

REGIONE DEL VENETO



ULSS2
MARCA TREVIGIANA

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

Delibera del Direttore Generale n. 167 del 31 gennaio 2019

INDICE

GLOSSARIO	4
1. ANALISI DEL CONTESTO	6
1.1 L'AZIENDA ULSS n. 2 MARCA TREVIGIANA	7
1.2 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE E ASPETTI NORMATIVI	13
1.2.2 Quadro normativo e provvedimenti ANAC	14
1.3 STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE AZIENDALI	16
1.3.1 Obiettivi nazionali, regionali e del PTPC	16
1.3.2 Collegamento con il piano delle performance aziendali	17
1.4 LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	18
2. ORGANI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA	23
2.1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	23
2.1.1 Compiti e poteri del RPCT	23
2.1.2 Responsabilità del RPCT	25
2.2 I REFERENTI DELLA PREVENZIONE	25
2.2.2 Funzioni dei referenti del responsabile della prevenzione della corruzione	25
2.3 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)	29
2.4 INTERNAL AUDITING E ANTICORRUZIONE	29
2.5 UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UDP)	30
2.6 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)	31
2.7 PROCESSO DI ADOZIONE E COMUNICAZIONE DEL PTPC	32
2.7.1 Data e documento di approvazione del Piano da parte degli organi di indirizzo politico-amministrativo	32
2.7.2 Individuazione degli attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	32
2.7.3 Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione	32
2.7.4 Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano	33
3. LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE	34
3.1 MAPPATURA DEI PROCESSI INDIVIDUATI ED IDENTIFICAZIONE DEI RELATIVI RISCHI (AREE GENERALI E SPECIFICHE DI RISCHIO)	34
3.2 ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO	37
3.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO: MISURE SPECIFICHE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO	38
3.4 MONITORAGGIO, REVISIONE, COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE DEI RISCHI GESTITI	38
4. MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE	40

4.1 LA FORMAZIONE	40
4.2 LA ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE	43
4.3 IL CODICE DI COMPORTAMENTO, CONFLITTO DI INTERESSE, INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ	45
4.3.1 Codice di comportamento	45
4.3.2 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi	47
4.3.3 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA	48
4.3.4 Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali	49
4.3.5 Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. <i>pantouflage</i> – <i>revolving doors</i>)	50
4.3.6 Processi di <i>Procurement</i>	51
4.4 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)	53
4.5 PATTI DI INTEGRITÀ	55
4.6 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONI RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE	56
4.7 PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)	57
5. PIANO AZIENDALE PER LA TRASPARENZA	59
5.1 LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE	59
5.2 SOCIETÀ ED ENTI DI DIRITTO PRIVATO CONTROLLATI E PARTECIPATI DALLE PA	62
5.3 RAFFORZAMENTO TRASPARENZA E ACQUISTI	63
5.4 ACCESSO CIVICO	64
6. COINVOLGIMENTO DEGLI ATTORI E MONITORAGGIO DEL PTPC	67
7. ALLEGATI	69

GLOSSARIO

ANAC = Autorità Nazionale Anticorruzione

AUSA = Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti

BDNCP = Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici

CAD = Codice dell'Amministrazione Digitale

CIG = Codice Identificativo Gara

CUP = Codice Unico di Progetto

FAD = Formazione a Distanza

ISO = Organizzazione internazionale per la normazione

LEA = Livelli Essenziali di Assistenza

OIV = Organismo Indipendente di Valutazione (ex art. 14 D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150)

OPRVE = Osservatorio Prezzi Regionali del Veneto

MMG = Medici di Medicina Generale

PNA = Piano Nazionale Anticorruzione

PA = Pubblica Amministrazione

PP = Piano delle Performance Aziendale

PAC = Percorso Attuativo di Certificabilità

PAF = Piano Annuale della Formazione

PLS = Pediatri di Libera Scelta

PTPC = Piano triennale per la prevenzione della corruzione

RASA = Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

RPCT = Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (ex RPC)

RPD = Responsabile Protezione Dati

SIMOG = Sistema Informativo Monitoraggio Gare

ULSS = Unità Locale Socio Sanitaria

UOC = Unità Operativa Complessa

UOD = Unità Operativa Dipartimentale

UOSD = Unità Operativa Semplice a valenza Dipartimentale

ATTIVITÀ/AZIONI (DI MIGLIORAMENTO) = compiti, interventi, azioni specifiche eseguite al fine di raggiungere gli obiettivi assegnati alla struttura.

CONTROLLO = valutazione periodica dell'efficacia della misura di contenimento.

INDICATORE = per indicatore si intende una grandezza, un valore assoluto o relativo, volto a favorire la rappresentazione di un fenomeno relativo alla gestione aziendale e meritevole di attenzione da parte di stakeholder interni (amministratori, management) o esterni (cittadini, associazioni, altri enti, ecc.).

MISSIONE = la missione identifica la ragione d'essere e l'ambito in cui l'organizzazione opera in termini di politiche e azioni perseguite. La missione rappresenta l'esplicitazione dei capisaldi strategici di fondo che guidano la selezione degli obiettivi che l'organizzazione intende perseguire attraverso il proprio operato.

MISURA DI TRATTAMENTO (O PREVENZIONE) = azioni o attività che vengono eseguite per trattare o prevenire uno o più rischi.

OBIETTIVO STRATEGICO E OPERATIVO = E' la descrizione di un traguardo che l'organizzazione si prefigge di raggiungere per eseguire con successo i propri indirizzi. L'obiettivo è espresso attraverso una descrizione sintetica e deve essere misurabile, realizzabile e raggiungibile. Gli obiettivi di carattere strategico fanno riferimento ad orizzonti temporali pluriennali e presentano un elevato grado di rilevanza, richiedendo uno sforzo di pianificazione per lo meno di medio periodo. Gli obiettivi operativi declinano l'orizzonte strategico nei singoli esercizi (in genere annuali), rientrando negli strumenti di natura programmatica delle attività delle amministrazioni. Ciò indipendentemente dai livelli organizzativi cui tali obiettivi fanno capo.

PERFORMANCE = la performance è il risultato che un'entità (individuo, gruppi di individui, unità organizzativa, organizzazione, programma) ottiene attraverso la propria azione contribuendo al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi e, in ultima istanza, alla soddisfazione dei bisogni per i quali l'organizzazione è stata costituita.

STAKEHOLDERS (O PORTATORI DI INTERESSI) = uno stakeholder è un qualsiasi individuo o gruppo di individui che può influenzare o essere influenzato dall'ottenimento degli obiettivi da parte dell'organizzazione stessa. Gli stakeholder possono essere sia interni che esterni rispetto ai confini di ogni singola organizzazione e possono essere portatori di diritti e di interessi. Sono interessati a ricevere informazioni sulle attività e sono coinvolti direttamente nel Piano della Trasparenza.

TRATTAMENTO DEL RISCHIO = decisione su come trattare i rischi. Le possibili strategie sono: il trasferimento del rischio a terze parti, l'eliminazione del rischio, la mitigazione, ossia la riduzione dell'effetto negativo ed infine l'accettare in parte o totalmente le conseguenze di un particolare rischio.

WHISTLEBLOWER = dipendente che effettua segnalazioni di illecito.

1. ANALISI DEL CONTESTO

L'Ulss 2 Marca Trevigiana si posiziona in un contesto italiano ed internazionale che presenta minacce, dati i casi di corruzione riportati nel territorio italiano nella pubblica amministrazione e in sanità, ma anche opportunità, considerando gli strumenti e le linee guida messe a disposizione da istituti, associazioni ed autorità, oltre a normative che stanno lavorando contro la corruzione.

A dicembre 2017, secondo l'articolo *"Corruzione in sanità, 107.000 le famiglie vittime nell'ultimo anno"* pubblicato da Repubblica.it, un'azienda sanitaria su 4 aveva registrato episodi di corruzione e il 51,7% delle aziende non presentava ancora PTPC adeguati. Nel medesimo articolo, si specificava che tangenti e sprechi riguardavano il 6% delle spese correnti dei 107 miliardi di euro del Fondo sanitario e 107.000 famiglie erano risultate, secondo un'indagine Istat, vittime di corruzione in sanità.

Come indicato nella 24° edizione dell'Indice di Percezione della Corruzione, ideato e monitorato da "Transparency International Italia", l'Italia nel 2018 ha migliorato la sua performance rispetto al passato posizionandosi al 53° posto, confermando così il trend positivo iniziato nel 2012.

A livello internazionale la situazione italiana è evidenziata come in fig. 2.

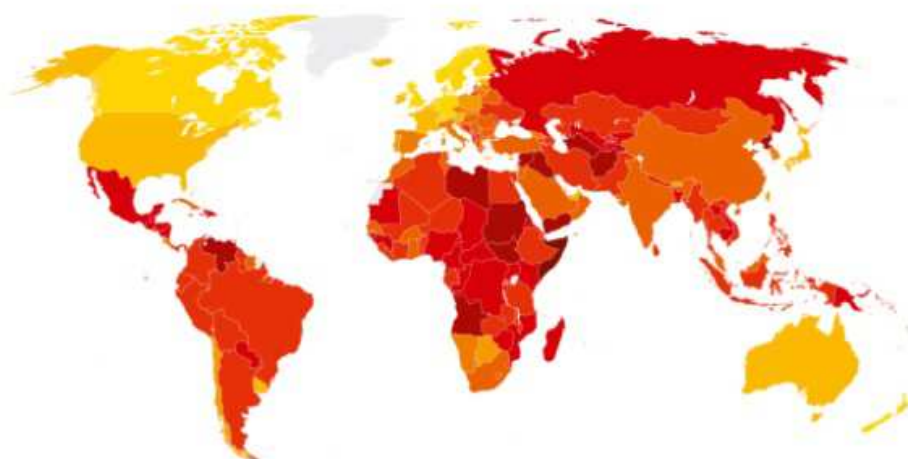


Fig. 2: Mappa relativo al livello di percezione della corruzione nel settore pubblico (Fonte: <https://www.transparency.it/presentazione-dell-indice-di-percezione-della-corruzione>)

Tuttavia, come si è sottolineato a seguito della "Giornata Internazionale contro la Corruzione", celebrata il 9 dicembre 2018 su volontà delle Nazioni Unite, c'è ancora molto da fare, soprattutto in termini di coinvolgimento della società civile e promozione della segnalazione di presunti illeciti o irregolarità.

Come riportato nel dossier *"Mappiamo la corruzione – Un anno di casi riportati dai media"*, prodotto da "Transparency International Italia" sulla base dei dati raccolti da dicembre 2017 a dicembre 2018, tra i settori più colpiti spiccano la Pubblica Amministrazione, il settore degli appalti e quello della sanità (fig. 3).

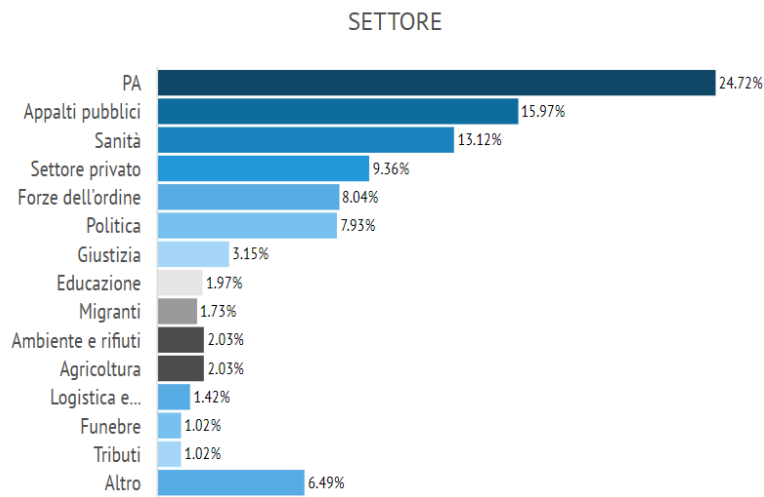


Fig.3: Settori relativi ai casi di corruzione (Fonte: “Mappiamo la corruzione – Un anno di casi riportati dai media”, Transparency International Italia, dicembre 2018)

Secondo quanto riportato su www.transparency.it il miglioramento del posizionamento italiano nella mappa costruita sulla base dell'indice di percezione della corruzione, è dovuto all'introduzione della legge anticorruzione, alle nuove norme sugli appalti ed alla recente tutela del whistleblower, oltre che all'istituzione di ANAC e all'introduzione dell'accesso civico.

Tra i suggerimenti emersi a seguito della già citata “giornata internazionale contro la corruzione” si evidenziano l'adozione di un sistema di whistleblowing gratuito e la definizione di un patto di integrità per il settore degli appalti.

1.1 L'AZIENDA ULSS n. 2 MARCA TREVIGIANA

Nel contesto dell'elaborazione del nuovo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2019 -2021 va prioritariamente considerata l'approvazione della L. R. del Veneto 25 ottobre 2016 n. 19, “Istituzione dell'ente di governance della sanità regionale veneta denominato “Azienda per il governo della sanità della Regione del Veneto – Azienda Zero”. Disposizioni per la individuazione dei nuovi ambiti territoriali delle Aziende ULSS”. La Regione del Veneto ha avviato una radicale trasformazione dell'assetto delle aziende socio sanitarie del Veneto riducendo innanzitutto il numero da 21 a 9 aziende. La costituzione dell'Azienda Zero risponde all'esigenza di operare una forte semplificazione e razionalizzazione del sistema, trasferendo le attività di natura gestionale dall'amministrazione regionale a questo nuovo ente del servizio socio sanitario regionale, il quale assorbirà anche una quota rilevante delle attività tecnico amministrative prima replicate in tutte le aziende ULSS.

La nuova impostazione ha quindi un impatto importantissimo su tutta l'organizzazione del sistema sanitario regionale e in particolare delle aziende in termini di risorse, mezzi e prestazioni, tanto da riconsiderare l'analisi del contesto aziendale nella nuova veste provinciale. In particolare a partire dal 1° gennaio 2017 l'Azienda ULSS n. 9 di Treviso ha incorporato, assumendo la denominazione di Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, la ex Azienda ULSS n.7 di Pieve di Soligo e la ex Azienda ULSS n. 8 di Asolo. Il bacino di utenza della nuova Azienda comprende una popolazione di circa 885.000 abitanti al 31 dicembre 2016 su un totale di 2.497 kmq.

L'Azienda a livello territoriale è articolata su 4 Distretti come strutture di riferimento per le cure primarie vicine ai luoghi di vita dei cittadini: Distretto Treviso Nord, Distretto Treviso Sud, Distretto Asolo, Distretto Pieve di Soligo (fig. 1). L'ambito territoriale di riferimento comprende 95 Comuni. L'assistenza distrettuale socio-sanitaria comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale. Viene garantita in Azienda dai Distretti Socio sanitari con le funzioni fondamentali di rilevare i bisogni di salute e fornire servizi a gestione diretta e indiretta per soddisfarli.

Il ruolo del *Distretto* è stato nel tempo consolidato, infatti nella visione adottata dalla Regione Veneto con la L.R. del Veneto 29 giugno 2012 n. 23 che ha approvato il Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-2016, ci si riferisce ad un Distretto "forte"; il Distretto socio-sanitario è l'articolazione dell'Azienda quale organizzazione che opera nel campo della solidarietà sociale, dell'assistenza e della riabilitazione, finalizzata a realizzare l'integrazione tra i diversi servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni socio-sanitari della popolazione. L'integrazione si intende riferita anche agli ambiti istituzionali (es. Comuni), agli ambiti professionali (es. team multiprofessionali) e tra le dimensioni sociale e sanitaria, con particolare riferimento alle aree ad elevata integrazione quali: anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, area materno-infantile.

Afferiscono al livello distrettuale le seguenti attività:

- assistenza medica primaria (medicina/pediatria di famiglia, continuità assistenziale);
- assistenza infermieristica;
- assistenza sociale;
- assistenza domiciliare e assistenza domiciliare integrata;
- cure palliative;
- assistenza consultoriale per la promozione e la tutela dell'infanzia e della famiglia, compresi la mediazione, l'affido e l'adozione;
- assistenza neuropsichiatrica e psicologica infantile ed adolescenziale;
- assistenza scolastica e inserimento lavorativo per persone disabili, con dipendenza patologica e con sofferenza mentale;
- assistenza residenziale e semiresidenziale nelle aree della disabilità, delle dipendenze, della salute mentale e dell'età evolutiva;
- assistenza residenziale, semiresidenziale ed intermedia per adulti-anziani non autosufficienti;
- assistenza farmaceutica;
- assistenza specialistica territoriale;
- riabilitazione;
- assistenza protesica;
- assistenza penitenziaria;
- azioni di supporto nell'ambito della prevenzione delle malattie e della promozione della salute.

L'Assistenza primaria garantisce le prestazioni di prevenzione, diagnosi e cura mediante l'attività dei medici di medicina generale (MMG), dei pediatri di libera scelta (PLS) e dei medici di Continuità Assistenziale (CA) che assicurano le prestazioni di primo livello nonché l'accesso ai servizi specialistici. La nuova Azienda ha nel suo territorio 692 tra medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Si arriva a quasi 1000 professionisti se si aggiungono gli Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI).

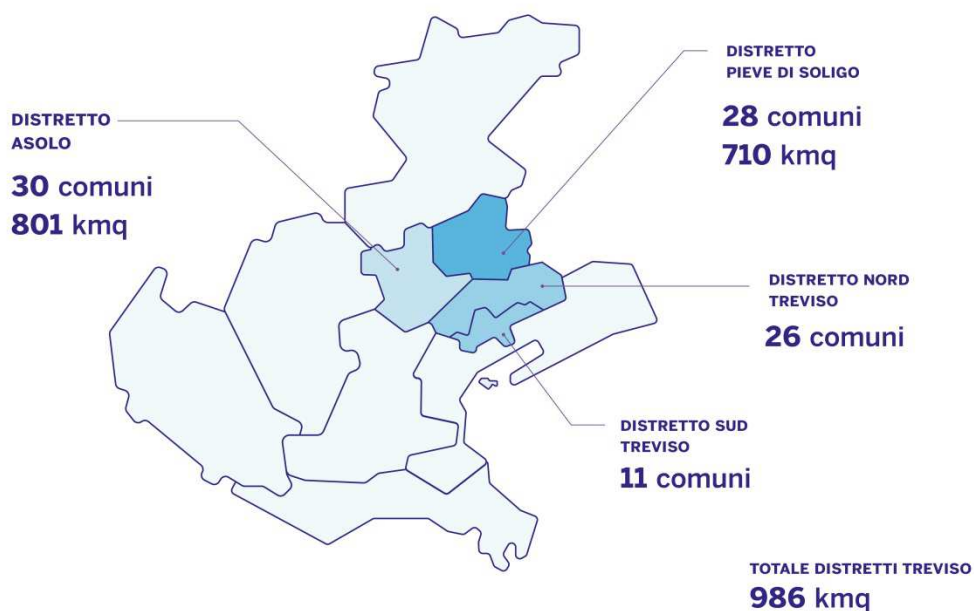


Fig. 1: Distribuzione distrettuale (Fonte: “Piano delle performance 2019-2021 e documento direttive 2019 dell’Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana”)

L’Ospedale è la Struttura tecnico-funzionale mediante la quale l’Azienda assicura nel proprio bacino territoriale l’erogazione dell’assistenza ospedaliera corrispondente ai livelli essenziali di assistenza stabiliti dalle norme nazionali e regionali, in modo unitario ed integrato con gli altri servizi sanitari e socio sanitari in conformità alla pianificazione sanitaria regionale, comprendendo anche attività di formazione e di ricerca. La L. R. 29 giugno 2012 n. 23 “*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*” identifica l’ospedale come “luogo deputato alla cura dell’acuzie e dell’immediata post acuzie mentre la gestione della cronicità viene affidata all’organizzazione dell’assistenza territoriale”. L’Ospedale per acuti è quindi la struttura aziendale in cui vengono erogate prestazioni di ricovero relative a pazienti con patologie in fase acuta o nell’immediata fase di post-acuzie ed è orientato ad un modello basato su livelli di intensità delle cure. Nell’ospedale per acuti vengono collocate anche attività di riabilitazione e le attività ambulatoriali specialistiche di secondo livello, la cui erogazione sia legata o ad attività di monitoraggio del paziente nella logica della presa in carico o ad esecuzione di prestazioni diagnostiche e/o terapeutiche di particolare complessità.

L’elevata complessità del sistema ospedale fa sì che per dare risposta a tutti i potenziali e crescenti bisogni di salute e per una gestione ottimale delle cure e delle risorse, l’assistenza erogata vada inserita in un sistema di offerta strutturato secondo una logica di rete coordinata, secondo modelli hub & spoke. Questo modello prevede la concentrazione della casistica più complessa, o che richiede più complessi sistemi produttivi, in un numero limitato di centri (hub) che trattino volumi di attività tali da garantire la migliore qualità dell’assistenza erogata e il migliore utilizzo delle risorse organizzative disponibili. L’attività di tali centri è fortemente integrata attraverso connessioni funzionali con quella dei centri periferici (spoke) che assicurano l’assistenza per la casistica residua.

In questa ottica la Regione Veneto definisce due livelli a seconda delle funzioni da garantire:

- Ospedali di riferimento provinciale. Devono disporre di specialità di base e medio livello per il territorio di riferimento e la presenza di alte specialità per un territorio più ampio costituendo centri hub.
- Presidi ospedalieri di rete. Hanno dotazione minima composta da pronto soccorso e specialità di base e di media complessità assicurati in rete con il precedente livello, costituendo centri spoke.

Oltre ai due livelli sopradescritti sono previste strutture per acuti integrative della rete anche ad indirizzo monospecialistico, denominate “ospedali nodi della rete” che possono avere il servizio di emergenza-urgenza. Per gli ospedali monospecialistici si potranno prevedere forme gestionali anche di diritto privato.

La rete ospedaliera, costituita da 1 Ospedale hub, 2 ospedali nodi di rete, 4 ospedali spoke e da 4 strutture ospedaliere private accreditate, è dotata di un totale di circa 2500 posti letto e garantisce il ricovero in ospedale per la diagnosi e cura delle malattie che richiedono interventi di urgenza o emergenza, per acuti compreso l’ambito riabilitativo che non possono essere trattate in ambulatorio o a domicilio.

Le strutture private accreditate presenti nel territorio dell’Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana sono:

- IRCSS “MEDEA” ISTITUTO LA NOSTRA FAMIGLIA;
- C.C. GIOVANNI XXIII;
- C.C. PARK VILLA NAPOLEON;
- O.CL. SAN CAMILLO.

L’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana collabora con gli ospedali privati accreditati stipulando accordi secondo principi di trasparenza, sviluppo della qualità, ricerca dell’appropriatezza, implementazione di una rete complessiva di accesso alle prestazioni.

Nell’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana le prestazioni ambulatoriali dei LEA sono erogate da poliambulatori ospedalieri e territoriali e da un totale di 17 strutture private accreditate. I Poliambulatori comprendono molteplici sedi operative distribuite su tutto il territorio aziendale; in tali sedi vengono erogate prestazioni nell’ambito di 14 branche specialistiche. L’attività dei medici specialisti è garantita anche esternamente presso alcune strutture residenziali pubbliche e private, la Casa Circondariale e, in casi selezionati, a domicilio del paziente.

Per quanto riguarda le strutture private, Il Direttore Generale ogni anno negozia con gli erogatori accreditati tipologia e quantità di prestazioni. Per talune prestazioni, nella negoziazione, viene concordata anche la tempistica di erogazione, coerentemente con gli obiettivi regionali. In tale modo l’offerta e l’organizzazione delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale vengono gestite in una logica di integrazione tesa a garantire gli obiettivi di contenimento delle liste di attesa definiti dalla DGRV n. 320/2013 e successive integrazioni, privilegiando inoltre i criteri di sicurezza, accessibilità ed equità rispettando al contempo le eccellenze espresse da alcuni nodi della rete.

L’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana si impegna ad assicurare i tempi d’attesa previsti per le prestazioni ambulatoriali, in particolare di quelle da garantire secondo la vigente normativa regionale. Inoltre, è stato previsto un incremento dell’offerta di prestazioni all’utenza attraverso l’ampliamento dell’orario di attività dei servizi ambulatoriali e radiologici nei giorni festivi e prefestivi e negli orari serali, con particolare riferimento alle grandi apparecchiature e alle prestazioni traccianti con problemi di tempi di attesa. Contemporaneamente alle azioni intraprese per il perseguimento dell’obiettivo di contenimento dei tempi di attesa, l’Azienda ha garantito l’assistenza specialistica ambulatoriale nel rispetto del numero delle prestazioni di specialistica per abitante, ottimizzando il consumo relativo per alcune branche quale ulteriore obiettivo regionale.

La D.G.R.V. n. 2174/2016 per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale ed in considerazione della nuova definizione dei bacini territoriali di riferimento delle Aziende ULSS, stabilisce che il rispetto dei tempi di attesa, previsti dalla normativa vigente, deve essere garantito nell'ambito del Distretto di appartenenza dell'assistito.

Solo nel caso in cui, per criticità organizzative non risolvibili tempestivamente, non sia possibile il rispetto dei tempi di erogazione a livello distrettuale, l'Azienda dovrà operare una "presa in carico" dell'assistito, al fine di assicurare comunque l'erogazione della prestazione ed il rispetto dei tempi massimi di attesa corrispondenti alla classe di priorità prevista.

La L.R. del Veneto 30 dicembre 2016 n. 30 "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017" introduce importanti interventi per il governo delle liste di attesa al fine di garantire a tutti gli assistiti un accesso equo alle migliori prestazioni sanitarie in un luogo e con una tempistica adeguata. Pertanto per queste finalità l'Azienda n. 2 Marca trevigiana anche tramite gli erogatori privati accreditati deve rispettare nei confronti dei propri assistiti i tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana tramite il Dipartimento di Prevenzione garantisce la soddisfazione dei bisogni di salute dei cittadini e delle comunità mediante un sistema coordinato di azioni di prevenzione e di promozione della salute che accompagnano le persone in tutte le fasi e i contesti della vita, perché possano restare sane, attive e indipendenti anche nelle età più avanzate. Il Dipartimento di Prevenzione sviluppa i propri interventi con un approccio intersettoriale e secondo i principi della *Evidence Based Prevention*, investendo non solo nelle aree tradizionali della prevenzione ma anche, sempre più attivamente, nella promozione della salute attraverso l'*empowerment* dei singoli e delle comunità, con l'impegno a ridurre quanto più possibile le disuguaglianze in salute. L'obiettivo è da un lato quello di educare attivamente i cittadini alla tutela della propria salute mediante l'adozione di stili di vita sani, dall'altro quello di prevenire i rischi per la salute in ogni età della vita e di promuovere la qualità degli ambienti e delle condizioni di vita e di lavoro, nell'ottica della Salute in tutte le politiche, con la finalità di conseguire il più elevato livello di benessere psicofisico raggiungibile e di contribuire a garantire, nel medio e lungo periodo, la sostenibilità e l'efficienza del sistema sanitario, sociale e del welfare. In questo quadro, il Dipartimento di Prevenzione, all'interno della Azienda ULSS, è il nodo strategico di una rete che interconnette da un lato le Strutture, i Servizi e le Unità Operative aziendali e i medici e i pediatri di famiglia, dall'altro le strutture regionali di governo, tutte le istituzioni pubbliche regionali e locali ed i vari stakeholder, protagonisti della società civile e del mondo produttivo, impegnati nella promozione e nella tutela della salute dei cittadini e conseguentemente nello sviluppo sociale ed economico delle comunità. Il Dipartimento di Prevenzione riveste pertanto sia un ruolo di regia degli interventi erogati direttamente dall'Azienda sia un ruolo di *governance* dei processi che si originano e si sviluppano esternamente all'Azienda.

In particolare, spetta al Dipartimento di Prevenzione:

- mantenere le alleanze già attivate o attivare nuove intese sia con istituzioni regionali e locali sia con enti del mondo produttivo e della società civile;
- favorire il coordinamento e il sistema di sinergie a livello regionale e locale;
- monitorare le azioni attivate e effettuare la valutazione del processo e dei risultati.

Il Dipartimento di Prevenzione, in concreto, garantisce le seguenti funzioni e attività di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'Autorità Sanitaria Locale:

- sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali;
- tutela della collettività dai rischi sanitari negli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali e alla prevenzione dei traumi da incidenti stradali e domestici;
- sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, incluse l'educazione alla salute, la promozione di stili di vita sani, l'organizzazione di programmi di screening;
- sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- sicurezza alimentare e tutela della salute dei consumatori;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- attività medico legali per finalità pubbliche;
- tutela della salute nelle attività sportive;
- sanità pubblica veterinaria che comprende:
 - sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
 - igiene urbana veterinaria;
 - farmacovigilanza veterinaria;
 - igiene delle produzioni zootecniche;
 - tutela igienica sanitaria degli alimenti di origine animale;
 - osservazione epidemiologica.

Il Dipartimento di Prevenzione coordina le proprie iniziative con l'Ospedale e il Distretto Socio-Sanitario, prevedendo anche il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana partecipa con l'88,19% del capitale sociale della Società ORAS - Ospedale Riabilitativo di Motta di Livenza, avente ad oggetto la gestione dell'Ospedale di Alta Specializzazione per il recupero e la riabilitazione funzionale (RRF) di II livello (ex sperimentazione gestionale, ora società a controllo e partecipazione totalmente pubblica).

L'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è inoltre socio di due consorzi a partecipazione pubblica:

- Arsenà.IT (12% quota di partecipazione), Consorzio volontario delle 9 aziende sanitarie venete, delle 2 aziende ospedaliere, dell'Istituto Oncologico Veneto (IOV) e dell'Azienda Zero della Regione Veneto, che si configura come centro di competenza veneto per l'eHealth, che persegue il miglioramento dei processi sanitari e dell'assistenza offerta al cittadino in ottica di collaborazione interaziendale;
- Consorzio Coris (14,28% quota di partecipazione) che si propone di promuovere e sostenere la ricerca scientifica in senso lato, sia essa di base, traslazionale o clinica, in ambito sanitario e socio sanitario.

Per ulteriori analisi sul contesto si rimanda al documento "Piano delle Performance 2019-2021 e Documento di Direttive 2019", approvato con delibera del Direttore Generale n. 2324 del 27 dicembre 2018.

1.2 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE E ASPETTI NORMATIVI

1.2.1 Definizione di Corruzione

La legge 6 novembre 2012, n. 190, recante “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*” (c.d. Legge Anticorruzione, di seguito anche Legge) ha introdotto nell’ordinamento giuridico italiano una disciplina generale volta a prevenire il fenomeno della corruzione nella Pubblica Amministrazione, rafforzando il rispetto dei principi di legalità, correttezza e trasparenza nell’esercizio delle funzioni da parte dei titolari di pubblici poteri. Il provvedimento legislativo è stato emanato in attuazione dell’art. 6 della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall’Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata dallo Stato Italiano con legge 3 agosto 2009 n. 116 recante “*”Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale”*”.

La predisposizione di un piano per la prevenzione e la repressione della corruzione rappresenta, quindi, l’occasione di adeguarsi alle migliori prassi internazionali introducendo nell’ordinamento ulteriori strumenti in grado di dare nuovo impulso alle politiche di prevenzione del fenomeno corruttivo nella direzione più volte sollecitato dal *Groupe d’Etats contre la Corruption* (GRECO) in seno al Consiglio d’Europa, dal *Working Group on Bribery* (WGB) e dal *Implementation Review Group* (IRG) per l’implementazione della Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite

Il legislatore, a tal fine, ha considerato la “*corruzione*” nella sua accezione più ampia, ricomprendendo tutte quelle ipotesi in cui, nell’espletamento di un’attività amministrativa, il titolare abusi del potere che gli è stato attribuito al fine di ottenere un vantaggio privato.

Per “*corruzione*” in Azienda si intende, oltre al reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, anche la “*maladministration*”, intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell’interesse generale o volti alla non evidente migliore amministrazione (spreco) delle risorse a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Sono inclusi quindi inclusi anche tutti quei comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la cura dell’interesse pubblico, danneggiano l’immagine dell’Azienda e pregiudicano l’affidamento dei cittadini nell’imparzialità, nella trasparenza e nell’integrità dell’agire dell’Azienda.

Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, che, come noto, è disciplinata negli artt. 318, 319 e 319 ter, 319 *quater* e 320 del c.p., infatti vengono considerate anche quelle circostanze che, a prescindere dalla rilevanza penale della singola fattispecie, evidenzino un malfunzionamento dell’amministrazione, derivante da un esercizio delle funzioni pubbliche per finalità privatistiche, ovvero un inquinamento dell’azione amministrativa per azioni commissive o omissive, sia compiute che tentate.

La Legge Anticorruzione, in vigore dal 28 novembre 2012, ha articolato il processo di formulazione ed attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli, per garantire un sistema di tutela uniforme a livello nazionale che preservi, al contempo, l’autonomia delle singole Amministrazioni nella predisposizione di misure efficienti ed efficaci. In particolare, a livello nazionale, è prevista l’adozione del Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito anche PNA), inizialmente elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica, oggi dall’Autorità nazionale anticorruzione (di seguito anche ANAC); a livello decentrato, invece, è imposta la predisposizione di un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (di seguito anche Piano)

attraverso il quale ciascuna Amministrazione analizza e valuta i rischi specifici di corruzione, indicando i conseguenti interventi organizzativi volti a prevenirli.

Il presente documento, in particolare, costituisce il nuovo Piano triennale 2019-2021 che, in un'ottica di continuità con i documenti relativi al precedente triennio, tiene in considerazione le modifiche legislative intervenute e gli aggiornamenti dei PNA e delle linee guida adottate da ANAC.

1.2.2 Quadro normativo e provvedimenti ANAC

La legge 6 novembre 2012, n. 190 *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione”* definisce i compiti dell’Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e degli altri organi competenti a coordinare le misure di prevenzione e contrasto dell’illegalità e della corruzione in Italia. Qui di seguito sono sintetizzati i principali riferimenti normativi che ne sono il naturale completamento:

- L. 7 agosto 1990, n. 241 e s.m.i. recante *“Nuove norme sul procedimento amministrativo”*;
- D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 *“Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni.”*;
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, recante *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*;
- D.Lgs. 31 dicembre 2012, n. 235, recante *“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, co. 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190”*;
- D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante *“Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione dell’informazione da parte delle pubbliche amministrazioni”* (c.d. «Decreto Trasparenza»);
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante *“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”* (c.d. «Decreto Incarichi»);
- D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante *“Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo del 30 marzo 2001, n. 165”*;
- D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, di adozione del nuovo Codice dei contratti pubblici;
- D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, recante *“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”*;
- L. 30 novembre 2017, n. 179 *“Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”*;
- L. 9 gennaio 2019, n. 3 *“Misure per il contrasto dei reati contro la pubblica amministrazione, nonché in materia di prescrizione del reato e in materia di trasparenza dei partiti e movimenti politici”*, contenente modifiche al codice penale e al codice di procedura penale, anche in materia di reati di corruzione contro la PA. Si segnala, a titolo esemplificativo, un inasprimento delle pene principali e accessorie per i reati di corruzione, un aumento della durata delle pene e

l'introduzione di una causa di non punibilità per quanti collaborano spontaneamente con la giustizia prima di sapere di essere indagati ed entro 4 mesi dalla commissione del reato.

Di seguito si indicano le delibere dell'ANAC di adozione o aggiornamento dei PNA:

- delibera CIVIT n. 72 del 11 settembre 2013 *“Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- delibera ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 *“Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- delibera ANAC n. 831 del 03 agosto 2016 *“Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”*;
- delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 *“Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”*;
- delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 a corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 *“Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”*.

Di seguito si indicano le principali delibere dell'ANAC in materia di anticorruzione:

- determinazione 28 aprile 2015, n. 6 *“Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)”*;
- protocollo di intesa del 21 aprile 2016 stipulato tra ANAC e Ministero della Salute e successivo atto integrativo del 26 luglio 2016 siglato anche dall'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), che formalizza l'attività di verifica e monitoraggio dello stato di attuazione ed implementazione delle misure di trasparenza ed integrità e di prevenzione della corruzione da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale in conformità al Piano Nazionale Anticorruzione – sezione sanità;
- delibera ANAC 3 agosto 2016 n. 833 con cui l'Autorità approva le *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili”*;
- delibera ANAC 28 dicembre 2016 n. 1309, con la quale l'Autorità, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali, ha adottato le *“Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2, del decreto legislativo n. 33/2013.”* Tali linee guida hanno lo scopo di definire le esclusioni e i limiti all'accesso civico a dati/informazioni/documenti non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli articoli 5 e 5 bis del decreto trasparenza;
- delibera ANAC 28 dicembre 2016 n. 1310, con cui l'Autorità approva in via definitiva le *“Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016”*;
- delibera ANAC 8 marzo 2017, n. 241 *“Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs. 33/2013 «Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali» come modificato dall'art. 13 del D.Lgs. 97/2016”*;
- delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 328 concernente il *“Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi nonché sul rispetto delle regole di comportamento dei pubblici funzionari”*;
- delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 329 di approvazione del *“Regolamento sull'esercizio dell'attività di vigilanza sul rispetto degli obblighi di pubblicazione di cui al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33”*;

- delibera ANAC 29 marzo 2017, n. 330 concernente il “Regolamento sull’esercizio dell’attività di vigilanza in materia di prevenzione della corruzione”;
- delibera ANAC 12 aprile 2017, n. 382 “Sospensione dell’efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all’applicazione dell’art. 14 co. 1 lett. c) ed f) del D.Lgs. 33/2013 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN”;
- delibera ANAC 20 novembre 2017, n. 1134 “Nuove 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”.

1.3 STRATEGIA PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E COLLEGAMENTO CON IL PIANO DELLE PERFORMANCE AZIEDALI

1.3.1 Obiettivi nazionali, regionali e del PTPC

La legge 6 novembre 2012, n. 190 richiede una serie di adempimenti e l’adozione di un meccanismo di controllo interno finalizzati a prevenire e ad arginare i fenomeni di corruzione ed illegalità nelle pubbliche amministrazioni. Come riportato nel paragrafo 1.2, le finalità della legge sono le seguenti:

- adempiere agli impegni internazionali più volte sollecitati dagli organismi internazionali (Convenzione contro la corruzione delle Nazioni Unite), ratificata con la legge 3 agosto 2009, n. 116;
- introdurre nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione;
- valorizzare i principi fondamentali di uno Stato democratico quali: eguaglianza, trasparenza, fiducia nelle istituzioni, legalità e imparzialità dell’azione degli apparati pubblici.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica predispone, sulle base di Linee di indirizzo adottate da un Comitato interministeriale, il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) i cui destinatari sono tutte le pubbliche amministrazioni (PA) di cui l’art. 1, co. 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

In conformità con il PNA 2013, approvato con delibera n. 72 del 11 settembre 2013 e successivamente aggiornato con determinazione dell’ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, e con il PNA 2016, approvato con determinazione n. 831 del 3 agosto 2016, successivamente aggiornato con delibera n. 1208 del 22 novembre 2017 e con delibera n. 1074 del 21 novembre 2018, gli obiettivi del presente piano sono:

- ridurre le opportunità di manifestazione dei fenomeni di corruzione;
- aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- creare un contesto sfavorevole alla corruzione, favorendo la diffusione di una adeguata cultura in tema di anticorruzione;
- individuare le buone pratiche e favorire la loro implementazione e standardizzazione all’interno dell’organizzazione aziendale.

L’obiettivo generale è quello di definire un modello di strategia di prevenzione della corruzione organico e sistematico e di garantirne una concreta attuazione, nonché una conseguente verifica della relativa idoneità in conformità con quanto previsto a livello nazionale e regionale e a livello di strategia aziendale.

A livello “decentrato” ogni amministrazione pubblica definisce un Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC), in cui sulla base delle indicazioni presenti nel PNA, si prevede l’identificazione, l’analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione e conseguentemente si indicano gli interventi organizzativi volti a prevenirli. In base all’art. 1, co. 8, L. 6 novembre 2012, n. 190, il PTPC deve essere adottato dall’organo di indirizzo delle pubbliche amministrazioni entro il 31 gennaio di ciascun anno e pubblicato nella sezione dedicata dell’Amministrazione trasparente.

Come indicato nel “Piano delle Performance 2019-2021”, nella definizione degli obiettivi a livello di centro di responsabilità vengono presi in considerazione anche gli obiettivi che discendono da altri piani aziendali, ossia anche dal presente PTPC. Di seguito si descrive il collegamento tra piano delle performance aziendale e PTPC.

1.3.2 Collegamento con il piano delle performance aziendali

L’efficacia delle attività di prevenzione e contrasto della corruzione che l’Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana pone in atto per l’attuazione della legge 6 novembre 2012, n. 190 dipende dal coinvolgimento e dalla collaborazione di tutti i dipendenti dell’Azienda. Per tale ragione è necessario che il contenuto del Piano sia coordinato con gli altri strumenti di programmazione strategica e operativa aziendale, individuando i collegamenti tra obiettivi operativi definiti nel PTPC e gli obiettivi strategici definiti dal “Piano delle performance 2019-2021 e Documento di Direttive 2019”, approvato con delibera del Direttore Generale n. 2324 del 27 dicembre 2018.

In particolare, il presente documento definisce gli obiettivi in termini di anticorruzione che risultano collegati al seguente obiettivo strategico riportato in tale piano:

- sviluppo dell’azienda provinciale.

Per il perseguimento dell’obiettivo strategico, il presente piano contribuisce a:

- ri-progettazione dei processi della nuova architettura amministrativa aziendale: semplificazione ed efficienza;
- sviluppo integrato delle attività derivanti dal Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e dal Piano di sviluppo di Internal Audit;
- avvio delle gare per i fondamentali processi aziendali di supporto (logistica, front-end, archivio e trasporti).

Per rendere efficace l’attuazione del PTPC, inoltre, si prevede l’integrazione di tale piano con il sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150), definendo obiettivi sia organizzativi che individuali, a cui correlare indicatori che dovranno essere raggiunti dalle strutture e dai loro responsabili.

Il presente piano, quindi, definisce gli obiettivi operativi, scaturiti dal perseguimento degli obiettivi strategici aziendali e di quelli nazionali e regionali legati al tema dell’anticorruzione. Tali obiettivi del PTPC sono articolati in indicatori di budget, come indicato nell’allegato 1.

Il raggiungimento dei singoli obiettivi di budget sarà monitorato come descritto nel capitolo 6 e nell’allegato 2.

1.4 LA GESTIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il Piano Nazionale Anticorruzione del 2015 chiarisce che il lavoro di autoanalisi organizzativa per individuare le misure di prevenzione della corruzione non è un adempimento burocratico, né un processo formalistico, ma contribuisce ad una politica di riorganizzazione da conciliare, in una logica di stretta integrazione, con ogni altra politica di miglioramento organizzativo. Per questo motivo come indicato nel paragrafo 1.3, l'azienda correla il presente PTPC con il Piano Integrato che comprende il ciclo della Performance. Il processo di gestione del rischio riguarda tutti i livelli organizzativi, è graduale e di miglioramento continuo, non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive e non implica valutazioni sulla qualità degli individui ma su eventuali disfunzioni a livello organizzativo (v. pag. 15 Piano Nazionale Anticorruzione del 2015). Infine l'analisi dei rischi deve essere di natura organizzativa, deve tendere all'acquisizione delle conoscenze sul contesto ambientale e operativo delle attività gestite, piuttosto che all'applicazione meccanicistica di formule matematiche per il calcolo del rischio. E' fondamentale la conoscenza degli stakeholders, utenti, operatori economici, ecc.) (confr. pag. 20 del PNA 2015 e pag. 8 del Piano triennale ANAC 2016). L'intero processo deve tener conto anche dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi organizzativi per ridurre i rischi.

La Legge prescrive all'art. 1, co. 5, che "Le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al Dipartimento della Funzione Pubblica: a) un piano di prevenzione della corruzione che fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio...".

Il concetto di rischio ripreso e adattato nel PNA sulla base della normativa UNI ISO 31000 2010 è inteso come "l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico, e quindi sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento".

Gli strumenti introdotti dalla normativa anticorruzione si sono inseriti all'interno dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana in un sistema di controllo interno orientato al miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali. La scelta dell'Azienda è quella di continuare a prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità. Viene promosso il coinvolgimento dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità. La metodologia per il perseguimento della strategia per la prevenzione del rischio corruzione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana è basata sui principi individuati dal PNA, legati al processo di gestione del rischio, così come previsto dalla ISO succitata e dettagliato nelle seguenti fasi:

- analisi dettagliata del contesto, che si realizza attraverso la mappatura dei processi e la relativa analisi degli stessi rispetto all'esposizione al rischio corruzione;
- identificazione del rischio, consistente nella ricerca, individuazione e descrizione dello stesso per ciascun processo;
- analisi del rischio in concreto, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto);
- ponderazione e valutazione del rischio, determinando in tal modo il livello di rischio;
- trattamento del rischio: completata l'analisi del rischio, è necessario identificare le misure necessarie a trasferire, eliminare, mitigare, accettare il rischio, le fasi e i tempi per l'applicazione delle stesse e gli uffici e soggetti responsabili.

Come indicato nella fig. 2 oltre a tali fasi nel processo di gestione del rischio, si riportano le attività di monitoraggio e revisione e di comunicazione e consultazione che in modo trasversale dovrebbero riguardare le fasi suddette.

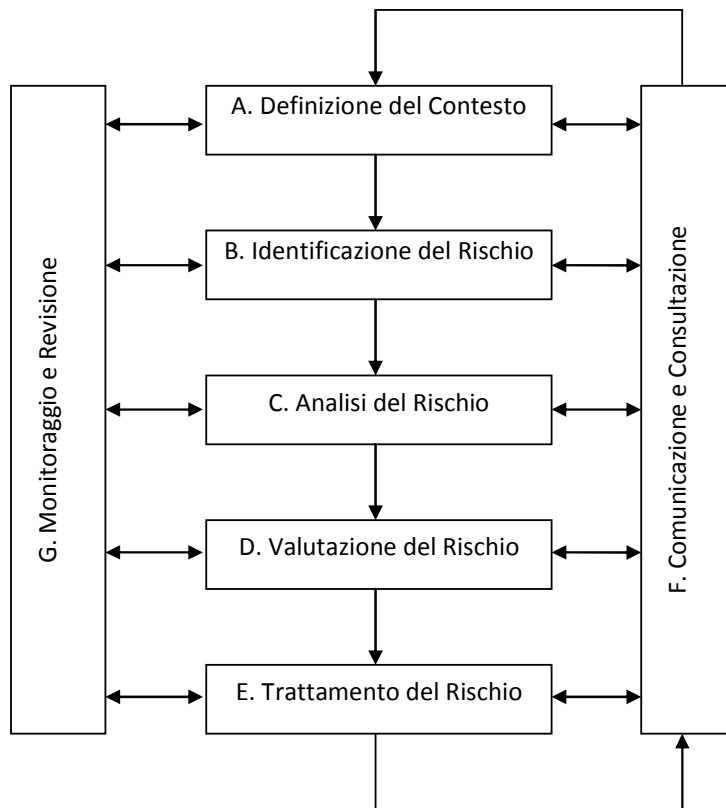


Fig. 2 - Processo di "Risk Management" secondo la ISO 31000 2010

Come dettagliato nell'atto aziendale nella descrizione dei servizi di staff, in risposta alla legge regionale n. 19 del 2016, in cui si afferma la centralità della persona e la necessità di dare risposta ai suoi bisogni, l'azienda ha intrapreso un percorso di riorganizzazione basata su un approccio per processi, a cui associare la gestione del rischio, così come suggerito dalla nuova ISO 9001 2015 e dalla ISO 31000 2010. In allineamento alla strategia aziendale, si definiscono i processi aziendali e il livello di performance ad esso relative da monitorare e migliorare, come rappresentato in Fig. 3.

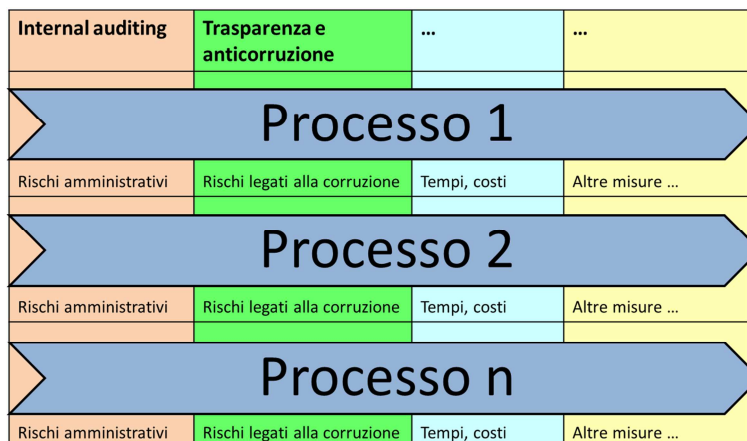


Fig. 3 - Approccio organizzativo per processi

Per tale ragione, le tre funzioni di "Innovazione e Sviluppo Organizzativo", "Trasparenza e anticorruzione" e "Internal Auditing" (controllo interno) lavorano in stretta correlazione per garantire un approccio integrato e sinergico per processi.

In modo specifico per la funzione "Trasparenza e Anticorruzione", in riferimento alla prima fase prevista dalla ISO 31000 2010 (A. Definizione del contesto), il PNA 2013 identifica alcune aree di

rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte, che si riferiscono ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione (es. attività di ispezione di igiene e sicurezza alimentare, attività di ispezione di igiene e sanità pubblica, rilascio autorizzazioni e pareri preventivi (non correlati alla persona), attività di ispezione di igiene e sanità pubblica veterinaria, attività di ispezione e vigilanza presso i produttori di derrate alimentari di origine animale, attività di vaccinazione, rilascio certificazione per patenti e certificazioni sanitarie, gestione commissione invalidi civili, gestione della certificazione agonistica);
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.Lgs. n. 50 del 2016 (es. affidamento e gestione dei contratti per acquisizione dei beni e servizi, affidamento e gestione dei contratti di esecuzione dei lavori, gestione convenzioni con terzi);
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati (es. rimborsi diversi, gestione graduatoria per l'accesso all'impegnativa di residenzialità, gestione ciclo passivo – residenzialità extraospedaliera per persone anziane non autosufficienti);
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150 (es. gestione e trattamento giuridico del personale dipendente e non dipendente).

Tali procedimenti si riferiscono ad alcune aree riconducibili all'alveo delle cosiddette aree di rischio generali, che risultano obbligatorie.

Essi, come riportato nel PNA 2013 (All. 1 par. B.1.1, pag. 13) risultano i seguenti:

- Processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- Processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblici disciplinato dal D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50;
- Processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

In conformità con quanto indicato nel PNA 2015 (par. 6.3.b pag. 17 e par. 2.1 pag. 42 della "parte speciale – approfondimenti"), altre aree di rischio generali risultano:

- Contratti pubblici;
- Incarichi e nomine;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- Affari legali e contenzioso.

Secondo quanto previsto dal PNA 2015 la più ampia definizione di "area di rischio contratti pubblici" viene ad essere utilizzata in luogo di quella di "affidamento di lavori, servizi e forniture". Le aree di rischio generali considerate per questo piano risultano dunque:

- A. Processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

- B. Processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- C. Processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- D. Contratti pubblici;
- E. Incarichi e nomine;
- F. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- G. Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- H. Affari legali e contenzioso.

Oltre alle aree generali, sono state indicate aree di rischio specifiche, peculiari del settore sanitario, potenzialmente esposte a rischi corruttivi (PNA 2015, par. 2.2 pag. 46 nella parte "speciale - approfondimenti"):

1. Attività libero professionali e liste di attesa;
2. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
3. Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
4. Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

La strategia ha seguito un approccio sistemico che parte dall'individuazione dei processi a medio ed alto rischio di corruzione derivanti dalla mappatura regionale dei processi dell'Internal auditing.

L'elenco dei processi preso a riferimento è quello predisposto dalla Regione Veneto ai fini della gestione del rischio amministrativo contabile finalizzato all'implementazione del sistema di controllo interno nelle aziende sanitarie.

Nel corso del 2018 Azienda Zero della Regione Veneto ha aggiornato il predetto elenco trasmesso con nota prot. n. 14934 del 16 novembre 2018.

I processi inseriti nell'elenco costituiscono l'oggetto di riferimento di internal auditing. Sarà quindi necessario ricordare l'elenco predisposto dalla Regione con l'elenco dei processi definiti in ambito anticorruzione.

Per identificare i rischi specifici di ogni attività (B. Identificazione del rischio) di ciascuno dei processi individuati nella fase precedente, sono state utilizzate diverse tecniche, dettagliate nel paragrafo 3.1,

Nel 2019, il controllo interno, nella sua attività di rivalutazione di processi e rischi specifici adotterà la metodologia del *Control Risk Self-Assessment* (CRSA), condivisa da Azienda Zero per l'ambito dell'internal audit. I risultati così ottenuti potranno essere considerati anche per la gestione del rischio in ambito anticorruzione.

Per le fasi successive (C-D. Analisi e valutazione del rischio), ai rischi identificati nei processi individuati sono state applicate le scale necessarie per misurare e valutare i rischi, come previsto dall'Allegato 5 del PNA 2013 in termini di probabilità e di impatto. Lo scopo di tale fase è quello di costruire una matrice che consenta di rappresentare graficamente i rischi specifici dei processi ad alto e medio rischio di corruzione.

Come definito dall'aggiornamento del PNA 2018, l'ultima fase della ISO 31000:2010 permette di individuare misure specifiche volte al trattamento (E. Trattamento del rischio) dei rischi individuati, misurati e valutati a seguito dell'analisi dei processi, oltre a quelle definite come misure generali considerate e descritte nei paragrafi successivi e che incidono in materia trasversale sull'intera azienda.

Saranno inoltre svolti specifici audit integrati, così come programmati nel piano internal audit 2019-2021.

Dopo aver illustrato nel capitolo 2 gli enti e gli organi di riferimento per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, nel capitolo 3 vengono riportati i dettagli riguardanti la mappatura dei processi effettuata, l'analisi e la valutazione dei rischi individuati, le eventuali misure previste per il trattamento, le azioni poste in essere per il monitoraggio, la revisione, la comunicazione, consultazione relativi ai rischi di corruzione.

Nei capitoli 4 e 5 vengono dettagliate altre misure obbligatorie e specifiche per la prevenzione dei rischi di corruzione, mentre il capitolo 6 riguarda il coinvolgimento degli attori, le misure, le responsabilità e i controlli necessari per l'attuazione del Piano, rimandando ai relativi allegati per i dettagli.

2. ORGANI DI RIFERIMENTO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E TRASPARENZA

2.1 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)

Il RPCT è una figura centrale del sistema di trattamento del rischio di corruzione. A tale figura la normativa assegna alcuni importanti compiti il cui corretto assolvimento permette di rafforzare l'efficacia del sistema di controllo preventivo.

Ai sensi dell'art 1, co. 7, L. 6 novembre 2012, n. 190, il RPCT è individuato dall'organo di indirizzo (Direttore Generale), di norma, tra i dirigenti di ruolo in servizio, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Per lo svolgimento dei compiti assegnati, il RPC dispone di supporto in termini di risorse umane, finanziarie e strumentali adeguate e ha completo accesso a tutti gli atti dell'organizzazione, dati e informazioni, funzionali all'attività di controllo che comunque sono di pertinenza del vertice gestionale. In tale ambito rientrano, peraltro, anche i controlli inerenti la sfera dei dati personali e/o sensibili, per i quali il RPC individua le migliori modalità per la salvaguardia della riservatezza.

Con delibera del Direttore Generale n. 154 del 31 gennaio 2018, l'Azienda ha nominato l'Ing. Mirko Mazzucco come RPCT dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana

2.1.1 Compiti e poteri del RPCT

I compiti del RPC sono disciplinati dall'art. 1, commi 8-10, della L. 6 novembre 2012, n. 190 e dal D.Lgs. n. 39/2013.

Sul ruolo e i poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), l'Autorità ha dato indicazioni nei PNA e nei relativi aggiornamenti e recentemente ha adottato la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018, in cui sono state date indicazioni interpretative ed operative con particolare riferimento ai poteri di verifica, controllo e istruttori del RPCT nel caso rilevi o siano segnalati casi di presunta corruzione.

In particolare, il RPCT:

- 1) ai sensi dell'art 1, co. 8, L. 6 novembre 2012, n. 190, predispone – in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) – il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC) e lo sottopone all'Organo di indirizzo (Direttore Generale) per la necessaria approvazione con atto deliberativo;
- 2) ai sensi dell'art 1, co. 7, L. 6 novembre 2012, n. 190, segnala alla Direzione Strategica e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le "disfunzioni" inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti per l'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;

- 3) ai sensi dell'art. 1 co. 9, lett. c) L. 6 novembre 2012, n. 190, è chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, anche tramite le informazioni che i referenti hanno l'obbligo di fornirgli;
- 4) ai sensi dell'art 1, co. 10, L. 6 novembre 2012, n. 190, lett. a), verifica l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità;
- 5) propone modifiche del PTPC quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- 6) ai sensi dell'art 1, co. 10, L. 6 novembre 2012, n. 190, lett. b), verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione;
- 7) ai sensi dell'art 1, co. 10 L. 6 novembre 2012, n. 190, lett. c), definisce le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;
- 8) ai sensi dell'art. 1, co. 14 L. 6 novembre 2012, n. 190, redige la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC, compilando la scheda standard predisposta di norma in formato *excel* da ANAC e la pubblica sul sito internet istituzionale nella sezione Amministrazione trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Relazione del responsabile della corruzione;
- 9) ai sensi dell'art. 1, co. 14, L. 6 novembre 2012, n. 190 riferire alla Direzione Strategica sull'attività svolta, con la relazione annuale sopra citata pubblicata nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui la Direzione Strategica lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta;
- 10) ai sensi dell'art. 43, d.lgs. 33/2013, assume anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, svolgendo un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando alla Direzione Strategica, all'Organismo indipendente (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- 11) ai sensi dell'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 ha il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico;
- 12) ai sensi dell'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013, nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina ai sensi dell'art. 43, co. 5 del d.lgs. 33/2013;
- 13) ai sensi dell'art. 15, co. 3 del D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'ANAC dei risultati del monitoraggio;
- 14) ai sensi dall'art. 15 del d.lgs. n. 39/2013, l'RPCT vigila sul rispetto delle disposizioni sulle inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al medesimo decreto legislativo, con capacità proprie di intervento, anche sanzionatorio, e di segnalare le violazioni all'ANAC.

I compiti attribuiti al RPCT non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

L'Azienda assicura al RPCT lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento e, in considerazione del suo delicato compito organizzativo e di raccordo, un adeguato supporto, mediante l'assegnazione di appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio.

Modalità e tempistiche dell'attuazione dei compiti previsti per il RPTC sono dettagliati nell'allegato 1 e nell'allegato 2.

2.1.2 Responsabilità del RPCT

L'art. 1, co. 12, della L. 6 novembre 2012, n. 190 prevede l'imputazione di una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa in capo al RPCT per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato.

La responsabilità è esclusa se il RPCT dimostra:

- di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano triennale di prevenzione della corruzione e i relativi adempimenti;
- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

2.2 I REFERENTI DELLA PREVENZIONE

Dovendo contemperare il carattere complesso dell'organizzazione amministrativa, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità ed alla luce delle aree a rischio individuate, vengono individuati i seguenti referenti:

- direttori di Dipartimento, direttori di Direzione Medica di Ospedale, direttori dei distretti;
- tutti i direttori di unità operativa complessa e semplice a valenza dipartimentale.

E' dovere di tutti i referenti e di tutti i dirigenti dell'area professionale, tecnica e amministrativa collaborare attivamente con il RPCT e, ai sensi dell'art. 16, co. 1 *ter*, D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, adempiere agli obblighi informativi nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare.

Tutto il personale è tenuto a fornire il necessario apporto al RPCT e ai Referenti delle aree interessate dal piano e, ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, tutti i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione.

2.2.2 Funzioni dei referenti del responsabile della prevenzione della corruzione

I referenti del RPCT al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, con il responsabile della prevenzione concorrono a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti delle aree del comparto e della dirigenza destinati ad operare in settori particolarmente esposti ai rischi di corruzione, ed in particolare:

1. individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;
2. prevedere, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
3. assicurare, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del primo punto, obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione;
4. monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti (ai sensi dell'art. 2 della L. 7 agosto 1990, n. 241, nei casi in cui non si preveda un termine diverso, i procedimenti amministrativi devono concludersi entro il termine di trenta giorni);

5. monitorare i 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;
6. individuare specifici obblighi di trasparenza, anche ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I Referenti concorrono con il responsabile della prevenzione della corruzione:

- a. alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- b. alla verifica della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- c. ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

In ottemperanza a quanto indicato nel PNA 2013 e successivi, i referenti concorrono con il responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

I referenti del responsabile della prevenzione della corruzione, in qualità di responsabili delle strutture cui sono preposti, al fine di garantire lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al responsabile della prevenzione della corruzione, sono tenuti, nell'esercizio delle loro funzioni, ad assicurare che:

- a. l'organizzazione amministrativa sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e istruttoria;
- b. le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti agli input ricevuti. Rendendosi quindi necessario il raccordo tra le unità organizzative, nell'ambito di ciascuna struttura, il dirigente preposto alla direzione delle risorse umane, economiche e strumentali dovrà impartire indirizzi ed istruzioni affinché sia assicurato l'apporto collaborativo al responsabile della prevenzione.

I direttori di dipartimento e i responsabili delle unità operative complesse, nell'esercizio delle funzioni di referenti sono tenuti a curare il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

Le attività indicate nel presente capitolo, rientranti nelle specifiche funzioni di ogni soggetto coinvolto nei processi di adozione e attuazione del presente Piano, sono considerate quali precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

In particolare, nella tabella 1 sottostante viene riportato l'elenco dei referenti che partecipano allo sviluppo, attuazione e vigilanza del PTCP per quanto riguarda le misure generali di prevenzione del rischio di corruzione. Tali referenti, insieme agli owner dei processi (indicati nell'allegato 3 e referenti per le misure specifiche di prevenzione del rischio di corruzione), e ai responsabili delle

pubblicazioni in “Amministrazione trasparente” (riportati nell’allegato 8), presentano al Responsabile della Prevenzione della corruzione, entro il 30 novembre di ogni anno, una relazione secondo l’allegato 9:

- sulle attività poste in essere in merito all’attuazione effettiva delle regole di legalità ed integrità del presente Piano;
- su qualsiasi anomalia accertata, costituente la mancata attuazione del presente Piano, specificando le azioni eventualmente adottate per eliminarle oppure proponendo al Responsabile della prevenzione della corruzione azioni di correzione e monitoraggio continuo.

Oltre a tale attività l’RPCT si riserva la facoltà, in ogni momento, di richiedere a tutti i referenti della prevenzione ulteriori informazioni o contributi, utili alla prevenzione del rischio di corruzione.

Nel capitolo 6 sono riportati i dettagli del monitoraggio.

REFERENTE DEL RPTC	MISURA GENERALE PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO
RESPONSABILE AFFARI GENERALI	Accesso civico
	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi
	La trasparenza e gli obblighi di pubblicazione
	Società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PA
	Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. <i>whistleblower</i>)
RESPONSABILE CONTABILITÀ E BILANCIO	Percorso attuativo di certificabilità (PAC)
RESPONSABILE ECONOMATO E GESTIONE LOGISTICA	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA
	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di <i>procurement</i>
	Patti di integrità
	Rafforzamento trasparenza e acquisti
RESPONSABILE FORMAZIONE	La formazione
RESPONSABILE GESTIONE RISORSE UMANE	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA
	Il codice di comportamento
	La rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione
	Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. <i>pantouflage – revolving doors</i>)
	Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali
RESPONSABILE INTERNAL AUDITING	Percorso attuativo di certificabilità (PAC)
RESPONSABILE PROVVEDITORATO	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA
	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di <i>procurement</i>
	Patti di integrità
	Rafforzamento trasparenza e acquisti
	Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. <i>pantouflage – revolving doors</i>)
RESPONSABILE SERVIZI TECNICI E PATRIMONIALI	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA
	Gestione dei conflitti d'interesse nei processi di <i>procurement</i>
	Patti di integrità
	Rafforzamento trasparenza e acquisti
RESPONSABILE UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO	Azioni di sensibilizzazioni rapporto con la società civile

Tabella 1: Referenti del RPTC

2.3 IL RESPONSABILE DELL'ANAGRAFE PER LA STAZIONE APPALTANTE (RASA)

Per favorire la riduzione degli oneri amministrativi derivanti dagli obblighi informativi ed assicurare l'efficacia, la trasparenza e il controllo in tempo reale dell'azione amministrativa per l'allocazione della spesa pubblica in lavori, servizi e forniture, anche al fine del rispetto della legalità e del corretto agire della pubblica amministrazione e prevenire fenomeni di corruzione, si utilizza la "Banca dati nazionale dei contratti pubblici" (BDNCP) istituita presso ANAC.

Le stazioni appaltanti di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture hanno l'obbligo di richiedere l'iscrizione all'Anagrafe Unica Stazioni Appaltanti (AUSA) presso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici l'obbligo di aggiornare annualmente i rispettivi dati identificativi. Dall'obbligo di iscrizione ed aggiornamento dei dati derivano, in caso di inadempimento, la nullità degli atti adottati e la responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari responsabili.

Ciascuna stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante stessa, denominato Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA). La trasmissione del provvedimento di nomina del RASA potrà essere richiesta dall'Autorità per l'espletamento di eventuali successive verifiche.

Il suddetto soggetto responsabile è unico per ogni stazione appaltante, intesa come amministrazione aggiudicatrice od altro soggetto aggiudicatore, indipendentemente dall'articolazione della stessa in uno o più centri di costo.

L'obbligo informativo - consistente nella implementazione della BDNCP presso l'ANAC dei dati relativi all'anagrafica della Stazione Appaltante, della classificazione della stessa e dell'articolazione in centri di costo e sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici (cfr. la disciplina transitoria di cui all'art. 216, co. 10, del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50).

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Con delibera del Direttore Generale n.167 del 31 gennaio 2019 viene confermato, come Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, il dott. Giuseppe Magliocca, Direttore dell'UOC Provveditorato.

2.4 INTERNAL AUDITING E ANTICORRUZIONE

Come indicato nel nuovo atto aziendale per l'Internal Auditing è prevista una stretta sinergia con la funzione "Trasparenza e anticorruzione", in modo da perseguire gli obiettivi di entrambe con un approccio sistematico, che generi un valore aggiunto in quanto finalizzato ad analizzare e migliorare i processi, gestendo i rischi sia amministrativo contabili che di corruzione.

L'Internal Auditing aziendale coadiuva il RPCT svolgendo le seguenti funzioni:

- sviluppa un piano aziendale dei controlli interni che sia sinergico con le azioni previste nel presente PTPC;

- supporta da un punto di vista metodologico l'analisi del contesto, la mappatura dei processi e la valutazione del rischio corruzione connesso;
- verifica l'efficacia delle misure di trattamento del rischio.

La funzione di Internal Auditing, così come previsto dall'Atto aziendale, deve:

- assicurare il miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione con l'obiettivo di assistere la direzione aziendale nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di corporate governance;
- garantire il coordinamento e il monitoraggio delle attività ed i piani di audit;
- svolgere specifica attività di audit al fine di migliorare i processi di gestione dei rischi e il controllo dei principali processi amministrativi dell'azienda.

L'obiettivo dell'Internal Auditing è quindi affrontare e gestire le molteplici tipologie di rischio derivanti sia da fattori endogeni che esogeni all'azienda, che devono essere identificati, analizzati, trattati e monitorati, in quanto, se trascurati o gestiti inadeguatamente, possono impattare sul grado di raggiungimento degli obiettivi istituzionali ovvero intaccare il patrimonio aziendale.

L'Internal Auditing supporta inoltre il Servizio Contabilità e Bilancio nella definizione di idonee procedure per il contenimento del rischio amministrativo contabile conformemente alle linee guida regionali, la cui revisione è stata approvata con decreto n. 71 del 15 giugno 2017. Il PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale.

Con delibera n. 68 del 17 gennaio 2019 è stato approvato il piano triennale di sviluppo dell'internal audit nel quale viene ribadita la centralità della persona e la necessità di dare risposta ai suoi bisogni. Anche in tale piano è previsto un approccio per processi per la gestione del rischio, così come suggerito dagli standard internazionali (ISO 9001:2015 e ISO 31000:2010). Il piano triennale di sviluppo dell'internal audit sottolinea altresì la necessità di operare in sinergia con tutti i sistemi di governance e di gestione dei rischi specifici e dei relativi controlli (come quelli previsti dal presente PTPC), già sviluppati in Azienda ma in fase di revisione a seguito dell'unificazione aziendale.

Sarà importante non ridondare i controlli all'interno dell'azienda e quindi garantire un forte coordinamento tra le unità operative impegnate nella esecuzione dei diversi piani che si basano sull'analisi e lo sviluppo dei processi aziendale.

In accordo con il presente Piano, le attività di Internal Auditing non rappresentano semplici controlli di carattere ispettivo, ma l'opportunità di valutare i livelli di performance dei processi aziendali contribuendo al miglioramento della qualità in sanità.

2.5 UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI (UDP)

Con deliberazione del Direttore Generale n. 148 del 31 gennaio 2017 e n. 1538 del 10 agosto 2017 è stato costituito nel 2017 un unico ufficio procedimenti disciplinari (UPD) per l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana che dovrà agire nel caso di procedimenti disciplinari per infrazioni punibili con sanzioni superiori al rimprovero verbale (che rimane a carico del Direttore di Unità Operativa).

Tale ufficio svolge le seguenti attività:

- gestisce i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165);
- si occupa delle comunicazioni obbligatorie da trasmettere all'autorità giudiziaria (art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, co. 3, L. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- cura l'eventuale aggiornamento del Codice di Comportamento dell'amministrazione;
- esamina le segnalazioni di violazione dei codici di comportamento e raccoglie le condotte illecite accertate e sanzionate;
- collabora con il RPCT per quanto riguarda le attività previste dall'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 *"Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici"*.

Dettagli sull'attività svolta dall'UDP sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC pubblicata sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.6 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE (OIV)

L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità (ai sensi del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e della L. 6 novembre 2012, n. 190).

L'OIV verifica l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione previste nel piano di prevenzione della Corruzione

Il RPCT, tenuto a controllare sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, segnala all'OIV i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33).

L'OIV esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165. Prima dell'unificazione i codici di comportamento delle 3 ex ulss sono stati sottoposti al parere dell'OIV e approvati con delibera dei rispettivi direttori generali.

Con il D.Lgs. 97/2016 vengono rafforzate le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

In linea con quanto già disposto dall'art. 44 del D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 detto organismo verifica:

- la coerenza del PTPC con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico - gestionale, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance;
- il collegamento tra gli obiettivi connessi alla prevenzione della corruzione e la valutazione della performance individuale ed aziendale (ciclo delle performance);
- i contenuti della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza, potendo chiedere, inoltre, al RPCT le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo con possibilità di effettuare audizioni dei dipendenti (art. 1, co. 8-bis, L. 6 novembre 2012, n. 190).

Le relazioni dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni ed i Documenti di validazione della Relazione sulla Performance sono pubblicate sul sito dell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Performance.

Anche per l'anno 2018 l'OIV ha attestato che L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

Le attestazioni OIV in materia di trasparenza, richieste con frequenza annuale dall'ANAC, che a mezzo delibera definisce le specifiche categorie della sezione amministrazione trasparente oggetto di verifica, sono pubblicate sul sito della ULSS n.2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/disposizioni Generali/Attestazioni OIV.

2.7 PROCESSO DI ADOZIONE E COMUNICAZIONE DEL PTPC

2.7.1 Data e documento di approvazione del Piano da parte degli organi di indirizzo politico-amministrativo

Con deliberazione del Direttore Generale 31 gennaio 2019, n. 167 è stato adottato il PTPC 2019-2021. La delibera è pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza.

2.7.2 Individuazione degli attori interni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione

La Direzione Strategica ha fornito, attraverso l'interlocuzione diretta del Direttore Amministrativo con il RPCT, le linee di indirizzo del presente Piano.

I referenti del RPCT, per mezzo di incontri organizzati dal RPCT e con la relazione annuale al RPCT, hanno fornito contributi per consolidare quanto già previsto dal piano per l'anno 2018.

Il gruppo di lavoro a supporto del RPCT ha analizzato le relazioni pervenute dai referenti del piano e raccolto indicazioni della Direzione Strategica.

2.7.3 Individuazione degli attori esterni all'amministrazione che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione

L'Azienda si è impegnata a coinvolgere le organizzazioni sindacali rappresentative, le associazioni degli utenti, tutti coloro che usufruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'Amministrazione (c.d. portatori di interesse/stakeholder) al fine di favorire l'invio di eventuali proposte e contributi con cui, eventualmente, integrare/aggiornare il Piano triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza 2019-2021.

Tale impegno si è concretizzato con:

- la pubblicazione, nel sito internet aziendale, di un Avviso rivolto ai portatori di interesse/stakeholder, mettendo in consultazione il PTPC, con l'invito a fornire contributi, suggerimenti o proposte entro il 31.12.2018, per l'individuazione dei settori e delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione, l'identificazione e valutazione del rischio e le misure da apprestare per neutralizzare o ridurre il livello di rischio;
- la predisposizione di un modulo, pubblicato nell'area "Amministrazione Trasparente", che consente di fornire contributi, suggerimenti o proposte.

Non sono pervenuti entro il 31 dicembre 2018 contributi, suggerimenti o proposte da parte di portatori di interesse/stakeholder o soggetti interessati.

2.7.4 Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano

Il piano PTPC 2019-2021 sarà pubblicato sul sito istituzionale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri Contenuti/Prevenzione della Corruzione/Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (vedi inoltre quanto riportato al par. 4.6 - Azioni di sensibilizzazioni rapporto con la società civile).

3. LA GESTIONE DEI RISCHI DI CORRUZIONE

Nei paragrafi successivi, per ogni fase del processo di gestione del rischio secondo la ISO 31000: 2010 (Fig. 2), viene riportato quanto effettuato e quanto preventivato quale programma di azione per il prossimo triennio.

3.1 MAPPATURA DEI PROCESSI INDIVIDUATI ED IDENTIFICAZIONE DEI RELATIVI RISCHI (AREE GENERALI E SPECIFICHE DI RISCHIO)

Secondo il processo di gestione del rischio della ISO 31000:2010 (Fig. 2), in primis viene realizzata la mappatura dei processi per la prima fase (A. Definizione del contesto). Per ognuno dei processi selezionati, in quanto definiti ad alto e medio rischio di corruzione, è necessario identificare i rischi specifici che si possono verificare nelle diverse fasi del processo (B. Identificazione del rischio).

Il PTPC rappresenta uno strumento dinamico in coerenza con il progredire delle strategie di prevenzione della corruzione ed i cambiamenti legati all'assetto organizzativo aziendale.

Data la recente costituzione dell'ULSS2 Marca trevigiana, nel 2018 sono stati individuati e rivalutati i processi a medio ed alto rischio di corruzione a partire da quelli già individuati dalla ex ULSS n. 9 di Treviso, sulla base delle indicazioni fornite dall'aggiornamento 2015 al PNA (come riportato nel paragrafo 1.4).

Alla luce della nuova struttura organizzativa aziendale derivata dalla fusione di tre diverse realtà aziendale, del conseguente accorpamento di funzioni e attività e del nuovo atto aziendale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 25 gennaio 2018, durante il 2018 molti processi sono stati ridefiniti.

Nel 2018 sono stati individuati e valutati 42 processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale. Di tali processi 31 sono stati classificati a medio-alto rischio di corruzione, con Indice di Rischio medio e rilevante (secondo l'applicazione della metodologia dell'allegato 3). Per 26 di questi processi sono stati identificati i relativi rischi specifici.

In particolare, i processi legati ai servizi sociali sono stati rivisti in ottica di Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, con il supporto dell'Internal Auditing. Anche tali processi sono stati valutati secondo la metodologia prevista in allegato 3, 4 e 5.

Per i processi P5 "Affidamento e gestione dei contratti" e P6 "Adesione ai contratti stipulati da centrale di committenza-soggetto aggregatore" si è chiesta una valutazione alle diverse unità operative coinvolte: UOC Provveditorato, UOC Economato e gestione della logistica, UOC Servizi tecnici e patrimoniali, come dettagliato nell'allegato 3.

Uno dei nuovi processi identificati nell'area di rischio "Affari legali e contenzioso", è la "Gestione diretta delle autoassicurazioni".

Per il triennio 2019-2021, continuerà la verifica dei processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale e verrà portata a compimento l'identificazione dei rischi specifici per quei processi che sono stati individuati e definiti per la prima volta nel 2018 ad alto e medio rischio di corruzione.

L'attività di aggiornamento dei processi sarà effettuata di concerto con l'Internal auditing anche alla luce dell'aggiornamento dei processi "Regionali" trasmesso da Azienda Zero con nota prot. n. 14934 del 16 novembre 2018.

Sarà quindi necessario raccordare l'elenco predisposto dalla Regione con quello dei processi definiti nel presente Piano.

Nel 2017 per le aree di rischio "Attività conseguenti al decesso intraospedaliero" e "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni" sono state condotte delle analisi preliminari per individuare i processi ad esse relativi; nel triennio 2018-2020 tali processi saranno gestiti nella modalità di gestione del rischio suddetta.

Come riportato nel PNA aggiornato con determina dell'ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, per il "processo di acquisizione dei farmaci", valgono i medesimi principi generali, i potenziali rischi e le relative misure di prevenzione della corruzione relativi al ciclo degli approvvigionamenti degli altri beni sanitari, dalla fase di pianificazione del fabbisogno fino alla gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

L'area "Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni" è già stata in parte considerata nei processi P1, P2 e P5 (come da allegati 3 e 4) dove sono stati affrontati gli ambiti legati alla sperimentazione e alla pianificazione del fabbisogno. Il 2019 vedrà l'analisi del rischio nella gestione e somministrazione del farmaco in reparto e/o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio.

L'area "attività conseguenti al decesso intraospedaliero" è stata inserita nel PTPC 2018 al fine di verificare le modalità di organizzazione nei diversi presidi ospedalieri aziendali, individuare e quantificare i rischi, stabilire delle misure rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

L'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana dispone di procedure aziendali che a livello distrettuale disciplinano le modalità di gestione del decesso intraospedaliero. Nel 2018 è stato individuato il processo P4 "Gestione delle attività conseguenti al decesso intraospedaliero" e misurato il relativo livello di rischio.

Per tale processo occorre assicurare, dal punto di vista organizzativo e delle risorse a disposizione, la più appropriata modalità di gestione. Al riguardo è opportuno innanzitutto prevedere l'obbligo di una adeguata motivazione circa l'esternalizzazione o l'internalizzazione del servizio da parte del management dell'ente.

La fasi di identificazione di potenziali rischi verrà effettuata nel 2019 in modo dettagliato. I rischi potranno concernere, ad esempio:

- la comunicazione in anticipo di un decesso ad una determinata impresa di onoranze funebri in cambio di una quota sugli utili;
- la segnalazione ai parenti, da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri, sempre in cambio di una quota sugli utili;
- la richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti (es. per la vestizione della salma da parte di un operatore sanitario).

Appare evidente che le misure individuate per la mitigazione del rischio devono essere rivolte a rafforzare gli strumenti di controllo nei confronti degli operatori coinvolti (interni ed esterni) in ordine alla correttezza, legalità ed eticità nella gestione del servizio.

A titolo esemplificativo, una possibile misura rivolta agli operatori interni è costituita dalla rotazione del personale direttamente interessato e dall'adozione di specifiche regole di condotta all'interno dei codici di comportamento, come ad esempio, obblighi di riservatezza relativi all'evento del decesso cui devono attenersi gli operatori addetti al servizio.

Per gli operatori esterni, una possibile misura è costituita dal monitoraggio dei costi e tempi di assegnazione (anche al fine di riscontrare eventuali proroghe ripetute e/o una eccessiva concentrazione verso una stessa impresa o gruppo di imprese) del servizio di camere mortuarie.

Ricapitolando, nel 2018 sono stati individuati e valutati 42 processi per le aree di rischio di corruzione a livello aziendale.

Sulla base del livello di rischio calcolato come indicato all'allegato 3, sono stati classificati a medio-alto rischio di corruzione 31 processi con Indice di Rischio medio e rilevante.

I risultati delle valutazioni sono riportati nella specifica matrice di seguito raffigurata (Fig. 4).

Inoltre per 26 di questi processi sono stati identificati i relativi rischi specifici utilizzando la metodologia dettagliata nell'allegato 4. I succitati rischi, a cui è stato associato un codice identificativo, costituiscono il registro dei rischi di corruzione.

Uno stesso rischio potrebbe avere codici distinti qualora identificato in più fasi di processo.

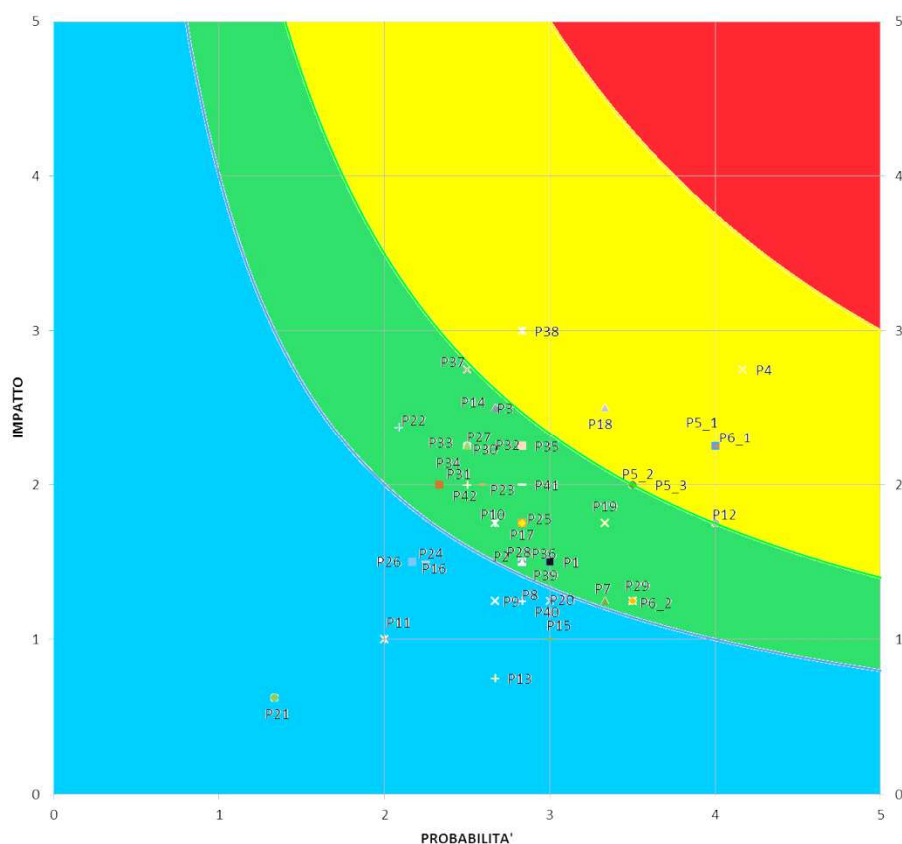


Fig. 4 - Matrice di valutazione del livello di rischio dei processi aziendali individuati per le aree di rischio generali e specifiche

Gli obiettivi operativi del presente piano, inerenti la mappatura dei processi e l'identificazione dei rischi di corruzione, risultano essere:

- l'aggiornamento dei processi a medio ed alto rischio di corruzione (con cadenza almeno quinquennale per i processi già valutati);
- l'identificazione dei rischi specifici di corruzione per i processi P4, P3, P12, P18, P19, P42.

Per raggiungere il primo obiettivo sarà necessaria la seguente attività:

- aggiornare il livello di rischio di corruzione dei processi aziendali seguendo la metodologia descritta nell'allegato 3 (con cadenza almeno quinquennale per i processi già valutati).

Considerando i processi con indice di rischio IR maggiore di 4 (area verde, giallo e rosso in fig. 4), per raggiungere il secondo obiettivo sarà necessaria la seguente attività:

- identificare i relativi rischi specifici di corruzione seguendo la metodologia dell'allegato 4 per i processi P4, P3, P12, P18, P19, P42.

Tale obiettivo sarà raggiunto attraverso il coinvolgimento degli owner dei processi interessati che potranno avvalersi del supporto metodologico fornito dalla UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

3.2 ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO

Come sopra ricordato, si è proceduto all'impiego del "Modello di analisi dei rischi" previsto dal PNA 2013 e dettagliato nell'allegato 1 di tale PNA che verrà applicato ai processi individuati come descritto nel paragrafo precedente.

I rischi di corruzione identificati in ciascuna fase dei processi individuati come processi a medio ed alto rischio di corruzione sono analizzati attraverso le scale di misura dettagliate nell'allegato 5 di questo piano che serviranno per valutare il livello di ogni rischio identificato. Tale analisi, come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013, consiste nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che tale rischio produce (probabilità e impatto). Sulla base della matrice riportata nell'allegato 5, è possibile determinare la priorità di intervento dei vari processi.

Nel 2018 sono stati misurati e valutati tutti i rischi specifici individuati secondo quanto riportato nel paragrafo 3.1.

L'obiettivo operativo del presente piano, inerente l'analisi e la valutazione dei rischi specifici di corruzione, sarà l'aggiornamento e/o la creazione delle matrici di rischio (impatto-probabilità) per i rischi specifici di corruzione di ogni processo risultato con IR maggiore di 4 (medio, rilevante e critico) e non aggiornati nel 2018.

Tale obiettivo sarà raggiunto seguendo la metodologia descritta nell'allegato 5, che permetterà di aggiungere le matrici di rischio (impatto-probabilità) relative ai processi risultati prioritari e riportate nell'allegato 6.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

3.3 TRATTAMENTO DEL RISCHIO: MISURE SPECIFICHE E AZIONI DI MIGLIORAMENTO

Come indicato nell'allegato 1 del PNA 2013, la fase di trattamento del rischio consiste nell'identificazione delle misure più idonee al trattamento del rischio. Una volta misurati i rischi, come definito nel paragrafo precedente, si devono individuare i rischi da trattare prioritariamente rispetto agli altri. Le risposte in fase di trattamento possono essere di trasferimento, eliminazione, mitigazione, accettazione del livello di rischio.

Oltre alle misure generali per prevenire fenomeni di anticorruzione indicate dal PNA 2013 e successivi, sono quindi necessarie misure specifiche di contenimento per i rischi che sono da trattare con maggiore priorità, preferendo quelle con maggiore impatto organizzativo e finanziario connesso alla relativa implementazione. Come indicato dall'allegato 1 del PNA 2013, l'individuazione e la valutazione delle misure da implementare è compiuta dal responsabile della prevenzione con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza e l'eventuale supporto dell'OIV, tenendo conto anche degli esiti del monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni (art. 14, co. 4, lett. a), D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150) o degli altri organismi di Internal Auditing.

L'obiettivo operativo del presente piano sarà il trattamento dei rischi specifici di corruzione di elevata priorità per i processi a medio e alto rischio di corruzione. Data la revisione effettuata per i processi aziendali come dettagliato nei precedenti paragrafi, nel triennio 2019-2021 si andranno a definire piani di contenimento individuando le misure specifiche di trattamento dei rischi, o aggiornando quelle già esistenti e poste in essere negli anni precedenti.

Per raggiungere tale obiettivo sarà necessario:

- definire le misure di trattamento dei rischi specifici valutati secondo la metodologia dell'allegato 5 e classificati per indice di rischio (IR);
- programmare incontri tra il responsabile della prevenzione, gli owner dei vari processi e il gruppo di lavoro per condividere le misure di trattamento dei rischi prioritari;
- stilare e programmare il piano di attuazione delle misure di trattamento del rischio per ogni processo secondo l'allegato 7.

Gli indicatori di budget per l'obiettivo esplicitato in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto in allegato 2.

3.4 MONITORAGGIO, REVISIONE, COMUNICAZIONE E CONSULTAZIONE DEI RISCHI GESTITI

Per ogni processo mappato, l'attività di monitoraggio e revisione dei rischi (fase G della Fig. 2) prevede di applicare le fasi del processo di gestione del rischio (A, B, C, D) descritte in precedenza con intervalli di frequenza stabiliti. A seguito dell'implementazione dei piani di contenimento e delle azioni di miglioramento, infatti, si devono misurare e valutare di nuovo i rischi gestiti.

Secondo la ISO 31000 2010, si devono, inoltre, stabilire i meccanismi di comunicazione e reporting interni per garantire che le informazioni relative alla gestione del rischio siano visibili nei tempi e nei modi appropriati agli stakeholder del relativo processo, in modo che possano essere consultati ed eventualmente intervenire.

L'obiettivo operativo del presente piano è quello di garantire il monitoraggio, la revisione, la comunicazione e la consultazione dei rischi in modo periodico.

Per raggiungere tale obiettivo ogni owner di processo, con il relativo gruppo di lavoro, deve:

- verificare con il RPCT la correttezza delle fasi di applicazione della ISO 31000:2010 relative all'identificazione, misura e analisi dei rischi specifici
- definire la periodicità con cui effettuare l'aggiornamento delle varie fasi di gestione del rischio;
- definire gli stakeholder e il modo con cui comunicare le informazioni relative alle fasi di gestione del rischio.

Gli indicatori di budget per l'obiettivo esplicitato in questo paragrafo è riportato nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4. MISURE GENERALI PER LA PREVENZIONE DEL RISCHIO DI CORRUZIONE

4.1 LA FORMAZIONE

La legge n. 190 del 6 novembre 2012, attribuisce particolare importanza alla formazione del personale che presta la propria opera nei procedimenti elencati nell'art. 1, c. 16:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D. Lgs. 12 aprile 2006, n. 163;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D. Lgs. 27 ottobre 2009 n. 150.

Prevede inoltre (art. 1 c. 9) che possano essere individuate ulteriori attività a rischio corruttivo.

Per tutte queste materie rileva come fondamentale attivare dei meccanismi di formazione per ridurre il rischio stesso.

Nell'attuazione del disposto normativo, il PNA 2013, ha ribadito che la "formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione" sia uno tra i principali strumenti per perseguire tre obiettivi:

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

Il PNA 2013 prosegue poi riconoscendo come tematiche ulteriori oggetto di formazione per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni:

- approfondimenti sui contenuti e le finalità del Codice di comportamento previsto dall'art. 1, co. 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165;
- aumento delle conoscenze sugli obblighi di astensione in caso di conflitto d'interesse, ponendo l'accento sulle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e sui comportamenti da seguire qualora si concretizzi il caso stesso;
- modalità di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower) in modo da svolgere un'efficace attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite, anche alla luce della nuova normativa: Legge 30 novembre 2017, n. 179;
- apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità che coinvolgano tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione.

Il PNA 2015, approvato con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, integra le materie oggetto di formazione ai fini dell'anticorruzione e della trasparenza con la nuova disciplina riguardante il diritto di accesso civico generalizzato e gli obblighi di pubblicità (D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97), istituto di assoluta novità nel nostro ordinamento.

L'ULSS n. 2 Marca trevigiana intende favorire pienamente l'attuazione delle raccomandazioni emanate nel PNA, adottando un programma di formazione strutturato su due livelli:

- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti che riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) nonché le tematiche dell'etica, della legalità, dell'integrità dell'azione amministrativa e della trasparenza (queste ultime introdotte dal PNA 2015) (approccio valoriale);
- livello specifico, comprensivo di tecniche di Risk Management, rivolto al RPCT, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e ai titolari di Posizione Organizzativa addetti alle aree a rischio che riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione, nonché tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto dai vari soggetti nell'Azienda.

I contenuti dei percorsi formativi devono riguardare, come prescritto dal PNA 2015, "anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi: l'analisi di contesto, esterno e interno; la mappatura dei processi; l'individuazione e la valutazione del rischio; l'identificazione delle misure; i profili relativi alle diverse tipologie di misure (ad es. controlli, semplificazioni procedurali, riorganizzazioni degli uffici, trasparenza)".

La formazione deve essere programmata nell'ambito del PTPC e del Piano triennale della formazione.

Nel piano formativo aziendale è previsto almeno un corso di formazione a valenza generale e uno a valenza specifica per ogni anno.

La selezione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione avviene sulla base delle indicazioni fornite dai referenti del RPTC. I criteri in materia di formazione condivisi con il RPCT prevedono per i dipendenti individuati dai referenti del RPCT delle UO amministrative e il dipartimento di prevenzione un aggiornamento almeno triennale per i corsi a valenza generale e biennale per i corsi a valenza specifica, fatte salve le necessità di aggiornamento che possano derivare da eventuali novità normative

A tal fine l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 2323 del 27 dicembre 2018 il "Piano Formativo Aziendale 2019", nel quale sono presenti:

- corsi a valenza generale: formazione anticorruzione e trasparenza ai sensi della L. 6 novembre 2012, n. 190 e del D.Lgs. n. 33/2013;
- corsi a valenza specifica:
 - 1) formazione sul campo "Supporto alle attività connesse con l'attuazione del piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPC)";
 - 2) formazione residenziale "Risk management in ambito anticorruzione";
 - 3) formazione residenziale "Allineamento delle procedure di acquisizione di beni e servizi per importi inferiori ad euro 40.000. best practices";
 - 4) formazione residenziale "Procedure negoziate per l'approvvigionamento di beni e servizi all'interno di un'azienda sanitaria. focus sui controlli nell' ambito delle forniture sotto i 40.000 euro";
 - 5) formazione residenziale: "Ultime novità in materia di appalti pubblici";
 - 6) FAD: "Formazione dei nuovi assunti".

Il fabbisogno e le iniziative formative sui temi di anticorruzione sono vagliate e approvate da un Comitato Scientifico ECM nel quale sono presenti, oltre a vari Direttori di struttura, anche il RPCT e il Responsabile della Formazione (delibera del Direttore Generale n. 2003 del 02 novembre 2017).

L'Azienda inoltre, monitora e verifica il grado di efficacia di ciascun corso formativo attraverso la somministrazione ai soggetti destinatari della formazione di questionari di apprendimento e di gradimento.

Nel 2018, in particolare, sono stati attivati corsi con tema anticorruzione, con modalità e-learning (FAD - formazione a distanza) al fine di facilitare la partecipazione al corso e creare un contesto favorevole alla legalità. Il 30 dicembre 2017, infatti, era stato avviato un corso in modalità a distanza (FAD) che si è concluso il 31 marzo 2018 ed ha coinvolto 208 partecipanti.

Con il supporto dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, il RPCT ha coinvolto il dipartimento di prevenzione in un incontro in data 15 maggio 2018 a cui hanno partecipato 10 persone dove, dopo avere presentato il piano, è stata illustrata la metodologia ISO 31000:2010 per la gestione dei rischi di corruzione.

In data 25 maggio 2018 nell'Azienda ULSS n.2 Marca trevigiana si è tenuto un corso di formazione in tema anticorruzione, al quale hanno partecipato dirigenti e posizioni organizzative delle UO amministrative, per un totale di 73 discenti.

Inoltre, 40 dipendenti hanno partecipato, con finanziamento aziendale, a corsi in tema di corruzione presso agenzie esterne.

E' stato anche realizzato il corso "Novità in materia di appalti pubblici", in data 5 e 6 dicembre 2018, rivolto al personale amministrativo dei servizi provveditorato ed economato aziendali, che ha coinvolto 32 dipendenti.

Oltre a tutto ciò è stato fornito, da parte dell'UOSD Innovazione e Sviluppo Organizzativo, supporto metodologico per l'esecuzione delle attività previste nell'allegato 2 del PTPC e collegate agli indicatori delle schede di budget delle UO amministrative e del dipartimento di prevenzione.

Dal 2019 sarà avviato il corso FAD per neo assunti, che prevede anche una unità formativa sul tema corruzione. Sarà altresì disponibile un "albo dipendenti" fruibile dai responsabili di unità operativa e coordinatori con lo scopo di valutare anche le competenze in tema di anticorruzione di ogni dipendente a ricoprire un determinato incarico e di pianificare dunque eventuali percorsi formativi.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "formazione", consiste nel:

- diffondere i principi e i valori su cui si fonda l'anticorruzione e fornire strumenti di gestione del rischio.

Per raggiungere tale obiettivo, le attività da realizzare sono le seguenti:

- individuare le persone da formare sulla base dei criteri stabiliti in accordo con il RPCT e inseriti nel PTPC;
- rendere fruibile l'"albo dipendenti" in modo che RPCT possa vedere lo stato dell'arte in tema di anticorruzione per stimolare eventuali carenze formative;
- realizzare corsi in tema anticorruzione per l'anno 2019 come previste dal piano di formazione aziendale.

Gli obiettivi indicati saranno inseriti nell'allegato 1 e le relative attività sono riportate con le relative tempistiche e il responsabile dell'attuazione nell'allegato 2.

4.2 LA ROTAZIONE DEL PERSONALE ADDETTO ALLE AREE A RISCHIO DI CORRUZIONE

L'applicazione della misura della rotazione del personale è definita dal legislatore quale misura ordinaria di prevenzione della corruzione nell'art. 1, co. 5, lett. b) della L. 6 novembre 2012, n. 190 ed assume particolare rilievo nei confronti del personale addetto alle aree a rischio.

Nel concreto si tratta sostanzialmente di limitare la permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione per prevenire il consolidarsi di posizioni che possono degenerare in dinamiche improprie dell'attività (pressioni esterne sul dipendente o rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate).

Come evidenziato da ANAC con deliberazione n. 13 del 4 febbraio 2015, tale principio va applicato tenendo conto di alcuni limiti:

- oggettivi, intesi come l'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico;
- soggettivi, intesi come i diritti individuali dei dipendenti soggetti alla misura e ai diritti sindacali.

Al riguardo, anche il PNA 2016 ricorda che occorre tenere presente, inoltre, le attitudini e le capacità professionali del singolo, la presenza nell'organizzazione di alcune figure in numero limitato e pertanto diventa passaggio fondamentale verificarne l'effettiva infungibilità che comunque non può essere invocata per categorie professionali omogenee.

Ciò vale in particolare per l'ambiente organizzativo sanitario nel quale il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità.

Maggiori margini di applicabilità del principio sono ravvisabili per altre professioni sanitarie (es. farmacisti) che costituiscono un anello determinante nella catena del processo decisionale (es. introduzione di farmaci e di dispositivi medici nella pratica clinica ed assistenziale) e per alcuni incarichi amministrativi/tecnici anche se richiedono competenze specifiche (es. ingegnere informatico) o particolari esperienze professionali (Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione).

Il PNA 2016 individua la formazione come misura fondamentale e a complemento per la realizzazione della rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi contribuisce a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Tale iniziativa unita ad un'analisi dei carichi di lavoro correlata alle matrici dei processi e di altre misure complementari, come ad esempio un regolamento aziendale per l'attribuzione delle posizioni organizzative, consente di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze.

Considerato che la rotazione è rimessa alla autonoma determinazione delle amministrazioni, che in tal modo potranno adeguare la misura alla concreta situazione dell'organizzazione dei propri uffici (ANAC deliberazione n. 13 del 4 febbraio 2015), è opportuno delineare il contesto aziendale in cui calare la misura di cui trattasi.

Come detto, l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana è nata dal recente accorpamento di tre separate Aziende sanitarie e che con Atto Aziendale, di cui alla deliberazione del Direttore Generale n. 143 del 25 gennaio 2018, ha definito il proprio assetto organizzativo nell'ambito del quale è stata attuata, conseguentemente, anche una ridefinizione dei ruoli e delle funzioni dei Servizi che ha coinvolto l'intero capitale professionale.

Nell'individuare le strutture complesse, l'Azienda si è attenuta a quanto previsto:

- dalle linee guida adottate dalla deliberazione della Giunta regionale 16 agosto 2017 n.1306;
- dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023 (in essere per effetto della L.R. 28 dicembre 2018, n. 48);
- dalle schede di dotazione ospedaliera approvate con deliberazione della Giunta regionale del Veneto 19 novembre 2013, n. 2122, così come da ultimo modificate per l'Ospedale di Castelfranco con deliberazione 22 agosto 2017 n. 1342.

In tale processo di riorganizzazione è risultato necessario conferire per le nuove strutture complesse, semplici e dipartimentali, previste dal nuovo Atto aziendale, incarichi provvisori al fine di garantire il funzionamento delle strutture dell'Azienda, nelle more del conferimento dell'incarico definitivo, previo esperimento delle procedure comparative.

Medesima disposizione è stata prevista per gli incarichi di funzione (posizioni organizzative aziendali).

Con deliberazione del Direttore Generale n.499 del 22 marzo 2018, è stato approvato un regolamento che stabilisce i criteri per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo. Tale regolamento precisa i criteri di conferimento degli incarichi di direzione di struttura complesso secondo procedure comparative che possano garantire adeguati livelli di partecipazione e consentire l'individuazione del dirigente responsabile in aderenza alle esigenze organizzative e al profilo richiesto.

L'applicazione del citato regolamento ha permesso, a fine 2018, il conferimento di 11 incarichi dirigenziali dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo di durata quinquennale.

Analoghi principi di trasparenza, efficacia, efficienza ed economicità saranno alla base del regolamento per affidamento di incarichi di funzione la cui adozione è prevista nell'anno 2019, al fine di garantire la più ampia partecipazione e l'individuazione delle adeguate competenze.

È inoltre prevista, per ogni singolo processo, una puntuale analisi che conduca a verificare la percorribilità di una rotazione ordinaria supportata da una formazione ed una organizzazione del lavoro che hanno l'obiettivo di garantire una interscambiabilità del personale attraverso il rafforzamento della trasparenza interna delle attività anche per il tramite il perfezionamento di procedure operative.

La logica organizzativa delle attività afferenti ai singoli processi deve tenere conto del principio di segregazione di responsabilità e compiti.

Qualora venga valutata e motivata la necessità di ricorrere a misure alternative alla rotazione ordinaria (es. competenze infungibili) verranno adottate misure per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi così come indicato dall'Autorità:

- nei processi decisionali che si configurano come processi composti in più fasi e livelli, verranno promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando

l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria;

- in presenza di processi decisionali brevi, come, ad esempio, quelli relativi ad attività ispettive, gruppi di lavoro o incarichi all'interno di commissioni di selezione saranno istituiti, laddove possibile, appositi albi.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "rotazione del personale", consiste nel:

- creare condizioni per la fungibilità dei ruoli, contrastando le tendenze di esclusività delle competenze e favorendo l'intercambiabilità.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- realizzare una mappatura del capitale professionale potenzialmente interessato dal principio di rotazione, secondo quanto emerso dall'analisi dei processi riferiti alle Aree di rischio individuate e pianificare dunque eventuali percorsi formativi;
- prevedere dei percorsi di formazione che garantiscano la maturazione di expertise per settori specifici, l'affiancamento tra figure professionali e la costituzione di albi;
- adottare un regolamento per incarichi di funzione personale del comparto.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.3 IL CODICE DI COMPORTAMENTO, CONFLITTO DI INTERESSE, INCONFERIBILITÀ E INCOMPATIBILITÀ

4.3.1 Codice di comportamento

Il comportamento può essere definito come l'insieme di azioni, di atteggiamenti con cui l'individuo esterna la propria personalità, rapportandosi agli altri e all'ambiente.

Le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 devono provvedere all'adozione di un proprio Codice di comportamento, di seguito indicato come Codice, ossia un insieme di regole comportamentali specifiche, differenziate a seconda delle aree di competenza e calibrate sulle diverse professionalità.

Il D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, recante "*Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165*", costituisce la base giuridica di riferimento di ciascun Codice.

Il Codice deve essere redatto in modo da risultare al dipendente come un agevole strumento in grado di orientare la propria scelta comportamentale aderendo alla normativa e all'etica.

Pertanto tale strumento deve essere connotato da indicazioni comportamentali per i vari casi (come ad es. il trattamento dei regali e delle altre utilità ricevuti al di fuori dei casi consentiti o il divieto di accettare, per sé o per altri, somme di denaro per qualunque importo e a qualunque titolo) e dall'indicazione dei riferimenti interni all'amministrazione a cui potersi rivolgere per un confronto nei casi di dubbio circa il comportamento da seguire.

Nell'ambito del codice deve essere fatto espresso richiamo all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché dei principi di centralità della persona, di accessibilità, appropriatezza, qualità e sicurezza delle prestazioni e delle attività sanitarie, di umanizzazione delle cure, di obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza.

In sostanza il codice deve definire i doveri di diligenza, lealtà, imparzialità e buona fede che i dipendenti, sono tenuti ad osservare.

Per dipendenti devono intendersi "tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda Sanitaria" ivi compresi i casi dettagliatamente individuati dalla Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017 "*Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*".

Il Codice deve stabilire l'obbligo di prevenire ogni situazione che possa creare un conflitto di interessi, per esempio astenendosi dal prendere decisioni o svolgere attività in situazioni di conflitto di interessi e prevedere procedure univoche per la gestione del conflitto anche all'interno delle singole unità operative.

Ferme restando le ipotesi di responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile del soggetto tenuto al rispetto del Codice, la qualificazione della violazione degli obblighi imposti dallo stesso come comportamento contrario ai doveri d'ufficio è fonte di responsabilità disciplinare.

Con cadenza annuale il Direttore UOC Risorse Umane e l'UPD relazionano al RPCT in ordine ai procedimenti disciplinari attivati e alle sanzioni eventualmente irrogate, nonché alle segnalazioni relative a condotte illecite e/o fatti o illegalità nel rispetto della riservatezza.

Come già indicato nel capitolo 2 del presente piano, i dettagli sull'attività svolta dall'UDP sono riportati nell'annuale relazione del RPCT all'ANAC pubblicata sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca Trevigiana, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Infine nei documenti di gara e nei contratti di prestazione d'opera viene chiesto l'impegno ai singoli a condividere e a rispettare i principi indicati nel Codice di Comportamento.

Così come raccomandato dalla Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017, l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ritiene di adottare un unico Codice che contenga sia le norme di comportamento che quelle etiche.

Nel anno 2018 è stato predisposto un aggiornamento del Codice etico e di comportamento alla luce dei recenti cambiamenti aziendali legati al processo di unificazione e al Nuovo Atto Aziendale.

Prima dell'adozione definitiva, prevista entro l'anno 2019, sarà necessario procedere, ai sensi di quanto previsto nell'art. 54, comma 5, D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165:

- all'acquisizione del parere obbligatorio sul contenuto dell'atto da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- alla pubblicazione della proposta di Codice sul sito internet aziendale al fine di consentire le proposte / osservazioni da parte dei dipendenti e di tutti i soggetti interessati.

RPCT, come dettagliato al par. 2.1.1, cura la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione e il monitoraggio annuale della loro attuazione.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Codice Etico e di Comportamento", consiste nel:

- garantire la diffusione del Codici di comportamento.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- curare la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento nell'amministrazione, verificandone la pubblicazione sul sito istituzionale.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.3.2 Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi

Con l'obiettivo di prevenire situazioni ritenute anche potenzialmente portatrici di conflitto di interessi o, comunque, ogni possibile situazione contrastante con il principio costituzionale di imparzialità, è stato approvato, in attuazione dell'art. 1, commi 49 e 50 della L. 6 novembre 2012, n. 190, il D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, recante *"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"*.

Per "inconferibilità" si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che:

- abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale;
- abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

Per "incompatibilità", si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Con la Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 recante *"Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario"* l'ANAC è intervenuta in materia precisando che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le aziende sanitarie locali devono intendersi, secondo l'ANAC, applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Nella nostra Azienda ULSS, avendo anche un Direttore dei Servizi Socio – Sanitari, le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi devono intendersi riferite anche a questo Direttore.

All'atto del conferimento dell'incarico l'interessato presenta una dichiarazione sull'insussistenza di una delle cause di inconferibilità.

Nel corso dell'incarico l'interessato presenta annualmente una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità.

Le dichiarazioni sono raccolte al momento della nomina e periodicamente aggiornate a cura dell'UOC Affari Generali e pubblicate sul sito dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, nella sezione

Amministrazione Trasparente/Personale/Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice all'indirizzo: <http://www.aulss2.veneto.it/amministrazione-trasparente/personale/titolari-dirigenziali-dirigenziali-amministrativi-di-vertice>.

In particolare al RPCT è assegnato il compito di contestare la situazione di inconferibilità o incompatibilità e di segnalare la violazione all'ANAC secondo il procedimento dettagliato alla Determinazione dell'ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 recante *“Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'ANAC in caso di incarichi inconferibili e incompatibili.”*

La verifica della veridicità della dichiarazione resa dal Direttore Generale compete alla Regione che lo nomina.

Nell'anno 2018 si è proceduto all'aggiornamento delle pubblicazioni ma non è stata ancora predisposta una procedura aziendale per la verifica della veridicità delle autodichiarazioni.

In ragione di quanto previsto dal D. Lgs. 8 aprile 2013, n. 39, per l'anno 2019, potranno prevedersi dei controlli nel caso pervengano delle segnalazioni riguardanti eventuali inconferibilità e incompatibilità degli incarichi conferiti al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario e al Direttore dei Servizi Socio – Sanitari.

E' auspicabile altresì, la definizione di modalità condivise con L'Azienda Zero per l'effettuazione delle verifiche in modo incrociato e tali da ricomprendere l'intero territorio regionale.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di “inconferibilità e incompatibilità degli incarichi”, consiste nel:

- garantire la veridicità delle dichiarazioni rese dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore dei Servizi Socio – Sanitari.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- effettuare la verifica in ordine alla veridicità delle dichiarazioni nel caso in cui pervengano delle segnalazioni, con le modalità da ritenersi più idonee e da valutarsi caso per caso.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.3.3 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la PA

Ai sensi dell'art. 35-bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 *“Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*, introdotto dal co. 46 dell'art. 1 della Legge 6 novembre 2012, n. 190, coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i delitti contro la P.A. (previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del Codice penale), non possono:

- far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- 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

- all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- fare 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.

A tal fine, contestualmente all'accettazione di qualsiasi incarico tra quelli sopra individuati, il dipendente sottoscrive una dichiarazione sostitutiva di certificazione ex art. 46 del D.P.R. n. 445/2000 in cui attestare l'assenza di condanne penali relative ai reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale. Già a partire dal 2016 la UOC Provveditorato ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. n. 445/2000 e s.m.i., acquisisce specifiche dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e di astensione, come prescritto dall'art. 77 co. 9 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e s.m.i.

Oltre all'assenza della causa ostativa alla nomina di cui all'art. 35 bis D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, i commissari delle commissioni giudicatrici dichiarano l'insussistenza delle cause ostative di cui art. 51 c.p.c., artt. 42 e 77 D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 e art. 7 D.P.R. n. 62/2013. Nell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana esistono due tipologie di dichiarazioni che vengono richieste a seconda che si tratti di commissari o di segretario.

Le dichiarazioni vengono controllate mediante richiesta dei Certificati del Casellario Giudiziale i cui esiti vengono conservati su supporto informatico.

L'obiettivo operativo del presente piano, inerente tali argomenti risulta essere:

- attuazione dell'art. 35-bis del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 (*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici*).

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- audit di verifica sulla modalità di acquisizione autocertificazioni, controllo e relativo esito.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.3.4 Svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165.

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse e/o eccessiva concentrazione di potere che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Come sancito dagli artt. 97 e 98 della Costituzione, il rapporto di lavoro pubblico presuppone il dovere di esclusività della prestazione lavorativa del pubblico dipendente, al fine di garantire l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

L'impegno professionale del dipendente dell'Azienda deve, quindi, essere teso al perseguimento del pubblico interesse assegnato dalla legge alla propria amministrazione.

Il principio di esclusività si concretizza nell'obbligo di dedicare interamente la propria attività lavorativa all'amministrazione di appartenenza.

Benché la regola sia quella della prestazione lavorativa univocamente resa dal pubblico dipendente all'amministrazione di appartenenza, possono esserci eccezioni ad essa che consentano, senza pregiudizi per il corretto perseguimento degli interessi pubblici, al medesimo di svolgere incarichi extraistituzionali, che possono rappresentare occasioni di arricchimento professionale per il dipendente.

Nel 2019 si procederà all'adozione di un unico regolamento a livello aziendale, secondo quanto già recepito dalle ex aziende ULSS n. 7 - 8 - 9 relativamente alla normativa che disciplina i casi, le modalità e le condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali (anche non retribuiti) da parte dei dipendenti dell'area dirigenziale e del comparto e le procedure per l'ottenimento della prescritta preventiva autorizzazione da parte dell'azienda.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "svolgimento di incarichi di ufficio – attività ed incarichi extra istituzionali", consiste nell':

- adozione di un unico regolamento a livello aziendale riguardante modalità e condizioni dello svolgimento degli incarichi e delle attività extra istituzionali.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- predisposizione di un regolamento aziendale per i dipendenti dell'Azienda ULSS n. 2 che chiedono di svolgere incarichi conferiti da altri enti e attività extra istituzionali;
- definizione di una procedura relativa alle modalità di verifica del conflitto di interessi relativo allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali del personale universitario.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.3.5 Svolgimento di attività successive alla cessazione del rapporto di lavoro (c.d. *pantouflage – revolving doors*)

Al fine di contenere il rischio che si manifestino situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, l'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come modificato dalla L. 6 novembre 2012, n. 190 prevede che: "I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, co. 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 presente 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".

La problematica che potrebbe verificarsi riguarda la possibilità, per il dipendente, durante il periodo di servizio di preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

L'Azienda prevede nei propri documenti di gara esclusione nei confronti degli operatori economici che trattino con la pubblica amministrazione in violazione del divieto di cui all'art. 53, co. 16-ter, del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, c.d. *Pantouflage*.

Nell'anno 2018 è stato predisposto uno strumento informatico che consente di confrontare la banca dati del personale dipendente con gli elenchi dei dipendenti forniti dalle Ditte permettendo così di individuare eventuali casi di *Pantouflage*.

Nell'anno 2019 verrà avviata un'attività volta a sensibilizzare i dipendenti dell'Azienda, con particolare attenzione all'area degli acquisti, sul tema *Pantouflage* al fine di favorirne la conoscenza.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "*Pantouflage - revolving doors*", consiste nel:

- garantire la diffusione del divieto di *Pantouflage - revolving doors*.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- curare la diffusione della conoscenza del divieto di *Pantouflage*.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.3.6 Processi di *Procurement*

"Un conflitto di interessi implica un conflitto tra la missione pubblica e gli interessi privati di un funzionario pubblico, in cui quest'ultimo possiede a titolo privato interessi che potrebbero influire indebitamente sull'assolvimento dei suoi obblighi e delle sue responsabilità pubblici" (*Definizione OCSE*).

I conflitti di interessi e la corruzione non sono la stessa cosa. La corruzione prevede solitamente un accordo tra almeno due partner e una tangente/un pagamento/un vantaggio di qualche tipo. Un conflitto di interessi sorge quando una persona potrebbe avere l'opportunità di anteporre i propri interessi privati ai propri obblighi istituzionali.

Per la definizione di conflitto d'interesse è possibile operare alcune distinzioni tra:

- conflitto "reale" (o attuale), ossia quello che si manifesta durante il processo decisionale dell'agente, proprio nel momento in cui essendo richiesto all'agente di agire in modo indipendente, senza interferenze, l'interesse secondario tende a interferire con quello primario;
- conflitto "potenziale" quando, avendo un interesse secondario, normalmente a seguito del verificarsi di un certo evento o per il fatto di avere relazioni sociali e/o finanziarie con individui o organizzazioni, tale interesse "potrebbe potenzialmente tendere a interferire", quindi in un momento successivo, con un interesse primario, portando l'agente in una situazione di conflitto di interesse reale;
- conflitto di interessi "apparente" è la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona può apparentemente tendere a interferire, agli occhi di osservatori esterni, con l'interesse primario dell'Azienda, verso cui la persona ha precisi doveri e responsabilità.

Il tema del conflitto va previsto nell'ambito del Codice di Comportamento che deve prevedere procedure univoche dedicate così come stabilito dalla Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017.

La comunicazione della situazione di conflitto potenziale o attuale da parte del soggetto deve avvenire tempestivamente e comunque non oltre dieci giorni dal momento in cui il conflitto potenziale o attuale si è manifestato o in cui la variazione delle condizioni si sia verificata.

Al fine di realizzare un monitoraggio delle dichiarazioni dei soggetti che intendano aderire o che abbiano aderito a una associazione od organizzazione, la struttura aziendale individuata dall'Ente, cui compete la verifica e le azioni conseguenti, dovrà inviarle al RPCT.

Un ambito in cui è particolarmente sentita la necessità di introdurre misure per la gestione dei conflitti di interessi è quello degli acquisti (*Procurement*). L'area di attività degli acquisti in sanità è caratterizzata dai seguenti fattori:

- i beni e i servizi acquistati sono vari e complessi e interessati dalla dinamica introduzione di nuove tecnologie;
- gli attori coinvolti nell'intero processo di approvvigionamento sono vari e con diverse specificità (personale sanitario, amministrativo e tecnico);
- i soggetti proponenti l'acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano i materiali acquistati.

In questo contesto è utile quindi introdurre misure di prevenzione e di sicurezza che documentino le motivazioni ovvero le ragioni tecniche sottese alla richiesta di acquisto di quel particolare prodotto, con assunzione delle relative responsabilità.

Si rende inoltre necessario creare dei percorsi ad hoc che supportino il personale coinvolto in quanto unico attore a conoscenza dei reali interessi in gioco e dell'eventuale interferenza dell'interesse personale su quello primario da tutelare.

L' art. 42 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 (Codice), indica anch'esso una definizione di conflitto d'interesse riferendosi in questo caso al personale della stazione appaltante che interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni. Esso si configura quando tale personale, che può influenzarne, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione.

Il dipendente, infatti, ha l'obbligo di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri ovvero di:

- parenti o affini entro il secondo grado;
- coniuge o di conviventi, o di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale;
- soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi;
- soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente;
- enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente.

Il dipendente deve astenersi altresì in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza.

Le descritte situazioni in materia di conflitto di interessi, con i connessi obblighi, secondo quanto espressamente previsto dall'art. 42, co. 4 del Codice, si applicano anche nella fase di esecuzione dell'appalto.

La stazione appaltante ha uno specifico obbligo di vigilanza circa l'osservanza dei detti obblighi da parte del personale (sia o meno dipendente) impiegato nell'espletamento delle procedure di affidamento e di esecuzione delle prestazioni.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 521 del 23 marzo 2018 sono state approvate le linee di indirizzo da applicarsi per la nomina dei componenti delle commissioni giudicatrici sino al momento in cui scatterà l'obbligo di ricorrere all'albo dei componenti delle commissioni giudicatrici di cui all'art. 78 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50. Le linee guida suddette stabiliscono, sulla base della vigente normativa in materia, i criteri per l'individuazione dei commissari, nonché le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità e di astensione che gli stessi devono rendere in funzione della nomina; invero i commissari non devono trovarsi in situazioni che configurano una delle cause ostative alla nomina tra cui il "conflitto di interesse" di cui all'art. 42 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50. Inoltre, al fine di garantire l'assenza di conflitti di interesse nell'intero processo di procurement, la suddetta dichiarazione di cui all'art. 42 del D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50 viene richiesta anche ai membri dei Gruppi tecnici nominati per la "progettazione" delle procedure di gara come da fac-simili aziendali, denominati "Dichiarazione assenza incompatibilità Componente Gruppo Tecnico" e "Dichiarazione assenza incompatibilità Coordinatore Gruppo Tecnico). Dal 2017 nei gruppi tecnici nominati per la progettazione delle gare e nelle commissioni giudicatrici è presente una figura amministrativa che oltre a dare supporto giuridico/ amministrativo ha il compito di informare i componenti dei gruppi/ commissioni in merito ai contenuti delle dichiarazioni che gli stessi devono rendere. A tal fine viene messa a disposizione degli interessati una raccolta della normativa di riferimento.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "gestione dei conflitti d'interesse nei processi di *Procurement*", consiste nel:

- definizione di linee guida a supporto del personale nella gestione dei conflitti d'interesse nei processi di *Procurement*.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- costituzione gruppo di lavoro;
- predisposizione bozza documento;
- proposta di adozione del documento.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.4 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)

La tutela del dipendente che segnala un illecito compiuto nell'ambiente di lavoro è stata recepita nell'ordinamento italiano dall'art. 54-*bis* del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165, recante "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*", come modificato dall'art. 1 della L. 30 novembre 2017 n. 179 "*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*".

La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti è stata introdotta nel nostro ordinamento quale misura di prevenzione della corruzione, imponendo peraltro alle amministrazioni di individuare una procedura finalizzata a garantire tale tutela e a stimolare le segnalazioni da parte del dipendente.

Quale misura di prevenzione della corruzione, il *whistleblowing* deve trovare posto e disciplina in ogni PTPC.

Per colmare le lacune della norma e indirizzare le amministrazioni nell'utilizzo di tale strumento di prevenzione della corruzione l'ANAC ha adottato la determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 «*Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*» che costituisce un utile riferimento per le amministrazioni.

L'Azienda ha predisposto il «*Regolamento concernente le segnalazioni di illeciti e irregolarità (whistleblowing)*», che specifica la modalità di attuazione da parte dell'Azienda delle misure finalizzate a favorire l'emersione di fattispecie di illecito (a titolo esemplificativo: circoscrizione dell'ambito oggettivo e soggettivo di applicazione della tutela, definizione delle modalità di denuncia, tutela della riservatezza dell'identità del segnalante e responsabilità del segnalante, etc.).

La segnalazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza può avvenire con le seguenti modalità:

- mediante compilazione del modulo *online*;
- mediante invio, dalla propria casella di posta elettronica istituzionale o da quella privata, all'indirizzo di posta elettronica appositamente attivato dall'azienda (prevenzionecorruzione@aulss2.veneto.it), accessibile solo dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- mediante il servizio postale, o tramite posta interna indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; per garantire la riservatezza, è necessario che la segnalazione venga inserita in una busta chiusa che rechi all'esterno la dicitura «riservata/personale»;
- con segnalazione verbale al Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Nell'anno 2018 sono pervenute al RPCT n. 8 segnalazioni tramite la procedura *on line*, che si sono rivelate tutte non pertinenti, a cui comunque è stata data risposta. Dunque, sarà necessario nel 2019 precisare l'ambito di pertinenza delle segnalazioni.

Gli obiettivi operativi del presente piano, in materia di «tutela del dipendente che segnala un illecito (c.d. *whistleblower*)» consistono nel:

- migliorare la modalità di segnalazione di illecito;
- dare massima diffusione del regolamento aziendale.

Per raggiungere tali obiettivi le attività da realizzare sono le seguenti:

- attivare uno spazio dedicato anche nella nuova intranet aziendale denominato «Segnalazione condotte illecite»;
- fornire comunicazioni ai dipendenti (ad es. lettera di adozione del regolamento, comunicazione nell'angolo del dipendente).

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.5 PATTI DI INTEGRITÀ

In data 9 gennaio 2012 il Presidente della Regione ha sottoscritto con gli Uffici Territoriali del Governo del Veneto un Protocollo di legalità ai fini della prevenzione dei tentativi d'infiltrazione della criminalità organizzata nel settore dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture

Attraverso tale strumento convenzionale, sottoscritto anche dall'Associazione Nazionale dei Comuni del Veneto (ANCI Veneto) e dall'Unione Regionale delle Province del Veneto (URPV), la Regione ha inteso potenziare gli strumenti di contrasto alla criminalità organizzata, attraverso l'assunzione di precisi impegni volti a rendere più efficace il sistema normativo delle c.d. "cautele antimafia" negli appalti pubblici.

Sono state successivamente approvate le clausole-tipo da inserire nei bandi di gara e/o nei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, in attuazione del sopra citato protocollo di legalità e la sottoscrizione del rinnovo è avvenuta nel 2015.

Nel 2016 l'Azienda ha approvato e successivamente sottoscritto con la Prefettura di Treviso il "Protocollo di legalità per la prevenzione dei tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata nei contratti pubblici". Enti firmatari del documento risultano essere anche la Provincia di Treviso e i Comuni della Provincia medesima.

Si tratta di un atto pattizio di secondo livello rispetto a quello regionale, il quale, oltre a riprodurre i contenuti dell'analogo strumento regionale, contiene ulteriori aggiornamenti ed integrazioni. Esso contiene, inoltre un documento recante lo schema di "Patto d'integrità in materia di contratti pubblici", il quale riporta una serie di impegni reciproci tra le parti, una sorta di *gentlemen's agreement*, che può costituire parte integrante di qualsiasi contratto pubblico assegnato dalle stazioni appaltanti.

Il Patto d'integrità di cui al Protocollo di Legalità è stato sottoscritto nel 2017 dall'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana con la Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Treviso.

Il Patto di Integrità viene allegato al Disciplinare di gara e sottoscritto per accettazione dal titolare/legale rappresentante della Ditta che intende partecipare alla procedura di gara.

Come precisato dall'ANAC, i patti di integrità e i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara d'appalto. Essi mirano a stabilire un complesso di regole di comportamento finalizzati a prevenire fenomeni di corruzione e a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti e per il personale aziendale impiegato ad ogni livello nell'espletamento delle procedure di affidamento di beni, servizi e lavori e nel controllo dell'esecuzione del relativo contratto assegnato.

Oltre che alle dichiarazioni di natura comportamentale a sostegno della legalità in tali patti viene previsto che le stazioni appaltanti possono escludere il partecipante dalla gara nel caso di mancata accettazione del patto, revocare l'aggiudicazione e risolvere il contratto nei casi in cui venga accertata la violazione delle clausole pattuite.

Le Stazioni Appaltanti inoltre garantiscono un sistema di controlli basati sull'acquisizione della documentazione prevista dal Codice Antimafia e del possesso dei requisiti di ordine generale (reati considerati incidenti sulla moralità professionale delle imprese come ad esempio quelli riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale o commessi contro la PA nei casi di corruzione).

Le Stazioni Appaltanti inoltre garantiscono un sistema di controlli basati sull'acquisizione della documentazione prevista dal Codice Antimafia e del possesso dei requisiti di ordine generale (reati considerati incidenti sulla moralità professionale delle imprese come ad esempio quelli riconducibili alla partecipazione a un'organizzazione criminale o commessi contro la PA nei casi di corruzione).

Il protocollo di legalità prevede, tra l'altro, che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione vigili sulla corretta esecuzione del Patto d'Integrità.

Come previsto nel piano aziendale, si è proceduto nella mappatura dei controlli che vengono eseguiti prima della stipula dei contratti.

Per esempio, nell'UOC Provveditorato, per ogni singolo contratto viene redatto un resoconto dei controlli eseguiti e archiviato su supporto informatico. Nel 2018, il medesimo servizio ha controllato n. 74 ditte senza riportare alcuna segnalazione.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "patti di integrità ile" consiste nel:

- garantire l'applicazione del patto di integrità e dei protocolli di legalità;

Per realizzare tali obiettivi l'attività da realizzare è la seguente:

- definizione di una scheda contratto contenente gli elementi minimi per la verifica di efficacia del contratto di aggiudicazione.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.6 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONI RAPPORTO CON LA SOCIETÀ CIVILE

Al duplice fine di creare un rapporto fiduciario con i propri stakeholder e di promuovere la cultura della legalità nel contesto di riferimento, l'Azienda ritiene di fondamentale importanza garantire un sistema che favorisca le segnalazioni di casi di corruzione, cattiva gestione o eventuali conflitti di interesse.

L'attuazione di questa misura prevede la predisposizione di un buon sistema di comunicazione e di diffusione della strategia di prevenzione posta in essere dall'amministrazione e contenuta nel presente Piano nonché la progettazione di soluzioni organizzative atte a creare e a gestire il dialogo con la società civile, valorizzando il ruolo dell'ufficio per le relazioni con il pubblico (URP) quale rete organizzativa che opera come interfaccia comunicativa interno/esterno.

A tali fine il PTPC verrà pubblicato sul sito istituzionale dell'Amministrazione.

Da considerare inoltre come in questo momento ci si trovi di fronte ad un cambiamento del mondo del volontariato, connesso con la recente riforma del "Terzo settore, dell'impresa sociale e per la disciplina del servizio civile universale": Legge delega n. 106 del 6 giugno 2016 e successivi decreti attuativi tra cui il Codice del Terzo Settore (D.Lgs. n. 117/2017).

Con l'intento di approfondire alcuni aspetti di particolare rilevanza in tema di Trasparenza che, come noto, costituisce un elemento imprescindibile delle strategie di prevenzione della corruzione è prevista l'organizzazione di una Giornata della Trasparenza annuale. I temi proposti per il triennio sono: la responsabilità amministrativa in ambito sanitario, Trasparenza e prevenzione della

corruzione in sanità, accesso dell'utenza e privacy - le sfide che l'Azienda sanitaria si ritrova a dover affrontare alla luce del nuovo Regolamento Europeo nr. 679/2016 nonché delle trasformazioni attualmente in atto: E-Health e sanità digitale.

Parteciperanno all'evento dirigenti ed operatori, ma sono stati invitati anche i rappresentanti locali delle associazioni che fanno parte del Consiglio Nazionale dei Consumatori e degli Utenti (il gruppo di lavoro dell'URP in rete con gli sportelli del territorio), le organizzazioni sindacali confederate, le associazioni di volontariato coinvolte per il tramite di Volontarinsieme.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "rapporto con la società civile" consiste nel:

- mettere a disposizione della cittadinanza canali dedicati alla segnalazione di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione.

Per raggiungere tale obiettivo, l'attività da realizzare è la seguente:

- organizzare la Giornata della Trasparenza annuale e eventuali altri eventi mirati alla condivisione dell'importanza del contrasto al fenomeno corruttivo e gestione del conflitto d'interessi per promuovere una cultura della corresponsabilità e non solo della legalità.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

4.7 PERCORSO ATTUATIVO DI CERTIFICABILITÀ (PAC)

Con decreto n. 71 del 15 giugno 2017 il Direttore Generale area sanità e sociale ha approvato la revisione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC), ai sensi del decreto del Ministero della Salute 1° marzo 2013. Il PAC è finalizzato al raggiungimento degli standard organizzativi, contabili e procedurali, necessari a garantire la certificabilità dei dati e dei bilanci delle Aziende Sanitarie, della Gestione Sanitaria Accentrata e del consolidato regionale.

L'implementazione del PAC a livello aziendale è uno strumento che ha come obiettivo finale la certificazione del bilancio, ovvero poter far asserire a un ente terzo (società di revisione) che il bilancio aziendale rappresenta in modo veritiero e corretto il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria dell'azienda.

Come indicato nell'aggiornamento del PNA 2015, la realizzazione del programma di lavoro previsto dal PAC dei dati e dei bilanci delle aziende del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. Pertanto è importante la sua completa implementazione, realizzata attraverso un processo di "miglioramento" dell'organizzazione e dei sistemi amministrativo-contabili.

È altresì necessario rafforzare le misure di trasparenza nel sistema di gestione del patrimonio.

Nell'anno 2018 è stata data evidenza del PAC nel sito web dell'Azienda ULSS n.2 Marca trevigiana con l'attivazione della pagina "Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)", nella sezione Amministrazione Trasparente/ Bilanci.

Nel 2019 sono previste le seguenti attività di sviluppo del PAC aziendale:

- Verifica ciclo passivo regionale e aggiornamento procedura in tempo utile per la verifica;
- Verifica area entrate e aggiornamento procedura in tempo utile per la verifica;
- Revisione procedura tesoreria.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "PAC" consiste nel:

- Dare atto dello stato di avanzamento del percorso di certificabilità del bilancio ai fini del suo completamento.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- Aggiornamento nella sezione amministrazione trasparente del sito aziendale delle evidenze relative allo sviluppo del PAC aziendale.

Gli obiettivi indicati saranno inseriti nell'allegato 1 e le relative attività sono riportate con le relative tempistiche e il responsabile dell'attuazione nell'allegato 2.

5. PIANO AZIENDALE PER LA TRASPARENZA

5.1 LA TRASPARENZA E GLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

La trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Le misure legate alla trasparenza sono strumenti che il legislatore ha introdotto ad ulteriore tutela dei principi costituzionali di buon andamento ed imparzialità dell'attività amministrativa. Si tratta di garantire un'azione della Pubblica amministrazione efficace, efficiente ed imparziale. A ciò contribuisce il principio di trasparenza e pubblicità, inteso come immediata disponibilità dell'informazione sull'operato della Pubblica amministrazione.

Tre le misure maggiormente rilevanti il D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 e s.i.m. recante *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”* (c.d. Testo Unico per la trasparenza) prevede, all'art. 5, l'istituto dell'accesso civico semplice e generalizzato. e, di cui si dirà con maggior dettaglio nel capitolo 5.4.

La trasparenza si sviluppa anche attraverso canali informatici che consentono un mezzo di immediata conoscenza dell'operato dell'Amministrazione senza particolari oneri per il cittadino che vuole conoscerne il dettaglio.

Con riferimento al valore aggiunto per la PA garantito dall'innovazione tecnologica si parla di *l'e-government* inteso come *“l'uso delle nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione (ICT) da parte delle pubbliche amministrazioni applicato ad un vasto campo di funzioni amministrative. In particolare, il potenziale networking offerto da internet e dalle sue tecnologie ha il potere di trasformare le strutture e le procedure amministrative”* (OCSE) e consiste nell' *“usare le nuove tecnologie per aumentare la partecipazione al processo democratico”* (Commissione Europea).

In particolare, la pubblicazione dei dati in possesso delle pubbliche amministrazioni intende incentivare la partecipazione dei cittadini per assicurare la conoscenza dei servizi offerti, prevenire fenomeni corruttivi e consentire un controllo diffuso.

Con la deliberazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 recante *“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”* l'ANAC evidenzia che tra le modifiche più importanti del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 si registra quella della piena integrazione del programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, ora anche della trasparenza (PTPC), come già indicato nella delibera n. 831 del 3 agosto 2016 dell'Autorità. Le amministrazioni sono tenute pertanto ad adottare un unico Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza in cui sia chiaramente identificata la sezione relativa alla trasparenza.

Il legislatore ha rafforzato poi la necessità che sia assicurato il coordinamento tra gli obiettivi strategici in materia di trasparenza contenuti nel PTPC e gli obiettivi degli altri documenti di natura programmatica e strategico-gestionale dell'amministrazione nonché con il piano della performance.

La sezione dedicata alla trasparenza diventa quindi un atto organizzativo dei flussi informativi utili alla pubblicazione dei dati individuando puntualmente gli uffici e relativi responsabili tenuti a individuare/elaborare i dati e quelli a cui spetta la pubblicazione, soggetti che possono eventualmente coincidere nelle amministrazioni meno complesse.

La sezione deve indicare anche l'aggiornamento e i termini entro i quali le pubblicazioni devono essere garantite nonché le modalità stabilite per la vigilanza ed il monitoraggio sull'attuazione degli obblighi.

L'Azienda garantisce la qualità delle informazioni riportate nel proprio sito istituzionale assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali, l'indicazione della loro provenienza.

I dati vengono pubblicati in formato di tipo aperto e sono riutilizzabili.

L'allegato 1 della delibera n. 50 del 4 luglio 2013 dell'ANAC reca in dettaglio gli obblighi di pubblicazione e le previste indicazioni.

Tale allegato è stato aggiornato da ANAC con delibera n. 1310 del 8 dicembre 2016 recante "*Prime Linee guida ANAC recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni contenute nel D.Lgs 33/2013 come modificato dal D.Lgs 97/2016*".

Le informazioni relative all'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana sono consultabili al seguente indirizzo web: <http://www.aulss2.veneto.it/amministrazione-trasparente>

L'Azienda assicura, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, la tracciabilità dei procedimenti mediante:

- la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;
- la semplificazione dei flussi documentali;
- la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;

la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili, considerato che le deliberazioni del Direttore Generale e le determinazioni dei dirigenti responsabili di struttura complessa, che sono lo strumento amministrativo ordinario dell'azione dell'Azienda, presentano elevati gradi di complessità per conseguire il perfezionamento finale e, spesso, richiedono l'intervento di più soggetti, il rispetto delle discipline normative e regolamentari e, per quelle con rilevanza economica, l'uso delle risorse disponibili in bilancio.

La pubblicazione dei dati avviene in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guida Siti Web" (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità) di cui alla delibera n. 8 del 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione.

Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, l'Azienda provvede a rendere pubbliche tali informazioni, rendendo però non intelligibili i dati non

pertinenti o, se appartenenti a categorie particolari di dati o trattasi di dati giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione, anche secondo il regolamento UE 2016 / 679, direttamente applicabile agli Stati membri in vigore dal 25 maggio 2018 e il D. Lgs. 10 agosto 2018, n. 101, recante *“Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE”* (c.d. regolamento generale sulla protezione dei dati), entrato in vigore il 19 settembre 2018. Le notizie concernenti lo svolgimento delle prestazioni di chiunque sia addetto a una funzione pubblica e la relativa valutazione sono rese accessibili dall'Azienda.

Non sono invece ostensibili, se non nei casi previsti dalla legge, le notizie concernenti la natura delle infermità e degli impedimenti personali o familiari che causino l'astensione dal lavoro, nonché le componenti della valutazione o le notizie concernenti il rapporto di lavoro tra il dipendente e l'amministrazione.

Restano fermi i limiti alla diffusione e all'accesso delle informazioni nei casi di segreto o di divieto di divulgazione espressamente previsti dalla legge, da regolamento governativo e dalle pubbliche amministrazioni come ad es. nei documenti coperti da segreto di Stato.

I dati raccolti nell'ambito di rilevazioni statistiche comprese nel programma statistico nazionale da parte degli uffici di statistica non possono essere esternati se non in forma aggregata, in modo che non se ne possa trarre alcun riferimento relativamente a persone identificabili, e possono essere utilizzati solo per scopi statistici.

Sono inoltre soggetti a limitazione alla trasparenza, i dati previsti dalla normativa europea in materia di tutela del segreto statistico e quelli che siano espressamente qualificati come riservati dalla normativa nazionale ed europea in materia statistica, nonché quelli relativi alla diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

L'RPCT vigila sull'attuazione degli obblighi di pubblicazione mentre il monitoraggio sistemico è demandato all'UOC Affari Generali attraverso almeno 2 monitoraggi all'anno. In caso di pubblicazione inesatta o incompleta viene inviata la segnalazione al responsabile del dato che entro 30 giorni aggiorna la sezione dell'amministrazione trasparente di competenza.

Nel 2018 l'esito dell'attività di monitoraggio è il seguente: completezza dei dati e della modalità di pubblicazione entro i termini previsti dalla legge.

A garanzia dell'osservanza degli obblighi di pubblicazione, l'Organismo Indipendente di Valutazione dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, in data 29 marzo 2018, ha attestato:

- che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha individuato misure organizzative che assicurano il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente";
- che l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha individuato nella sezione Trasparenza del PTPC i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. 33/2013;
- la veridicità e l'attendibilità, alla data dell'attestazione, di quanto riportato nella griglia di rilevazione rispetto a quanto pubblicato sul sito dell'amministrazione.

Il suddetto documento di attestazione, la griglia di rilevazione e la scheda di sintesi sulla rilevazione sono pubblicati in <https://www.aulss2.veneto.it/oiv-29-marzo-2018>.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Trasparenza e obblighi di pubblicazione" consiste nel:

- rispetto degli adempimenti degli obblighi normativi di pubblicità, secondo lo schema previsto dall'allegato 1 della delibera ANAC n. 50 del 4 luglio 2013 come aggiornato dalla delibera ANAC 1310 del 28 dicembre 2016 e secondo l'allegato 8 del presente PTPC.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- produzione e pubblicazione del dato come declinato dall'allegato 8 del presente PTPC;
- controllo di quanto pubblicato verificando completezza e formato del dato e l'osservanza dei termini di pubblicazione.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

5.2 SOCIETÀ ED ENTI DI DIRITTO PRIVATO CONTROLLATI E PARTECIPATI DALLE PA

Per i dati relativi agli enti pubblici vigilati, agli enti di diritto privato in controllo pubblico, nonché alle partecipazioni in società di diritto privato l'art. 22 dal D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 prevede una serie di obblighi di trasparenza posti in capo alle amministrazioni con riguardo agli enti e alle società da esse partecipate. Le linee nuove guida, adottate con Determinazione ANAC n. 1134 del 8 novembre 2017 recante "*Nuove 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*", sono intervenute in stretto coordinamento con le disposizioni del D. Lgs. 19 agosto 2016, n. 175 recante "*Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*".

L'Azienda Ulss n. 2 Marca trevigiana, ha monitorato l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti partecipate/i, verificando, tramite consultazione dei siti internet istituzionali i seguenti elementi

- 1) la creazione di un'autonoma sezione "Amministrazione/Società trasparente" sul sito istituzionale,
- 2) la nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT),
- 3) l'adozione del modello di organizzazione e gestione (MOG) ex d.lgs. 231/2001 e/o del Piano triennale per la prevenzione della corruzione (PTPC),
- 4) l'adozione del Codice di comportamento e/o di un Codice disciplinare,
- 5) l'adozione del Codice etico,
- 6) l'adozione di una procedura di inoltro e gestione delle segnalazioni di illeciti (whistleblowing),
- 7) l'adozione di un Regolamento in materia di accesso,
- 8) l'adozione e la pubblicazione di misure organizzative e/o procedure per garantire il diritto di accesso civico "semplice", generalizzato e accesso documentale.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PA", consiste nel:

- promuovere l'applicazione dei principi di trasparenza delle società ed enti di diritto privato controllati e partecipati dalle PA, secondo la determinazione ANAC n. 1134 dell'8 novembre

2017 dell'ANAC *“Nuove 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”*.

Per raggiungere tale obiettivo l'attività da realizzare è la seguente:

- Verifica annuale sull'adozione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza in *compliance* alle linee guida previste dalla Determinazione ANAC n. 1134 dell'8 novembre 2017.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

5.3 RAFFORZAMENTO TRASPARENZA E ACQUISTI

La pubblicazione dei dati relativi alle attività negoziali da parte delle stazioni appaltanti è finalizzata a consentire l'accesso alle informazioni essenziali, che devono essere innanzitutto contenute negli atti riguardanti un appalto. Il rispetto dell'obbligo di pubblicazione di tali dati e informazioni richiede, quindi, anche una maggiore cognizione e responsabilità nell'adozione degli atti e nella definizione dei relativi contenuti, in quanto deve consentire alle figure preposte, ed ai cittadini in senso generale, la piena conoscenza dell'operato della pubblica amministrazione.

Tra gli elementi utili a rafforzare la trasparenza nell'attività legata ai contratti pubblici l'Azienda ha individuato come strategico il corretto utilizzo del CIG (Codice Identificativo di Gara).

Tale codice, generato dal sistema SIMOG dell'ANAC, consente contemporaneamente:

- l'identificazione e monitoraggio di una procedura di selezione del contraente;
- la tracciabilità dei flussi finanziari collegati;
- la pubblicità e trasparenza dell'operato della Stazione appaltante.

Con riferimento alla tracciabilità dei flussi finanziari ANAC chiarisce che il legislatore ha introdotto tali disposizioni in tema per contrastare la criminalità organizzata e le infiltrazioni nelle commesse pubbliche, creando meccanismi che consentano di intercettare i fenomeni di intrusione criminale nella contrattualistica pubblica e per rendere trasparenti le operazioni finanziarie relative all'utilizzo del corrispettivo dei contratti pubblici, in modo da consentire un controllo a posteriori sui flussi finanziari provenienti dalle amministrazioni pubbliche.

La tracciabilità non è dunque uno strumento di monitoraggio dei flussi finanziari, bensì un mezzo a disposizione degli inquirenti nelle indagini per il contrasto delle infiltrazioni delle mafie nell'economia legale.

Gli obblighi di tracciabilità comportano l'utilizzo di conti correnti bancari o postali dedicati alle commesse pubbliche, anche in via non esclusiva, l'effettuazione dei movimenti finanziari relativi alle commesse pubbliche esclusivamente mediante strumenti di pagamento idonei a consentire la piena tracciabilità delle operazioni e l'indicazione in ogni transazione del CIG e, ove obbligatorio, del codice unico di progetto (CUP).

L'acquisizione del CIG consente anche di procedere alla comprova dei requisiti di partecipazione dell'operatore economico tramite il Sistema AVCPASS ossia di accertarsi dell'assenza di una serie di

reati che rilevano ai fini dell'esclusione dell'impresa dalla gara (es. delitti contro l'ordine pubblico o contro la Pubblica Amministrazione).

Trattandosi di una normativa complessa ed articolata, l'Azienda ha ritenuto importante avviare un approfondimento su tutti gli aspetti collegati (giuridici, contabili, informatici) e predisposto una procedura a garanzia della omogeneità operativa a livello aziendale, organizzato degli incontri informativi a favore dei RUP in ordine alla gestione dei CIG e predisposto, in via sperimentale, degli strumenti informatici a supporto del monitoraggio del corretto impiego degli stessi.

Nel 2018 si è proceduto a tenere costantemente monitorato il corretto utilizzo dei CIG di competenza attraverso l'invio di report periodici ai relativi responsabili del dato. Ciò è stato realizzato attraverso analisi condotte sul flusso dati secondo le indicazioni riportate nella deliberazione ANAC n. 39 del 20 gennaio 2016, evidenziando le seguenti carenze informative:

- CIG senza data di inizio e/o fine validità;
- CIG Senza Descrizione;
- CIG senza Fornitore Aggiudicatario;
- CIG senza Fornitori;
- CIG senza Fornitori - Gara Deserta;
- CIG senza Tipologia Gara;
- Fornitore con Ruolo e solo un Membro - non ammesso;
- Importo Assegnato IVA esclusa a zero.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "Rafforzamento trasparenza e acquisti", consiste nel:

- potenziamento delle misure di trasparenza nel settore degli acquisti.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- monitoraggio del corretto utilizzo dei CIG;
- invio del report per la correzione delle carenze informative.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

5.4 ACCESSO CIVICO

L'accesso civico (semplice o generalizzato), disciplinato dall'art. 5 del D. Lgs. 14 marzo 2013 n. 13, inserito dal D. Lgs. 25 maggio 2016, n. 97, consente a chiunque di accedere a dati, documenti e informazioni delle pubbliche amministrazioni senza necessità di dimostrare un interesse legittimo.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 2272 del 20 dicembre 2018 l'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana ha adottato il Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti amministrativi e del diritto di accesso civico semplice e generalizzato ai dati, informazioni e documenti.

L'**accesso civico semplice** sancisce il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che l'Azienda abbia eventualmente omesso di pubblicare, pur avendone l'obbligo a norma di legge o di regolamento.

L'esercizio dell'accesso civico semplice non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto a legittimazione soggettiva del richiedente; chiunque può pertanto esercitare tale diritto, anche in assenza di un interesse giuridicamente rilevante ed indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato.

L'istanza di accesso civico semplice non necessita di alcuna motivazione da parte del richiedente, è gratuita e va indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Azienda, inoltrando la richiesta in una delle seguenti modalità:

- personalmente, presso l'Ufficio Protocollo;
- tramite il servizio postale;
- tramite fax;
- tramite posta elettronica protocollo@aulss2.veneto.it;
- tramite Posta Elettronica Certificata protocollo.aulss2@pecveneto.it.

Ricevuta la richiesta, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) 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 portale dell'Azienda ULSS n. 2 Marca trevigiana, entro il termine di 30 giorni.

Contestualmente dà comunicazione della avvenuta pubblicazione al richiedente, indicando il relativo collegamento ipertestuale. Se quanto richiesto risulta già pubblicato sul sito aziendale, si limita a indicare al richiedente il collegamento ipertestuale al documento o all'informazione.

In caso di inerzia, ritardo, omessa pubblicazione o mancata comunicazione il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo, ai sensi dell'art. 2, co. 9-bis, della L. 241/1990, inoltrando la richiesta all'attenzione del Direttore Amministrativo.

L'**accesso civico generalizzato** comporta il diritto di chiunque di accedere a dati, documenti ed informazioni detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione, ad esclusione di quelli sottoposti a regime di riservatezza e/o a limitazioni di altra natura, ai sensi dell'art. 5-bis del D. Lgs. n. 33/2013.

L'esercizio dell'accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto a legittimazione soggettiva del richiedente; chiunque può pertanto esercitare tale diritto, anche in assenza di un interesse giuridicamente rilevante ed indipendentemente dall'essere cittadino italiano o residente nel territorio dello Stato.

L'istanza di accesso civico semplice non necessita di alcuna motivazione da parte del richiedente, è gratuita e va indirizzata al Responsabile della struttura competente per materia e/o detentore dei dati, documenti o informazioni oggetto dell'istanza medesima o all'Ufficio Relazioni con il Pubblico quale ufficio competente a gestire la procedura, inoltrando la richiesta in una delle seguenti modalità:

- personalmente, presso l'Ufficio Protocollo;
- tramite il servizio postale;
- tramite fax;
- tramite posta elettronica protocollo@aulss2.veneto.it;
- tramite Posta Elettronica Certificata protocollo.aulss2@pecveneto.it.

In caso di richiesta di accesso generalizzato il responsabile del procedimento, se individua soggetti controinteressati, è tenuto a darne comunicazione agli stessi, a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento o tramite Posta Elettronica Certificata. I soggetti controinteressati sono esclusivamente

le persone fisiche e/o giuridiche portatrici dei seguenti interessi privati, di cui all'art. 5-bis, co. 2, del Decreto Trasparenza:

- protezione dei dati personali, in conformità al D.Lgs. n. 196/2003 ed al Regolamento (UE) 2016/679;
- libertà e segretezza della corrispondenza, intesa in senso lato ai sensi dell'art.15 Costituzione;
- interessi economici e commerciali, ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e i segreti commerciali.

Possono essere controinteressati anche le persone fisiche interne all'Azienda (componenti degli organi di indirizzo, dirigenti, posizioni organizzative, dipendenti, componenti di altri organismi).

Entro dieci giorni dalla ricezione della comunicazione, i controinteressati possono presentare motivata opposizione, anche per via telematica, alla richiesta di accesso.

Decorso tale termine, il responsabile del procedimento provvede sulla richiesta di accesso, valutata l'opposizione pervenuta da parte dei controinteressati o accertata l'assenza di loro comunicazione contraria.

Il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione dell'istanza (per la decorrenza dei termini fa fede la data di ricezione del protocollo aziendale) con la comunicazione del relativo esito al richiedente e agli eventuali controinteressati.

In caso di diniego alla richiesta di accesso civico generalizzato, sia il richiedente che i controinteressati possono presentare "richiesta di riesame" nelle medesime modalità indicate sopra, all'attenzione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) entro il termine di 20 giorni.

Nell'anno 2018 è stato creato un registro delle richieste di accesso presentate e pubblicato, oscurando i dati personali eventualmente presenti, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri – contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di accesso civico, consiste nel

- recepire le indicazioni di ANAC (delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, co. 2, del D.Lgs. n. 33/2013") nel rendere pubbliche le informazioni su quali documenti, dati o informazioni è stato consentito l'accesso in una logica di semplificazione delle attività.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- garantire che le istanze ricevute vengano evase nei termini di legge;
- alimentare e conseguentemente pubblicare il registro degli accessi, oscurando i dati che non vanno pubblicati, nella sezione Amministrazione trasparente, "altri – contenuti - accesso civico" del sito web istituzionale, con aggiornamento semestrale.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre le attività indicate saranno eseguite come disposto nell'allegato 2.

6. COINVOLGIMENTO DEGLI ATTORI E MONITORAGGIO DEL PTPC

Il PTPC diventa efficace solo nel momento in cui tutti i componenti dell'organizzazione collaborano per la sua realizzazione. Secondo l'allegato 1 del PNA 2013, i dipendenti dell'amministrazione partecipano al processo di gestione del rischio, devono osservare le misure contenute nel PTPC (art. 1, co. 14, della L. 6 novembre 2012, n. 190) e devono segnalare le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD (art. 54 bis del D. Lgs. 30 marzo 2001, n. 165), nonché i casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis L. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento).

L'effettività degli interventi attuativi adottati per prevenire il rischio della corruzione e della illegalità è garantita dal costante raccordo, ai sensi del presente PTPC, tra la Direzione Aziendale ed il RPCT e tra quest'ultimo ed i propri referenti, in modo da conseguire l'attuazione di forme interne di controllo diffuso.

Il coinvolgimento di dipendenti e dirigenti sarà motivato attraverso gli eventi e i corsi di formazione previsti nel piano. Ogni dirigente e owner del processo dovrà diffondere i contenuti del piano, esplicitando le modalità di comunicazione dei risultati del processo di gestione del rischio (par. 3.4).

Come previsto dal PNA 2015, per il monitoraggio del PTPC è necessario indicare modalità, periodicità e relative responsabilità, che per il presente PTPC sono riportate negli allegati 1, 2, 3 e 8, includendo anche i compiti del RPCT indicati nel capitolo 2.

In accordo con l'allegato 1 del PNA 2013, la gestione del rischio di corruzione per le aree di rischio generali e specifiche e l'implementazione delle misure per la prevenzione del rischio di corruzione vengono monitorati riferendosi agli allegati 1 e 2.

Ogni referente del RPCT (Tabella 1 par.2.2.2) e owner del processo (allegato 3) coinvolto nel presente PTPC dovrà fornire:

- una rendicontazione semestrale sulle attività previste nell'allegato 2, in modo che il RPCT possa monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti;
- una relazione annuale, come previsto nel capitolo 2, secondo il template riportato nell'allegato 9.

In accordo con l'allegato 1 del PNA 2013, il RPCT deve tenere conto dei risultati della rendicontazione e della relazione, analizzando le cause che hanno portato ad avere scostamenti rispetto ai risultati attesi, individuando e programmando misure correttive, obbligatorie o ulteriori, in coordinamento con i dirigenti ed i referenti del RPCT, tra cui gli owner dei processi a medio ed alto rischio di corruzione individuati.

Come previsto dal PNA 2015, attraverso gli allegati 1 e 2 del PTPC, e i relativi obiettivi inseriti nel processo di budget, il RPCT dispone di un sistema di controllo e di monitoraggio dell'effettiva attuazione delle misure, attraverso indicatori di monitoraggio e verifiche periodiche per garantire opportuni e tempestivi correttivi in caso di criticità e scostamenti tra valori attesi e risultati a consuntivo.

Per lo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione si rimanda quindi alla rendicontazione del PTPC, alla relazione sulle performance, alla relazione ANAC e alla relazione sul PTPC che l'RPCT presenta annualmente all'OIV e alla direzione aziendale.

Secondo il PNA 2013 e 2015, in base alle risorse a disposizione dell'amministrazione, il monitoraggio deve essere attuato mediante sistemi informatici, che consentono di aumentare la trasparenza e la tracciabilità del processo, oltretutto la verifica immediata dello stato di avanzamento.

In sintesi, il PTPC 2018-2020 ha definito 23 obiettivi da raggiungere entro l'anno 2018 con un livello di attuazione del 94%. Essendo un piano triennale gli obiettivi non raggiunti nel 2018 verranno perseguiti nel 2019.

L'obiettivo operativo del presente piano, in materia di "coinvolgimento degli attori e monitoraggio del PTPC", consiste nel:

- monitoraggio dell'attuazione del PTPC.

Per raggiungere tale obiettivo le attività da realizzare sono le seguenti:

- rendicontazione dell'attuazione del PTPC, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività indicati negli allegati 1 e 2;
- rendicontazione finale dell'attuazione del PTPC, verificando lo stato avanzamento dei progetti/attività indicati negli allegati 1 e 2 e successiva presentazione alla Direzione, all'OIV e ai veri stakeholder;
- individuare eventuali azioni correttive (o migliorative) nel caso di scostamenti significativi tra i risultati della relazione e quelli attesi;
- realizzare opportuni supporti informatici per agevolare la raccolta di informazioni e dati provenienti dai referenti del RPTC e dagli owner dei processi ad alto e medio rischio di corruzione.

Gli indicatori di budget per gli obiettivi esplicitati in questo paragrafo sono riportati nell'allegato 1, mentre nell'allegato 2 si trovano le attività, i responsabili e le tempistiche previste per la relativa attuazione.

7. ALLEGATI

ALLEGATO 1 - OBIETTIVI OPERATIVI DEL PTPC

ALLEGATO 2 - ATTUAZIONE DEL PTPC – ATTIVITA' E CONTROLLO

ALLEGATO 3 - METODOLOGIA PER VALUTAZIONE DEI PROCESSI

ALLEGATO 4 - RISCHI SPECIFICI DI CORRUZIONE – ANNO 2018

ALLEGATO 5 - METODOLOGIA PER VALUTAZIONE DEI RISCHI SPECIFICI

ALLEGATO 6 - MATRICI DI RISCHIO PER I RISCHI SPECIFICI – ANNO 2018

ALLEGATO 7 - TRATTAMENTO DEL RISCHIO – TEMPLATE PIANI DI ATTUAZIONE

ALLEGATO 8 - PIANO PER LA TRASPARENZA AZIENDA ULSS N. 2 MARCA TREVIGIANA

ALLEGATO 9 – RELAZIONE AL PTPC - TEMPLATE