** comunicati stampa, opuscoli, Carta dei Servizi;
- **visiva:** manifesti, cartellonistica, foto;
- **verbale:** sportelli, conferenze stampa, interviste televisive;
- **on line:** sito web, social network, posta elettronica;

**e con l'organizzazione di eventi** (formativi, mostre, spettacoli, Giornate della trasparenza) e attraverso l'utilizzo dei **mezzi di informazione di massa** (tv e televideo, radio e stampa locale).

L'A.S.L. CN1 ha attivato un indirizzo PEC ([protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it)), collegato all'Ufficio di protocollo centrale, dandone evidenza sulla home page del sito internet aziendale, come previsto dalla vigente normativa (art. 34 L. 69/2009). In un'epoca di "ipercomunicazione", la difficoltà maggiore per una pubblica amministrazione è quella di riuscire a raggiungere in maniera mirata uno specifico target di riferimento in quanto dalla scelta dello strumento più idoneo per il target di riferimento individuato dipende strettamente il grado di efficacia della strategia adottata.

In conclusione, una strategia di comunicazione, per essere efficace, deve poter prevedere canali e strumenti comunicativi, di diversa natura e fortemente integrati tra loro, che permettano all'amministrazione di "curare" la relazione con l'utente, rafforzarla e valorizzarla nel tempo con continuità. Sulla base di tale costante rapporto con il cittadino/utente, l'Azienda può assicurarsi una maggiore trasparenza dei suoi servizi e una maggior aderenza ai bisogni dell'utente.

Gli obiettivi strategici nell'ambito della comunicazione in relazione all'implemento della trasparenza vertono a:

- informare sul ruolo svolto dall'Azienda rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini e assicurando la massima visibilità sull'efficienza e l'impegno;
- richiamare l'attenzione dei cittadini per la valutazione dei servizi erogati ed incrementare le iniziative di coinvolgimento;

- sviluppare una rete di collaborazione esterna con altri soggetti istituzionali per la valorizzazione di temi di interesse pubblico;
- rendere puntuale conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- garantire la massima trasparenza sull'andamento dell'Azienda.

Non va sottovalutato anche nell'ambito della trasparenza l'attenzione posta dall'Azienda verso i propri dipendenti al fine di incidere sul senso di appartenenza e motivazione creando un efficiente sistema di comunicazione interna fra tutti i soggetti dell'Azienda.

### 1.2.2 Collegamenti con il Piano della Performance

L'ASL CN1 si è dotata con delibera n. 492 del 23/12/2014, ai sensi della D.G.R. n. 25-6944 del 23/12/2013, del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (di seguito Si.Mi.Va.P.), definito dall'ASL CN1 in applicazione alle linee guida regionali, ai sensi dei Contratti Nazionali di Lavoro vigenti e nel rispetto del dettato del D.Lgs. 150/2009.

Questo Sistema costituisce lo strumento operativo che dal 01/01/2015 l'Azienda utilizza al fine della valutazione annuale della performance organizzativa e individuale; tale Sistema infatti, unitamente al Piano della Performance, traduce l'attenzione al processo di budget della nostra Azienda e pone l'accento sul contributo che ciascun soggetto apporta, attraverso la propria azione, al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'ASL CN1.

E' da sottolineare inoltre che il Si.Mi.Va.P. struttura un sistema di fatto già esistente in Azienda, come specificato anche nel paragrafo 2.2 del documento: "Il Si.Mi.Va.P. non è sostitutivo degli strumenti di programmazione e controllo già esistenti, ma meglio vuole integrarli e includerli in un sistema più ampio, orientato non solo al presidio dell'efficienza, ma alla performance in senso lato, dove la soddisfazione del bisogno della collettività rappresenta la finalità principale".

La misurazione della performance è un elemento fondamentale per il miglioramento dell'efficienza ed efficacia, perché può rendere l'organizzazione capace di:

- migliorare, una volta a regime, il sistema di individuazione e comunicazione dei propri obiettivi;
- verificare che gli obiettivi siano stati conseguiti;
- informare e guidare i processi decisionali;
- gestire più efficacemente sia le risorse sia i processi organizzativi;
- influenzare e valutare i comportamenti di gruppi e di individui;
- rafforzare l'accountability e le responsabilità a diversi livelli gerarchici;
- incoraggiare il miglioramento continuo e l'apprendimento organizzativo.

La valutazione della performance organizzativa opera nei confronti di tutte le articolazioni organizzative ed équipe professionali individuate quali Centri di Negoziazione del Budget dall'Azienda e a cui è attribuita autonomia gestionale e conseguentemente responsabilità di budget; oggetto della valutazione è infatti il grado di raggiungimento degli obiettivi attribuiti nell'ambito del Processo di budget.

Il sistema degli obiettivi aziendali si riferisce ai Dipartimenti, alle Strutture Complesse e alle Strutture Semplici Dipartimentali e alle Strutture Semplici in Staff: queste sono le unità organizzative a cui si attribuisce la responsabilità della performance organizzativa.

Il Si.Mi.Va.P. descrive al suo interno l'intero ciclo di gestione della performance aziendale, individuando per ciascuna fase gli opportuni tempi, responsabilità e modalità di attuazione dell'iter stabilito e la documentazione che deve essere predisposta in ciascun passaggio del ciclo. L'attuazione del Si.Mi.Va.P. era stata demandata dalla Regione Piemonte a partire dagli obiettivi assegnati per il 2015, ma l'ASL CN1 ha già sin dall'anno 2014 definito il proprio Piano della Performance 2014-2016.

Il Piano della Performance è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance così come previsto dal Capo II del D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150: si parte dalla definizione degli obiettivi, si provvede durante l'anno al loro monitoraggio e controllo, fino ad arrivare, l'anno successivo, alla rendicontazione di come sono andate le attività previste ed a misurare i risultati raggiunti: di conseguenza il Piano della Performance (art. 10 c. 1 lett. a) del D.Lgs 27 ottobre 2009 n. 150) è il documento programmatico attraverso il quale, conformemente alle risorse assegnate e nel rispetto della programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono individuati gli obiettivi, gli indicatori, i risultati attesi (target di riferimento), delle varie articolazioni organizzative dell'Azienda Sanitaria Locale CN1.

Secondo quanto previsto dall'articolo 10, comma 1 del decreto, all'interno del Piano vengono riportati:

- gli indirizzi e gli obiettivi strategici ed operativi;
- gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell'amministrazione;
- gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori.

Gli obiettivi sono articolati in strategici ed operativi; per ogni obiettivo vengono individuati uno o più indicatori ed i relativi target ai fini di consentire la misurazione e la valutazione della performance.

Il Piano infine contiene gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale ed i relativi indicatori. Ciò è funzionale a consentire la valutazione della performance individuale dei dirigenti di cui art. 9, comma 1, lettere a) e b) del citato decreto.

L'ASL CN1 ha approvato il Piano della Performance per gli anni 2014-2016 con deliberazione n. 149 del 31/03/2014 e con provvedimento n. 77 del 31/03/2015 ha approvato l'aggiornamento del Piano per l'anno 2015; l'aggiornamento del Piano della Performance relativo all'anno 2016 è stato approvato con deliberazione n. 124 del 15/04/2016. Come per il 2016, anche per l'anno 2017, la Direzione ha definito la strategia aziendale, avvalendosi del supporto delle Macrostrutture e del Collegio di Direzione. Nella riunione del 23 novembre 2016 è stata presentata la prima bozza del piano che si integrerà inoltre con i Piani direttori degli ospedali che sono stati costruiti in sinergia con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e presentati pubblicamente ai rappresentanti delle istituzioni locali. Come l'anno precedente, l'esplicitazione della strategia effettuata nel Piano delle azioni consente la definizione di aree specifiche di intervento e con il confronto con quanto già avviato e/o completato negli anni precedenti e le indicazioni per gli intendimenti per l'anno 2017; per ciascuna azione viene individuato un soggetto Responsabile, con il compito di coordinarne lo sviluppo, di monitorarne l'andamento e, per quanto possibile, di definirne le caratteristiche e portarla avanti come obiettivo di budget 2017.

Le aree su cui si svilupperanno le attività ricoprono diversi ambiti aziendali, quali l'appropriatezza nell'erogazione dei LEA, l'attenzione alla specialistica ambulatoriale ed ai tempi di attesa, l'integrazione ospedale e territorio, le tematiche dei pazienti critici, cronici e fragili, lo sviluppo di strategie nell'ambito della medicina territoriale, il miglioramento dei percorsi clinici per i pazienti, l'attenzione agli aspetti della prevenzione sanitaria e dello screening, gli interventi strutturali negli ospedali e nelle sedi dell'ASL con particolare riferimento al Piano Direttorio, la prevenzione della corruzione e l'attuazione dei principi di trasparenza e integrità.

Tutte le Azioni saranno quindi oggetto di attenta programmazione e potranno confluire nel Piano della Performance 2017 che verrà strutturato entro la scadenza regionale del 31/03/2017.



Il Piano e la Relazione sulla Performance, il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sono gli strumenti individuati dal D.Lgs 150/2009 per l'attuazione del ciclo di gestione della performance. Alla luce di tali indicazioni, si rende necessario operare un coordinamento ed una integrazione fra gli ambiti relativi alla performance ed alla trasparenza, affinché vi sia un collegamento fra la programmazione strategica ed operativa dell'Azienda (contenuta nel Piano della Performance) e gli obiettivi di trasparenza indicati nel piano triennale. La promozione di maggiori livelli di trasparenza, come sottolineato dal D. Lgs 33/2013 all'art. 10, revisionato dal D. Lgs. 97 del 25/05/2016, costituisce un'area strategica di ogni amministrazione e pertanto deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. La trasparenza è pertanto funzionale alla corretta implementazione del ciclo di gestione della performance, garantendo l'effettiva accountability dell'Azienda in termini di obiettivi e risultati dell'azione amministrativa.

### 1.2.3 Uffici e dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma

I soggetti coinvolti nell'individuazione dei contenuti, nell'elaborazione e aggiornamento del Programma triennale, coerente con le strategie della Direzione Aziendale, sono:

- la Direzione Generale che definisce le linee strategiche e gli obiettivi da perseguire;
- il Responsabile della Trasparenza individuato con Delibera del Direttore Generale;;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione individuato con Delibera del Direttore Generale;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione che, valuta lo svolgimento del processo, l'adeguatezza delle modalità di assegnazione degli obiettivi e la coerenza con le disposizioni del Sistema;
- lo "Staff Trasparenza – Gruppo strategico direzionale", individuato con Delibera del Direttore Generale che supporta il Responsabile della Trasparenza nella fase di redazione, aggiornamento e attuazione degli adempimenti in materia trasparenza;
- il Gruppo di lavoro Si.Mi.Va.P istituito con Delibera del Direttore Generale per la redazione del sistema di misurazione e valutazione della performance dell'A.S.L. CN1.

### 1.2.4 Modalità di coinvolgimento degli stakeholders e i risultati di tale coinvolgimento

L'Azienda ha già attuato politiche di coinvolgimento dei propri stakeholders che intende mantenere e potenziare nel corso degli anni anche attraverso l'attivazione di nuove forme e strumenti che potranno presentarsi per la migliore gestione dei servizi da erogare. Per quanto concerne la condivisione delle politiche di trasparenza, in prima applicazione, risulta necessario e dovuto il coinvolgimento della cittadinanza, quale interlocutore deputato alla tutela del diritto alla salute. Nel passato sono stati individuati e coinvolti nei processi Aziendali cittadini, pazienti, dipendenti, enti istituzioni associazioni etc..

L'Azienda intende implementare il percorso di ascolto e partecipazione a tutti i livelli e continuare ad utilizzare in modo sistematico i vari strumenti di ascolto dei cittadini/clienti, di comunicazione e informazione e di coinvolgimento ponendo innanzitutto il cittadino nelle condizioni di esprimere la propria opinione sulla qualità dell'assistenza ricevuta.

I cittadini vengono interpellati tramite:

- le indagini di customer satisfaction centrali e decentrate;
- l'elaborazione della Carta dei Servizi;
- la Gestione tavoli di lavoro (focus group) con erogatori sanitari, socio-sanitari e terzo settore;
- l'Audit civico;
- la raccolta di reclami, segnalazioni ed elogi;
- il monitoraggio dei dati di accesso al sito-web aziendale;
- le azioni positive del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;

- l'interazione con le diverse aree contrattuali (comparto, dirigenza medica-veterinari e sanitaria professionale tecnica e amministrativa);
- l'organizzazione della Conferenza Aziendale di partecipazione;
- l'organizzazione delle Giornate della Trasparenza
- la consultazione pubblica per l'adozione e revisione del programma.

Rispetto agli altri stakeholders, continueranno ad attuarsi le politiche di coinvolgimento e partecipazione, al fine di garantire la rendicontazione dell'operato Aziendale, tenendo presente, quale obiettivo prioritario, la semplificazione del reperimento delle informazioni e delle procedure. Anche nei confronti dei dipendenti, l'Azienda intende migliorare ed implementare la trasparenza dell'operato, anche attraverso un'informazione tempestiva, puntuale e capillare nella sezione intranet. Ad integrazione di quanto già evidenziato nella sezione relativa all'integrità, per quanto concerne il mondo economico e professionale, si intendono perseguire politiche di massima trasparenza e imparzialità. Il presente piano rappresenta dunque il riferimento dei vari documenti Aziendali, che saranno ad esso collegati per la realizzazione delle iniziative descritte. E' attiva dall'anno 2014 una casella di posta elettronica dedicata: [responsabile.trasparenza@aslcn1.it](mailto:responsabile.trasparenza@aslcn1.it)

### 1.3 Le iniziative di comunicazione della trasparenza

#### 1.3.1 **Iniziative e strumenti di comunicazione per la diffusione dei contenuti del programma e dei dati pubblicati**

Le attività di promozione e di diffusione dei contenuti in materia di trasparenza sono volte a favorire l'effettiva conoscenza e utilizzazione dei dati che l'Azienda pubblica e permettere la partecipazione degli stakeholders interni ed esterni alle iniziative per la trasparenza e l'integrità. Si ritiene che la primaria iniziativa da intraprendere sia quella di una corretta formazione del personale dipendente, al fine di garantire la giusta comunicazione e informazione agli utenti. La tabella seguente riassume in modo semplice e schematico tutte le misure di diffusione programmate nel corso del triennio 2016-2019

Attività di promozione, diffusione e formazione	Destinatari	2017	2018	2019
<b>Formazione in ambito etico-normativo</b> in materia di trasparenza, integrità e anticorruzione	Dipendenti	Formazione ai Gruppi aziendali coinvolti nell'elaborazione del P.T.T.I. e ai Responsabili di Struttura e Referenti	Formazione per le posizioni di responsabilità, mediche, infermieristiche ed amministrative	Formazione al restante personale dipendente
<b>Formazione metodologica per la mappatura dei processi per rischi</b> in materia di trasparenza, integrità e anticorruzione	Dipendenti	Formazione ai Gruppi aziendali coinvolti dal P.T.T.I. e Referenti processi a rischio	Implementazione attività formativa ai soggetti formati sull'anno 2017	Approfondimento attività formativa ai soggetti formati e implementati sugli anni 2017-2018
<b>Formazione divulgativa sulle tematiche etica-legalità</b> in materia di trasparenza, integrità e anticorruzione	Dipendenti, Stakeholders	Evento formativo tipo convegno specifico in materia	Evento formativo tipo convegno specifico in materia	Programmazione eventi formativi ulteriori
Aggiornamenti via mail sul livello di attuazione del Programma e sulle buone pratiche raggiunte	Dipendenti, Stakeholders	Mail a dipendenti in occasione di particolari modifiche al sito	Mail a dipendenti in occasione di particolari modifiche al sito	Mail a dipendenti in occasione di particolari modifiche al sito
Pubblicazione di contenuti di trasparenza "interna" nella Intranet Aziendale	Dipendenti	Creazione della sezione Amministrazione Trasparente sul portale aziendale	Diffusione new-letter-aziendale con riferimenti anche alla tematica "trasparenza"	Indagini su tematiche da definire

Attività di promozione, diffusione e formazione	Destinatari	2017	2018	2019
Questionari e sondaggi (online e cartacei)	Dipendenti, <i>Stakeholders</i>	Consultazione Pubblicazione adozione P.T.T.I.	Consultazione Pubblicazione adozione P.T.T.I.	Consultazione Pubblicazione adozione P.T.T.I.

### 1.3.2 Organizzazione e risultati attesi delle Giornate della trasparenza

Le Giornate della trasparenza, espressamente previste dal decreto (art. 10, comma 6), sono strumenti di coinvolgimento degli stakeholders per la promozione e la valorizzazione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni. Esse rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- la partecipazione dei cittadini per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Per evitare, inoltre, che le Giornate della trasparenza si riducano a momenti di confronto occasionali le amministrazioni dovranno porre particolare attenzione sia all'attività preparatoria delle Giornate, sia a quella di elaborazione dei contenuti emersi dal confronto con i soggetti invitati. Per la preparazione delle Giornate sono di indubbio rilievo:

- l'individuazione dei soggetti esterni ed interni che si vogliono coinvolgere e le modalità nonché i criteri di selezione di tali soggetti. Si segnala, in proposito, che questi eventi, da un lato, possono essere rivolti a singole tipologie di stakeholder e, dall'altro, possono rappresentare un'occasione per raggiungere anche cittadini che, per motivi di diversa natura, non utilizzano tecnologie informatiche;
- la preparazione dei contenuti delle Giornate, eventualmente coinvolgendo in via preventiva gli stakeholders (interni ed esterni) - mediante, ad es., questionari ed incontri - per finalizzare l'organizzazione di tali Giornate alle concrete esigenze di conoscenza dei partecipanti;
- la possibilità di consentire interventi dei partecipanti e uno spazio adeguato al dibattito.

Nella fattispecie l'Azienda nell'ambito della *Conferenza dei Servizi*, ha organizzato in data 05.12.2016 "la Giornata della Trasparenza", quale evento per illustrare ai cittadini/utenti e alle organizzazioni maggiormente rappresentative i principali temi dell'azione amministrativa. Si ritiene in particolare che la giornata della trasparenza è stata occasione per acquisire riscontri sul grado di comprensibilità, accessibilità e utilizzabilità dei dati pubblicati, nell'ottica del processo di miglioramento continuo della trasparenza.

## 1.4 Processo di attuazione

In base a quanto contenuto nelle delibere (CiVIT) Anac, sono state individuate nel presente documento i soggetti responsabili e le categorie di dati da pubblicare come di seguito riportato.

La gestione degli obblighi di pubblicazione delle relative azioni viene effettuata con l'ausilio del supporto informatico (sito web) al fine di rendere completo ed esaustivo lo stesso e consentire al cittadino, al quale l'Azienda deve rendicontare, di fruire di tutti i documenti collegati. Le tempistiche di aggiornamento, ove non specificate, si intendono tempestive al rilevarsi della necessità di revisione.

L'allegato 4 – sezione "amministrazione trasparente", parte integrante e sostanziale del presente Piano riporta gli obblighi di pubblicazione, per ognuna dei campi indicati dal DLgs 33/2013 (decreto trasparenza) e in particolare:

- Denominazione sotto-sezione 1 livello (Macrofamiglie);
- Denominazione sotto-sezione 2 livello (tipologie di dati);
- Riferimento Normativo;
- Denominazione del singolo obbligo;

- Contenuti dell'obbligo;
- Aggiornamento;
- Soggetti responsabili in ogni fase del processo;
- Stato attuale di pubblicazione;
  
- Termini previsti per ogni singola fase di prima pubblicazione;
- Modalità di pubblicazione on-line;
- Cadenza periodica di monitoraggio e verifica.

#### **1.4.1 Individuazione dei dirigenti responsabili della trasmissione, pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati**

I Dirigenti responsabili della trasmissione, pubblicazione e aggiornamento dei dati sono i Responsabili dei Servizi competenti opportunamente individuati sulla base degli obblighi elencati nell'allegato 4 – sezione “amministrazione trasparente”. Inoltre, l'A.S.L. CN1 ha individuato i componenti del “Gruppo strategico direzionale” quali referenti per la trasparenza, che si coordinano secondo modalità specifiche, con il Responsabile della Trasparenza.

#### **1.4.2 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi**

Le modalità di gestione del sito e di pubblicazione dei dati sono state articolate in fasi strutturate come segue:

- Stesura della sotto-sezione dedicata alle misure e obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza;
- Aggiornamento infrastruttura piattaforma informatica sezione “Amministrazione Trasparente” del sito internet aziendale secondo la normativa vigente;
- Analisi dei dati da pubblicare con tutti i servizi di competenza e il Gruppo Trasparenza;
- Predisposizione dell'allegato 4 – sezione “amministrazione trasparente” elenco degli obblighi di pubblicazione;
- Modalità di pubblicazione on-line dei dati: pubblicazione diretta da parte del Soggetto Resp.le nelle sezioni di propria competenza, con il supporto del Servizio Informativo Direzionale, previa verifica da parte del Responsabile della Trasparenza;
- Protezione dei dati personali e sensibili: il codice in materia di protezione dei dati personali prevede che questa esigenza sia conformata al rispetto del principio di proporzionalità (i dati devono pertanto essere pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge - artt. 3 e 11 del Codice);
- Vigilanza sulla coerenza dei contenuti con le norme di legge, garantendo il rispetto di quanto previsto dall'art 54 del D.Lgs. 82/2005 (Codice dell'Amministrazione Digitale);
- Verifica della completezza, tempestività e comprensibilità delle informazioni contenute nella sezione Amministrazione Trasparenza;
- Aggiornamento dei dati secondo le tempistiche stabilite.

Nelle strutture coinvolte, il Responsabile del Servizio è garante della pubblicazione dei dati di competenza, considerato che il medesimo è tenuto all'aggiornamento tempestivo delle informazioni contenute nella sezione illustrativa specifica della pagina internet descrittiva delle aree, risorse, orari etc.

#### 1.4.3 Sistema di monitoraggio con l'individuazione dei dirigenti responsabili

Il monitoraggio e l'audit sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza sono svolti da soggetti interni all'amministrazione e dall'O.I.V. al fine di verificare la progressiva esecuzione delle attività programmate e il raggiungimento degli obiettivi.

L'Azienda ha individuato *nello Staff Trasparenza – Gruppo strategico direzionale*, i soggetti deputati all'effettuazione di audit periodici e il documento relativo alla procedura in argomento viene notificato (a mezzo mail) ai Soggetti aziendali cui afferiscono gli obblighi di trasparenza assoggettati a monitoraggio, mentre l'estratto in formato tabellare viene pubblicato nelle sez. Amministrazione Trasparente – Dati ulteriori, con le risultanze sui controlli effettuati nello specifico, in merito alla qualità, all'integrità, al costante aggiornamento, alla completezza, alla tempestività, alla semplicità di consultazione, alla comprensibilità, all'omogeneità, e alla facile accessibilità.”

Il monitoraggio avviene con cadenza (annuale, semestrale e trimestrale).

*L'Organismo Indipendente di Valutazione* svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit e in particolare promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità.

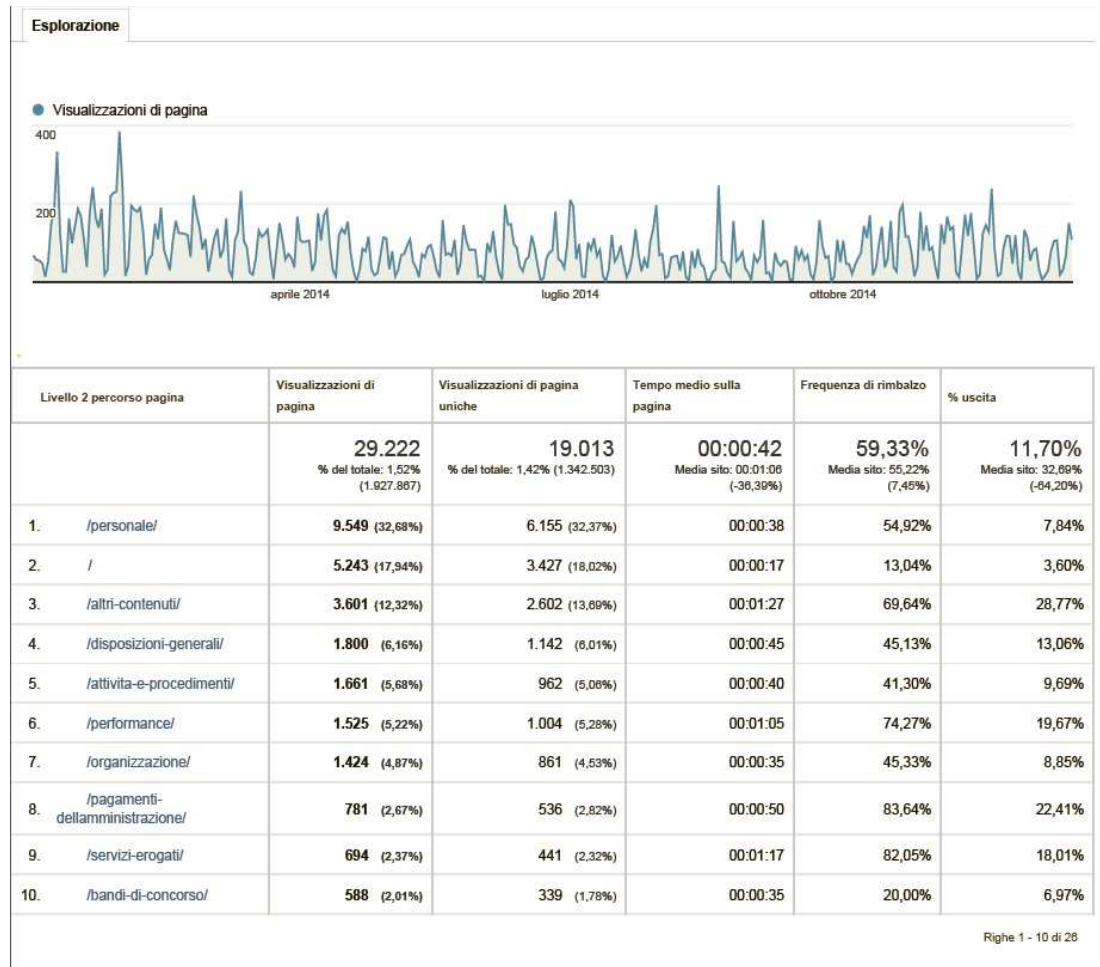
Considerato che tale attestazione costituisce strumento di verifica in merito all'effettivo adempimento degli obblighi di trasparenza, l'attività di monitoraggio l'Organismo Indipendente di Valutazione è focalizzata su un insieme delimitato di obblighi, ritenuti particolarmente rilevanti sotto il profilo economico e sociale, al fine di rendere tale attività al contempo maggiormente sostenibile ed efficace.

L'eventuale segnalazione di inadempimenti nell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, può dare luogo a responsabilità ai sensi dell'art. 11, comma 9 del citato Decreto.

*L'Anac – l'Autorità Nazionale Anticorruzione* la cui missione istituzionale ai sensi del Decreto Legge n. 90/2014 convertito in Legge n. 114/2014, può essere individuata nella “prevenzione della corruzione nell'ambito delle amministrazioni pubbliche, nelle società partecipate e controllate anche mediante l'attuazione della trasparenza in tutti gli aspetti gestionali, nonché mediante l'attività di vigilanza nell'ambito dei contratti pubblici, degli incarichi e comunque in ogni settore della pubblica amministrazione che potenzialmente possa sviluppare fenomeni corruttivi, evitando nel contempo di aggravare i procedimenti con ricadute negative sui cittadini e sulle imprese, orientando i comportamenti e le attività degli impiegati pubblici, con interventi in sede consultiva e di regolazione”.

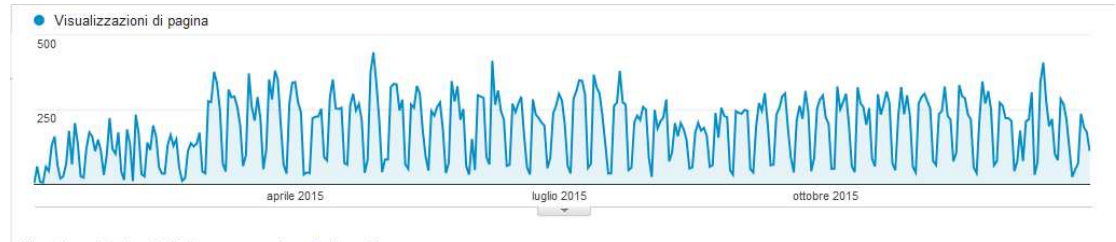
#### 1.4.4 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione “Amministrazione Trasparente”

Al fine di rilevare l'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione “Amministrazione Trasparente” si ritiene opportuno monitorare periodicamente l'andamento degli accessi al sito istituzionale nella sezione dedicata alla “trasparenza”. Si riportano nella Figura 2, gli accessi al portale istituzionale – Sez. “Amministrazione Trasparente”, rilevati nel periodo dal 1/1/2014 e fino al 31/12/2014.



(il punto 2. “/...” corrisponde alla pagina di accesso denominata “Amministrazione Trasparente”)  
Figura

Si riportano nella Figura 3, gli accessi al portale istituzionale – Sez. “Amministrazione Trasparente”, rilevati nel periodo dal 1/1/2015 e fino al 31/12/2015.



Livello 2 percorso pagina ?	Visualizzazioni di pagina ?	Visualizzazioni di pagina uniche ?	Tempo medio sulla pagina ?	Frequenza di rimbalzo ?	% uscita ?
	<b>67.151</b> % del totale: 3,21% (2.090.112)	<b>48.768</b> % del totale: 3,29% (1.484.500)	<b>00:01:03</b> Media per vista: 00:01:20 (-21,12%)	<b>62,51%</b> Media per vista: 59,75% (4,62%)	<b>28,00%</b> Media per vista: 37,22% (-24,79%)
1.  /organizzazione/	<b>36.667</b> (54,60%)	<b>27.950</b> (57,31%)	00:01:23	62,76%	37,87%
2.  /personale/	<b>9.352</b> (13,93%)	<b>6.433</b> (13,19%)	00:00:39	55,67%	12,44%
3.  /	<b>7.705</b> (11,47%)	<b>4.730</b> (9,70%)	00:00:29	22,93%	6,92%
4.  /altri-contenuti/	<b>4.122</b> (6,14%)	<b>3.220</b> (6,60%)	00:01:25	74,12%	34,64%
5.  /performance/	<b>1.619</b> (2,41%)	<b>1.190</b> (2,44%)	00:01:34	73,31%	26,99%
6.  /attività-e-procedimenti/	<b>1.568</b> (2,34%)	<b>971</b> (1,99%)	00:00:24	31,25%	5,80%
7.  /disposizioni-general/	<b>1.169</b> (1,74%)	<b>754</b> (1,55%)	00:01:02	63,33%	14,46%
8.  /pagamenti-dell'amministrazione/	<b>1.166</b> (1,74%)	<b>923</b> (1,89%)	00:01:10	81,18%	47,34%
9.  /bandi-di-concorso/	<b>684</b> (1,02%)	<b>479</b> (0,98%)	00:00:25	11,76%	8,04%
10.  /servizi-erogati/	<b>654</b> (0,97%)	<b>437</b> (0,90%)	00:01:29	63,41%	22,32%

Mostra righe: 10 Vai a: 1 1 - 10 di 24

Livello 2 percorso pagina ?	Visualizzazioni di pagina ?	Visualizzazioni di pagina uniche ?	Tempo medio sulla pagina ?	Frequenza di rimbalzo ?	% uscita ?
	<b>67.151</b> % del totale: 3,21% (2.090.112)	<b>48.768</b> % del totale: 3,29% (1.484.500)	<b>00:01:03</b> Media per vista: 00:01:20 (-21,12%)	<b>62,51%</b> Media per vista: 59,75% (4,62%)	<b>28,00%</b> Media per vista: 37,22% (-24,79%)
11.  /bandi-di-gara-e-contratti/	<b>558</b> (0,83%)	<b>364</b> (0,75%)	00:00:44	70,83%	13,08%
12.  /bilanci/	<b>315</b> (0,47%)	<b>238</b> (0,49%)	00:01:02	68,75%	18,73%
13.  /provvedimenti/	<b>280</b> (0,42%)	<b>193</b> (0,40%)	00:00:09	0,00%	0,71%
14.  /controlli-sulle-imprese/	<b>270</b> (0,40%)	<b>188</b> (0,39%)	00:00:39	71,11%	21,48%
15.  /enti-controllati/	<b>261</b> (0,39%)	<b>156</b> (0,32%)	00:00:56	44,44%	9,20%
16.  /sowenzioni-contributi-sussidi-vantaggi-economici/	<b>225</b> (0,34%)	<b>137</b> (0,28%)	00:00:16	33,33%	6,67%
17.  /beni-immobili-e-gestione-patrimonio/	<b>201</b> (0,30%)	<b>133</b> (0,27%)	00:01:01	66,67%	10,45%
18.  /controlli-e-rilievi-sull'amministrazione/	<b>121</b> (0,18%)	<b>100</b> (0,21%)	00:01:26	86,67%	42,15%
19.  /strutture-sanitarie-private-accreditate/	<b>109</b> (0,16%)	<b>87</b> (0,18%)	00:00:41	41,18%	22,02%
20.  /opere-pubbliche/	<b>54</b> (0,08%)	<b>44</b> (0,09%)	00:02:22	71,43%	16,67%

Livello 2 percorso pagina ?	Visualizzazioni di pagina ?	Visualizzazioni di pagina uniche ?	Tempo medio sulla pagina ?	Frequenza di rimbalzo ?	% uscita ?
	<b>67.151</b> <small>% del totale: 3,21% (2.090.112)</small>	<b>48.768</b> <small>% del totale: 3,29% (1.484.500)</small>	<b>00:01:03</b> <small>Media per vista: 00:01:20 (-21,12%)</small>	<b>62,51%</b> <small>Media per vista: 59,75% (4,62%)</small>	<b>28,00%</b> <small>Media per vista: 37,22% (-24,79%)</small>
21. <a href="#">/pianificazione-e-governo-del-territorio/</a>	18 (0,03%)	17 (0,03%)	00:00:35	100,00%	16,67%
22. <a href="#">/consulenti-e-collaboratori/</a>	13 (0,02%)	5 (0,01%)	00:00:15	0,00%	0,00%
23. <a href="#">/interventi-straordinari-e-di-emergenza/</a>	11 (0,02%)	11 (0,02%)	00:00:10	0,00%	0,00%
24. <a href="#">/informazioni-ambientali/</a>	9 (0,01%)	8 (0,02%)	00:00:12	0,00%	11,11%

Mostra righe: 10    Vai a: 21    21 - 24 di 24    < >

Questo rapporto è stato creato il giorno 11/01/16 alle 10:00:31. Azione rapporto

(il punto 3. “/...” corrisponde alla pagina di accesso denominata “Amministrazione Trasparente”)

Figura 3

Si riportano nella Figura 3, gli accessi al portale istituzionale – Sez. “Amministrazione Trasparente”, rilevati nel periodo dal 1/1/2016 e fino al 31/12/2016.

Pagina	Visualizzazioni di pagina	Visualizzazioni di pagina uniche	Tempo medio sulla pagina	Frequenza di rimbalzo	% uscita
# aslcn1.it					
# Dettaglio contenuti					
# 20160101-20161231					
# -----					
/organizzazione/	43.241	32.715	0:01:21	56,40%	35,20%
/personale/	12.948	9.159	0:01:03	47,39%	19,01%
/	9.148	5.638	0:00:24	18,28%	6,94%
/altri-contenuti/	4.346	3.356	0:01:17	71,51%	35,43%
/bandi-di-concorso/	1.878	1.265	0:00:25	11,56%	9,64%
/performance/	1.77	1.29	0:01:25	74,42%	32,94%
/attivit�-e-procedimenti/	1.477	947	0:00:19	26,67%	3,18%
/pagamenti-dell'amministrazione/	1.423	1.109	0:01:30	78,46%	44,83%
/disposizioni-general/	1.128	803	0:00:35	55,88%	12,94%
/bandi-di-gara-e-contratti/	711	479	0:00:36	50,00%	9,14%
/servizi-erogati/	693	441	0:01:14	48,84%	18,61%
/provvedimenti/	452	281	0:00:19	0,00%	3,54%
/bilanci/	437	322	0:00:50	66,67%	22,43%
/strutture-sanitarie-private-accreditate/	431	317	0:03:51	66,09%	48,49%
/enti-controllati/	335	199	0:00:49	35,71%	10,15%
/sovvenzioni-contributi-sussidi-vantaggi-economici/	283	171	0:00:17	50,00%	6,01%

Il “valore differenziale” che rileva l’effettivo utilizzo della sezione in argomento, ottenuto confrontando il volume degli accessi, di cui alle figure precedenti, con il volume totale delle interazioni del cittadino con il portale istituzionale risulta essere:

- Anno 2014 pari a 1,52%



- Anno 2015 pari a 3,21%
- Anno 2016 pari a 3,70%

L'A.S.L. CN1 si riserva di utilizzare ulteriori strumenti sia tradizionali (es. la gestione dei reclami) e sia sistematici (es. somministrazione di questionari anonimi ai reparti/servizi aziendali con item specifico sulla sezione trasparenza) al fine di rilevare l'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente", considerato che i risultati relativi alle rilevazioni potranno essere comunicati agli stakeholders durante le Giornate sulla Trasparenza e comunque disponibili sul sito-web aziendale.

#### 1.4.5 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico "semplice" dell'accesso civico "generalizzato"

L'accesso ai dati e documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli artt. 5 e 5 bis del d.lgs. n. 33/2013 "decreto trasparenza" ai sensi del quale *"chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis"*, si traduce, in un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Si delinea pertanto come nuova tipologia, definita come "accesso civico generalizzato" che non sostituisce l'**accesso civico "semplice"** previsto dall'art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del d.lgs. 97/2016 (infatti l'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza).

L'**accesso civico "generalizzato"** (autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione) deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (d'ora in poi "accesso documentale") le cui finalità sono differenti da quella sottesa all'accesso civico "generalizzato". Infatti dal punto di vista soggettivo, ai fini dell'istanza di accesso *ex lege* 241 il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un *«interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso»*, mentre il diritto di accesso civico "generalizzato" è riconosciuto proprio *"allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico"*.

Secondo quanto previsto dalle Linee guida Anac, a partire dal 23 dicembre 2016, al fine di dare immediata applicazione all'istituto dell'accesso civico "generalizzato", con la valutazione caso per caso delle richieste eventualmente pervenute, l'Azienda ritiene opportuno:

- 1) adottare nel più breve tempo possibile, soluzioni organizzative al fine di coordinare la coerenza delle risposte sui diversi tipi di accesso;
- b) adottare entro il 23 giugno del 2017, una disciplina sull'accesso;
- c) valutare l'istituzione di un registro delle richieste di accesso presentate (per tutte le tipologie di accesso).

L'A.S.L. CN1 assicura la disponibilità di **accesso civico "semplice"** a tutti i dati e/o documenti per i quali la normativa di riferimento prevede l'obbligo di pubblicazione sul sito-web aziendale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

L'istanza va presentata al Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT), il quale è tenuto a concludere il procedimento di accesso civico con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni.

L'amministrazione, dopo aver ricevuto la richiesta, verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione e, in caso positivo, provvede alla pubblicazione dei documenti o informazioni oggetto della richiesta nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale. Provvede, inoltre, a dare comunicazione della avvenuta pubblicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale.

Se quanto richiesto risulta già pubblicato, ne dà comunicazione al richiedente indicando il relativo collegamento ipertestuale. Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo che, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, provvede alla pubblicazione e ad informare il richiedente.

La richiesta di accesso civico può essere presentata direttamente all'Ufficio Relazione con il Pubblico, oppure a mezzo posta elettronica, all'indirizzo [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it) oppure a mezzo posta ordinaria, all'indirizzo "ASL CN1 Via C. Boggio, 12 – 12100 Cuneo (CN)".

Contro la mancata o tardiva emanazione del provvedimento finale da parte dell'Amministrazione, il cittadino, prima del ricorso all'eventuale azione giudiziale e a garanzia della corretta azione amministrativa, può richiedere l'intervento del soggetto cui è stato attribuito il potere sostitutivo in caso di inerzia.

L'Asl CN1 ha individuato il Direttore Amministrativo, quale soggetto titolare del potere sostitutivo nei confronti del Funzionario responsabile del servizio che non abbia concluso nei termini di legge il procedimento per inerzia o ritardo.

L'esercizio del potere sostitutivo, con il riconoscimento della conseguente responsabilità disciplinare, amministrativa e contabile in capo al soggetto inadempiente, deve comunque essere sollecitato dal privato interessato al provvedimento, con una richiesta indirizzata al Direttore Amministrativo dell'Asl CN1 che, entro un termine pari alla metà di quello originariamente previsto, concluderà il procedimento attraverso le strutture competenti o con la nomina di un commissario.

Le richieste di intervento sostitutivo dovranno essere inoltrate al seguente indirizzo di posta elettronica: [protocollo@aslcn1.legalmailPA.it](mailto:protocollo@aslcn1.legalmailPA.it), oppure potranno essere spedite per posta o consegnate a mano all'Ufficio Protocollo - ASLCN1, Via Carlo Boggio, 12, 12100-Cuneo.

## 1.5 Dati ulteriori

L'Azienda nell'ambito della propria discrezionalità e in relazione all'attività istituzionale espletata, individua ulteriori dati da pubblicare oltre a quelli espressamente previsti dalla normativa come ad esempio l'attività formativa in materia oppure la consultazione pubblicazione al fine di favorire i meccanismi virtuosi che la stessa trasparenza produce sull'integrità dell'azione amministrativa.