



Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
La Spezia
Direzione Generale
Ufficio Prevenzione della corruzione

***PIANO TRIENNALE
DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
2013 - 2014 - 2015***

INDICE

PREMESSA	pag. 4
QUADRO NORMATIVO	pag. 4
ART. 1 - OGGETTO E FINALITA'	pag. 4
ART. 2 - AUTORITA' DI INDIRIZZO POLITICO	pag. 6
ART. 3 - RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE	pag. 6
ART. 4 - REFERENTI PER LA PREVENZIONE	pag. 7
ART. 5 - DIPENDENTI, RESPONSABILI DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE, DIRIGENTI	
5.1. Dipendenti	pag. 8
5.2. Titolari di posizioni organizzative	pag. 8
5.3 Dirigenti	pag. 9
ART. 6 - DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	pag. 9
ART. 7 - COMPITI DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE E ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE	pag. 11
ART. 8 - COMPITI DELL'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI	pag. 11
ART. 9 - COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO CON L'AMMINISTRAZIONE	pag. 11
ART. 10 - ROTAZIONE DEL PERSONALE	pag. 11
ART. 11 - OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI	pag. 12
ART. 12 - SVOLGIMENTO DI INCARICHI DI UFFICIO - ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA- ISTITUZIONALI	pag. 13
ART. 13 - CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI	pag. 13
ART. 14 - INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI	pag. 13
ART. 15 - CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITA' AD ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE	pag. 14
ART. 16 - INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITA' AD ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE	pag. 15
ART. 17 - IDENTIFICAZIONE, ANALISI, PONDERAZIONE DEL RISCHIO	pag. 16

ART. 18 - REGOLAMENTI E CODICI DI COMPORTAMENTO	pag. 16
ART. 19 - PIANO DI FORMAZIONE	pag. 16
ART. 20 - STRUMENTI DI VERIFICA E DI CONTROLLO	pag. 18
ART. 21 - MISURE PROVVISORIE INTRAPRESE NELL'ANNO 2013 (AZIONI E ADEMPIMENTI GIA' ADOTTATI)	pag. 19
ART. 22 - TUTELA DEL DIPENDENTE	pag. 20
ART. 23 - PIANO DELLA TRASPARENZA	pag. 21
ART. 24 - RELAZIONE A CONSUNTIVO	pag. 21
ART. 25 - RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE	pag. 22
ART. 26 - RESPONSABILITA' E ALTRE SANZIONE	pag. 22
ART. 27 - RECEPIMENTO DELLA LEGGE N. 190/2012	pag. 23

PREMESSA

Il presente documento costituisce il Piano Triennale di Prevenzione della corruzione dell'ASL 5 Spezzino, in attuazione della Legge 6 novembre 2012 n. 190 (di seguito Legge 190/2012) avente a oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A."

Esso è stato elaborato in conformità con il Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito P.N.A.) approvato con Delibera CIVIT n.73/2013 e alle "Linee di indirizzo del Piano Nazionale Anticorruzione" adottate dal Comitato Interministeriale, istituito con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri 16 gennaio 2013 e in attesa delle intese in sede di Conferenza Unificata di cui all'art. 1, comma 60, della predetta legge.

L'ASL 5 Spezzino riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione alla corruzione quali essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle funzioni istituzionali.

QUADRO NORMATIVO

- Legge 6 novembre 2012, n.190 (art 1 commi 5 e 59);
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (istituito con Decreto della Presidenza del Consiglio dei Ministri 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del P.N.A.;
- Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62: "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Piano Nazionale Anticorruzione, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n.39;
- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235.

Articolo 1 OGGETTO E FINALITA'

Con Legge 190/2012 sono state definite le disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. e, pertanto, le Pubbliche Amministrazioni devono provvedere all'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione (art 1- comma 5 e 8 - di seguito "Piano").

Il Piano, sulla base del P.N.A., predisposto dal Dipartimento Funzione Pubblica, disciplina le strategie di prevenzione dei fenomeni di corruzione.

Il concetto di corruzione comprende varie situazioni ove, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica e sono tali da comprendere non solo tutti i delitti contro la Pubblica Amministrazione, disciplinati nel Titolo II Capo I del Codice Penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, si evidenzia un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Da qui deriva l'esigenza che l'attività amministrativa abbia sempre come impronta il principio della legalità, inteso nella sua accezione più ampia e quindi comprendente tutti gli altri principi che reggono all'ordinato svolgimento di compiti affidati a una Struttura e a un Dirigente.

In linea con la strategia nazionale anticorruzione, gli obiettivi strategici dell'Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino" (di seguito "ASL 5") saranno rivolti a:

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

Il Piano persegue inoltre le seguenti finalità:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti e prevedendo per tali attività obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione alla corruzione;
- fornire il diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e di illegalità;
- stabilire gli interventi organizzativi, di formazione e controllo volti a prevenire il medesimo rischio;
- indicare le procedure per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti a fenomeni di corruzione, prevedendo l'eventuale rotazione dei dirigenti e dei funzionari;
- monitorare il rispetto dei termini previsti dalla Legge per la conclusione dei procedimenti;
- 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.

Attraverso la predisposizione del Piano, l'Amministrazione è tenuta ad attivare azioni ponderate e coerenti tra loro, capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti.

L'implementazione del primo Piano Triennale si presenta non come un atto compiuto, ma come un insieme di strumenti finalizzati alla prevenzione della corruzione, che vengono "via via affinati, modificati o sostituiti riguardo al feedback ottenuto dalla loro applicazione", come affermato dalle Linee di indirizzo del Comitato interministeriale di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 16 gennaio 2013 e dal P.N.A.

Il presente Piano assolve al contenuto minimo del piano triennale che corrisponde all'obiettivo ineludibile dell'individuazione preventiva, peraltro ancora in corso, delle aree di attività maggiormente esposte al rischio della corruzione. (c.d. Mappatura del rischio)

Articolo 2 AUTORITA' DI INDIRIZZO POLITICO

L'Autorità di indirizzo politico:

- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione (art.1 comma 7 Legge 190/2012);
- adotta il Piano Triennale e i suoi aggiornamenti e li comunica al dipartimento della funzione pubblica (art. 1 comma 8 L.190/2012);
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione .

Articolo 3 RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE

Ai sensi dell'articolo 1, comma 7, della Legge 190/2012, con Delibera del Direttore Generale n. 362 del 30.5.2013, l'Azienda ha individuato il Responsabile della prevenzione della corruzione tra i dirigenti dell'azienda.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione costituisce il riferimento aziendale per tutti gli adempimenti connessi all'applicazione della Legge n.190/2012, che assegna al medesimo i compiti indicati nella Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n.1/2013; e quelli di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità (art.1 l. n. 190/2012 e art . 15 d.lgs. n.39/2013).

Il Responsabile, inoltre, elabora la relazione annuale (di cui all'art. 26 del presente Piano) sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione (art.1 comma 14 Legge 190/2012).

Considerato il delicato compito organizzativo e di raccordo, l'Azienda assicura al Responsabile il supporto delle professionalità operanti nei settori ove il rischio corruzione è più elevato.

Al Responsabile è riconosciuta totale autonomia decisionale. Nell'ambito della propria attività e in dipendenza funzionale con l'esercizio dei propri compiti, il Responsabile della prevenzione potrà quindi accedere a qualunque documento aziendale compatibilmente con il segreto d'ufficio e con il segreto professionale.

Articolo 4 REFERENTI PER LA PREVENZIONE

Al fine di favorire l'espletamento delle funzioni e dei compiti assegnati dalla Legge al Responsabile per la prevenzione della corruzione e promuovere il rispetto delle disposizioni contenute nel Piano, sono stati individuati, secondo quanto previsto dalla Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n.1/2013, i referenti per la prevenzione per l'area di rispettiva competenza.

Ciascun Direttore di Dipartimento o di Struttura Complessa è stato individuato quale referente per la prevenzione nell'ambito della Direzione o del Dipartimento al quale è preposto (Delibera del Direttore Generale n. 532 del 25/07/2013).

I referenti, svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, affinché questi abbia elemento e riscontri sull'intera organizzazione e attività dell'amministrazione, garantiscono l'osservanza del Piano nell'ambito delle strutture facenti parte della propria Direzione o del proprio Dipartimento. (art.1 comma 14 legge 190/2012).

I referenti, quindi concorrono ad assicurare in modo diffuso e capillare un'azione coordinata di attività di controllo per la prevenzione del rischio della corruzione e dell'illegalità nell'Azienda, inoltrando, con cadenza semestrale, al Responsabile della prevenzione una relazione illustrativa delle attività svolte nell'esercizio delle proprie funzioni.

Essi, inoltre, con riferimento alle articolazioni cui sono preposti segnalano:

- i dipendenti da inserire nei piani di formazione sui temi della legalità, che operano nei settori a più elevato rischio di corruzione;
- eventuali modifiche intervenute rispetto al presente Piano, nell'individuazione di attività a più elevato il rischio di corruzione o eventuali mutamenti organizzativi tali da richiedere una modifica del piano stesso;
- eventuali accertamenti di violazione del presente piano;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti interni per la conclusione dei procedimenti;
- gli esiti del monitoraggio effettuato sui rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione ed erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, amministratori o soci e dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Amministrazione;
- le esigenze, ai sensi del presente Piano, in termini di rotazione di incarichi negli uffici preposti a svolgere attività, ove è più elevato il rischio di corruzione;
- qualsiasi informazione ritenuta utile per il pieno conseguimento delle finalità del presente piano.

Tali obblighi d'informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione sono assicurati anche ai sensi dell'art. 16 della Legge n. 165\2001 che disciplina le funzioni dei dirigenti.

Ciascun Direttore, quale referente per la prevenzione della corruzione a livello dipartimentale, può individuare uno o più dipendenti per la collaborazione e il supporto operativo all'attuazione delle misure di prevenzione individuate dal presente Piano.

Articolo 5

DIPENDENTI, RESPONSABILI DELLE POSIZIONI ORGANIZZATIVE, DIRIGENTI

I dipendenti destinati a operare in settori e/o attività particolarmente esposte alla corruzione, i responsabili delle posizioni organizzative, i dirigenti, con riferimento alle rispettive competenze previste dalla legge e dai regolamenti vigenti, a seguito della pubblicazione sul portale aziendale sono a conoscenza del presente Piano e provvedono all'applicazione dello stesso

Tutti i dipendenti delle Strutture organizzative coinvolte nell'attività amministrativa mantengono ciascuno il personale livello di responsabilità in relazione ai compiti effettivamente svolti.

5.1 Dipendenti

Oltre a quanto suindicato, i dipendenti:

- partecipano al processo di gestione del rischio, individuato al punto B.2. dell'Allegato 1 al P.N.A.;
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale (art. 1 comma 14 della l. 190\2012);
- segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (art.54 bis del Decreto legislativo n.165 \2001);
- segnalano casi di personale conflitto di interessi (art.6 bis l. n.241\1990 e art. 6 e 7 Codice di Comportamento).

Con cadenza periodica, e con riferimento ai tre mesi precedenti, i dipendenti (selezionati dai dirigenti) che svolgono le attività a rischio di corruzione, relazionano al proprio dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali ed a qualsiasi anomalia accertata, indicando, per ciascun procedimento nel quale i termini non sono stati rispettati, le motivazioni in fatto e in diritto di cui all'art. 3 della Legge n.241/1990, che giustificano il ritardo.

5.2 Titolari di posizione organizzativa

I titolari di posizione organizzativa nelle strutture ad alto rischio provvedono al monitoraggio settimanale dell'effettiva avvenuta trasmissione della posta in entrata e, ove possibile in uscita; relazionano contestualmente al proprio dirigente sulle eventuali anomalie.

Le anomalie (procedure non conformi alle direttive aziendali) costituiscono elemento di valutazione della responsabilità da parte del dipendente preposto alla trasmissione.

La mancata segnalazione dell'anomalia costituisce elemento di valutazione della responsabilità del titolare di posizione organizzativa.

5.3 Dirigenti

Nell'area di rispettiva competenza, i dirigenti:

- Svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione, dei referenti e dell'Autorità Giudiziaria (art.16 Decreto Legislativo n. 165/2001)
- partecipano al processo di gestione del rischio (monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali e alla tempestiva eliminazione delle anomalie, attestazione omogeneità dei controlli da parte dei dirigenti, volti a evitare ritardi dei tempi procedurali);
- propongono misure di prevenzione (art.16 d.lgs.165\2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di Comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (art.16 e 55 Decreto Legislativo n. 165/2001);
- osservano le misure contenute nel Piano Triennale (art 1 comma 14 Legge n.190/2012)
- propongono al Responsabile della prevenzione della corruzione, i dipendenti da inserire in particolari programmi di formazione;
- inseriscono nei bandi di gara apposita clausola che preveda l'esclusione di coloro che non dichiarino di aderire alle regole di legalità previste dal Codice di Comportamento aziendale, per quanto compatibili (art. 1, comma 17, Legge 190/2012).
- provvedono, a decorrere dal 1 marzo 2014, al monitoraggio trimestrale del rispetto dei termini dei procedimenti amministrativi di competenza della propria struttura e nel caso di mancato rispetto dei termini, il dirigente indica le motivazioni che giustificano il ritardo e le misure adottate per eliminare tempestivamente tale anomalia, informandone tempestivamente il Responsabile della prevenzione della corruzione. (La mancata trasmissione di tale informazione costituisce elemento di valutazione del dirigente).

Articolo 6

DIRETTORE DELLA STRUTTURA COMPLESSA GESTIONE RISORSE UMANE

Il Direttore della Struttura Complessa Gestione Risorse Umane comunica entro il 31 gennaio di ogni anno, al Responsabile della prevenzione della corruzione tutti i dati utili a rilevare le posizioni dirigenziali attribuite a persone, interne e/o esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politi-

co senza procedure pubbliche di selezione ed inoltre dovrà comunicare i nominativi di coloro che iniziano o terminano il proprio lavoro in Azienda.

In relazione all'obbligo di contenere gli incarichi dirigenziali a contratto, nella misura massima di percentuale dei posti effettivamente coperti della dotazione organica della qualifica dirigenziale, indica costantemente al Responsabile della prevenzione della corruzione gli scostamenti e le azioni correttive anche mediante strumenti in autotutela.

Articolo 7

COMPITI DEL NUCLEO DI VALUTAZIONE E ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'ASL 5, con Delibera n. 501 del 8 giugno 2012, ha costituito il Nucleo di Valutazione, quale organismo di controllo interno. Il Nucleo di Valutazione svolge le funzioni previste per gli Organismi Indipendenti di Valutazione, previsti dal Decreto Legislativo n. 150/2009.

Il Nucleo di Valutazione garantisce la correttezza del processo di misurazione e valutazione annuale delle performance; svolge inoltre funzioni di monitoraggio del funzionamento complessivo della valutazione e della trasparenza, assicurando la correttezza dei processi di misura, valutazione e premialità dei risultati raggiunti dal personale dirigenziale.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione, il Nucleo di Valutazione, verifica la corretta applicazione del Piano di prevenzione della corruzione da parte dei Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale, tramite gli obiettivi che verranno predisposti nel budget 2014.

In tal senso, la corresponsione della retribuzione di risultato ai Direttori di Struttura Complessa e Struttura Semplice Dipartimentale sarà direttamente collegata all'attuazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione dell'anno di riferimento.

Come stabilito da P.N.A., gli organismi di controllo interno:

- partecipano al processo di gestione del rischio; considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (art.43 e 44 Decreto Legislativo n. 33/2013);
- esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato da ciascuna amministrazione (art.54 e 55 Legge n. 65\2001).

Articolo 8

COMPITI DELL'UFFICIO PROCEDIMENTI DISCIPLINARI

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari:

- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art.55 bis Decreto Legislativo n.165/2001);
- provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'Autorità Giudiziaria (art. 20 Decreto del Presidente della Repubblica n. 3/1957; art 1 comma 3 - Legge n.20\1994; art. 331 Codice di Procedura Penale);
- propone l'aggiornamento del Codice di Comportamento.

Articolo 9

COLLABORATORI A QUALSIASI TITOLO CON L'AMMINISTRAZIONE

Oltre ai soggetti sopraelencati, tutti i collaboratori dell'Azienda, a qualsiasi titolo, sono tenuti a:

- osservare le misure contenute nel Piano;
- segnalare situazioni di illecito, come stabilito dall'art. 8 del Codice di Comportamento.

Articolo 10

ROTAZIONE DEL PERSONALE

Le pubbliche amministrazioni, di cui all'art.1 comma 2 del Decreto Legislativo n. 165\2001, sono tenute ad adottare adeguati criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità, compresi i responsabili di procedimento operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione.

La norma detta che tale principio di rotazione del personale va temperato con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza d'indirizzo nelle strutture.

La ratio delle previsioni normative, ad oggi emanate, è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio nella gestione diretta di attività che il medesimo funzionario tratti lo stesso tipo di procedimenti per lungo tempo e si relazioni sempre con i medesimi utenti.

L'introduzione della misura deve essere accompagnata da strumenti e accorgimenti che assicurino continuità all'azione amministrativa.

A tal fine si sta provvedendo a individuare le modalità per alternare le figure dei Responsabili di procedimento e dei componenti delle Commissioni di gara e delle Commissioni di concorso.

La rotazione non potrà essere applicata ai profili professionali nei quali è previsto il possesso di lauree specialistiche possedute da una sola unità lavorativa.

Per la realtà organizzativa in cui versa attualmente l'ASL 5 , ad oggi risulta estremamente difficile coniugare il principio della rotazione degli incarichi a fini di prevenzione della corruzione con l'efficienza degli uffici, visto il numero poco elevato di addetti e la complessità gestionale dei procedimenti, tale per cui la specializzazione risulta elevata e l'interscambio risulterebbe compromettere la funzionalità della gestione amministrativa.

L'Azienda provvederà comunque a garantire attraverso una riorganizzazione delle funzioni ed una revisione dei processi e delle relative responsabilità, il rispetto della normativa .

Articolo 11

OBBLIGO DI ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI

L'ASL 5 ha intrapreso adeguate iniziative per informare il personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi.

I Responsabili di procedimento devono dedicare particolare attenzione alle situazioni di conflitto d'interessi, che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova disposizione: l'art.1 comma 41 della Legge n. 190/2012, che ha introdotto l'art. 6 bis della Legge n. 241/1990 sul conflitto d'interesse.

La disposizione afferma: “Il Responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad Adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale, devono astenersi in caso di conflitto di interesse, segnalando ogni situazione di conflitto anche potenziale”.

Tale norma va intesa in maniera coordinata con la disposizione contenuto all'art. 6 nel Decreto del Presidente della Repubblica n.62 , che afferma: “Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozioni di decisioni o attività che possano coinvolgere interessi propri, o di suoi parenti affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequenza abituali, o di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia cause pendenti o grave inimicizia o rapporti di credito o debiti significativi, o di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore procuratore o agente, ovvero di enti associazioni anche non riconosciute comitati società di cui egli sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il Responsabile dell'ufficio di appartenenza.”

Articolo 12

SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO - ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI

Il cumulo in capo allo stesso dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'amministrazione può comportare il rischio di una eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale, aumentando il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri, determinati dalla volontà del dirigente stesso.

A tal proposito l'Azienda ha approvato con Delibera n. 66 del 29.1.2014 “ il Regolamento per la disciplina degli incarichi extraistituzionali “che disciplina tutti gli incarichi extraistituzionali conferiti direttamente dall'amministrazione che da amministrazioni pubbliche diverse da quella di appartenenza o da Enti privati.

In forza di tale regolamento, è stata predisposta apposita modulistica, che dovrà essere necessariamente compilata in ogni sua parte ed inoltrata in via preventiva alla Struttura Complessa Gestione Risorse Umane in tempo congruo per poter ottemperare alle valutazioni dell'istruttoria richiesta.

Articolo 13

CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI

Il Decreto Legislativo n. 39/2013 recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni, ha previsto:

- delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- delle ipotesi inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

Articolo 14

INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI

L'Azienda ha emanato una Circolare sulle “Cause di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi”, ai sensi del Decreto Legislativo n.39/2013 “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.”.

Nella suddetta Circolare si chiede ai dipendenti, ai quali è conferito l'incarico, in base all'art.20 Decreto Legislativo n. 39/2013, di presentare una dichiarazione sulla insussistenza di cause di inconferibilità e/o incompatibilità.

Il modello della dichiarazione è stato pubblicato sul sito web dell'Azienda insieme alla Circolare suddetta e dovrà essere inviato, debitamente firmato, al Responsabile Aziendale per la prevenzione della corruzione.

Articolo 15

CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITA' AD ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE

Come definito dal Piano Nazionale, per "rischio" s'intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per evento s'intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale.

Al fine di definire le priorità e le modalità di intervento relative alle attività con elevato rischio di corruzione, si definiscono i seguenti gradi di rischio delle attività:

BASSO rischio:

- Attività a bassa discrezionalità;
- Specifica normativa;
- Regolamentazione aziendale;
- Elevato grado di pubblicità degli atti procedurali;
- Valore economico del beneficio complessivo connesso all'attività inferiore in media a € 1.000,00;
- Potere decisionale sull'esito dell'attività in capo a più persone;
- Sussistenza di specifici meccanismi di verifica o controllo esterno;
- Rotazione dei funzionari dedicati all'attività;
- Monitoraggio e verifiche annuali.

MEDIO rischio

- Attività a media discrezionalità (regolamentazione aziendale o normativa di principio, ridotta pubblicità, ecc.);
- Controlli ridotti;
- Valore economico tra € 1.000,00 e € 10.000,00 o, comunque, modesta gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo;
- Bassa rotazione dei funzionari dedicati;
- Monitoraggio e verifica semestrale;

- Definizione di protocolli operativi o regolamenti;
- Implementazione misure preventive.

ALTO rischio .

- Attività ad alta discrezionalità;
- Valore economico superiore a € 10.000,00, comunque, elevata gravità dell'evento che può derivare dal fatto corruttivo;
- Controlli ridotti;
- Potere decisionale concentrato in capo a singole persone;
- Rotazione dei funzionari dedicati solo in tempi molto lunghi;
- Rischio di danni alla salute in caso di abusi;
- Notevole casistica di precedenti storici di fatti corruttivi;
- Monitoraggio e verifica quadrimestrale;
- Definizione di protocolli operativi o regolamenti;
- Verifiche a campione;
- Implementazione di misure preventive.

Articolo 16

INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITA' AD ALTO RISCHIO DI CORRUZIONE

In prima fase sono stati individuati i processi minimi più a rischio d'illegalità. Le attività a rischio di corruzione (art. 1, comma 9) sono state individuate attraverso una analisi delle stesse dettate dal art 1, comma 16, e in particolare:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture o 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 Decreto Legislativo 163/2006;
- 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'art. 24 del citato Decreto Legislativo n. 150/2009.

L'individuazione delle strutture aziendali che svolgono le attività citate è stata effettuata con riferimento all'articolazione organizzativa dell' ASL 5.

In linea con quanto previsto dall'art 1 comma 9, lettera a) della Legge 190/2012 e raccogliendo le proposte dei Direttori delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici Dipartimentali aziendali, l'ASL 5 ha realizzato una prima mappatura delle aree di rischio.

I dati raccolti sono stati inseriti in una griglia di identificazione e la mappatura è riportata nell'Allegato 1.

Tenuto conto delle considerazioni riportate nei capitoli precedenti, il presente Piano rappresenta uno strumento dinamico e la prima fase aziendale di adempimento alla normativa anticorruzione, con la consapevolezza che si procederà, nei prossimi anni, alle necessarie integrazioni e agli opportuni adeguamenti tenendo presenti i mutamenti organizzativi e funzionali dell'Azienda e l'evoluzione della normativa di riferimento.

Articolo 17

IDENTIFICAZIONE, ANALISI, PONDERAZIONE DEL RISCHIO

Individuati i rischi, saranno poi analizzati e valutati, attribuendo un valore alle due variabili che li caratterizzano:

- impatto del danno che ne può derivare;
- probabilità che l'evento illecito si possa verificare.
-

Tale valutazione sarà effettuata dal Responsabile della prevenzione, con la partecipazione attiva di tutti i referenti aziendali di cui all'art. 4 del presente Piano.

Articolo 18

REGOLAMENTI E CODICI DI COMPORTAMENTO

Con Delibera Del Direttore Generale n. 65 del 29.1.2014 l'ASL 5 ha adottato il Codice di Comportamento.

Esso contiene tutte le indicazioni di buona condotta alle quali il pubblico dipendente deve ispirare le proprie azioni, la Struttura Complessa Gestione Risorse Umane ha il compito di diffonderlo tramite pubblicazione sul portale aziendale e a renderlo sempre disponibile a tutti coloro, dipendenti e terzi, che vengano a contatto con l'Azienda.

Articolo 19

PIANO DI FORMAZIONE

Il Piano di Formazione per l'anticorruzione comprende quanto segue:

- le materie oggetto di formazione corrispondenti alle attività a maggiore rischio di corruzione e le materie relative ai temi della legalità e dell'etica;

- le indicazioni relative ai dipendenti e ai dirigenti che svolgono attività nell'ambito delle materie sopra citate;
- il grado di informazione e di conoscenza dei dipendenti nelle materie/attività a rischio di corruzione;
- le metodologie formative, prevedendo la formazione applicata ed esperienziale (analisi dei rischi tecnici) e quella amministrativa (analisi dei rischi amministrativi); ciò con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi, ecc.);
- l'individuazione dei docenti;
- il monitoraggio sistematico delle iniziative di formazione e dei risultati acquisiti.

Le attività formative devono essere distinte in processi di formazione "base" e di formazione "continua" per aggiornamenti, azioni di controllo durante l'espletamento delle attività a rischio di corruzione.

L'ASL 5 emana il Piano di Formazione Aziendale (PAF) nell'ambito del quale sarà individuata, a partire dal 2014, la formazione per quegli operatori che svolgono attività in uffici coinvolti in attività a rischio elevato di corruzione, prevedendo appositi corsi di approfondimento in materia di reati contro la P.A.

Il Piano di Formazione per l'anticorruzione mira ad approfondire la conoscenza della normativa e degli adempimenti richiesti dalla stessa, oltre alla conoscenza delle norme penali in materia di reati contro la P.A. e delle nuove sanzioni disciplinari.

Esso tiene conto delle indicazioni generali, con particolare riguardo a:

- le materie oggetto di formazione sui temi della legalità e dell'etica, sulle norme penali e disciplinari sanzionatorie;
- le metodologie formative, prevedendo modalità di erogazione diffusa (anche tramite FAD), applicata ed esperienziale, con vari meccanismi di azione (analisi dei problemi da visionare, approcci interattivi, soluzioni pratiche ai problemi ecc.);
- l'eventuale individuazione di docenti d'aula; la formazione viene preferibilmente effettuata con personale non incompatibile con gli organismi di controllo e vigilanza sulla specifica materia;
- il sistematico monitoraggio della formazione e dei risultati acquisiti;
- la previsione di attività formative "base" e di formazione "continua" per aggiornamenti e azioni di controllo durante l'espletamento delle attività a rischio di corruzione;
- la previsione di appositi corsi di formazione in materia di antimafia.

Il Bilancio di previsione annuale deve prevedere gli opportuni interventi di spesa finalizzati a garantire la formazione, ove si ravvisasse la necessità di didattica d'aula con personale docente esterno.

Per l'anno 2013 è già stato organizzato un intervento formativo di approfondimento della Legge n. 190/2012, rivolto ai Direttori di Strutture Complesse, di Strutture Semplici Dipartimentali e ai titolari di posizioni organizzative.

Il Responsabile della Prevenzione della corruzione, con la predisposizione del Piano di Formazione, assolve la definizione delle procedure appropriate per selezionare e for-

mare i dipendenti destinati a operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. (art. 1, comma 8 Legge n. 190/2012)

Articolo 20 STRUMENTI DI VERIFICA E CONTROLLO

Per le attività e i procedimenti di cui all'art. 3 del presente Piano, sono individuati i meccanismi e le misure di prevenzione di seguito elencati:

- la piena osservanza degli obblighi di trasparenza previsti dalla vigente normativa, nonché di quelli inseriti nel Piano triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- l'indizione, di norma almeno sei mesi prima della scadenza, dei contratti aventi per oggetto la fornitura di beni e servizi, delle procedure di gara secondo la normativa nazionale e regionale sui contratti;
- il monitoraggio del rispetto dei termini previsti dai singoli contratti per la fornitura di beni e servizi e per l'esecuzione di lavori. In caso di superamento di detti termini, il direttore dei lavori sarà tenuto a informare il Responsabile della prevenzione della corruzione, indicando le ragioni del ritardo;
- il monitoraggio dell'esecuzione dei lavori, con particolare riguardo alle varianti in corso d'opera ed all'apposizione di riserve da parte dell'appaltatore;
- il rispetto del principio di rotazione degli operatori economici iscritti negli elenchi ufficiali di fornitori o prestatori di servizi nell'acquisizione di servizi e forniture;
- l'applicazione, di norma, del principio di rotazione negli incarichi dei componenti esperti delle commissioni di gara, compatibilmente con le professionalità necessarie disponibili;
- la promozione del principio di rotazione degli incarichi e/o delle pratiche affidate a dirigenti e funzionari nelle Strutture aziendali particolarmente esposte a rischio di corruzione, tra quelle indicate all'art. 3, compatibilmente con le professionalità necessarie disponibili;
- le verifiche a campione sull'iter, nell'ambito dei procedimenti e delle attività di cui all'art. 3, al fine di verificare la legittimità degli atti, la correttezza delle procedure, il rispetto degli obblighi di trasparenza e quant'altro possa essere ritenuto utile al fine dell'osservanza delle disposizioni in argomento;
- l'individuazione nel Piano Annuale della Formazione per il personale di specifici percorsi formativi e/o di aggiornamento destinati ai dipendenti addetti alle attività e ai procedimenti di cui all'art. 3 nonché agli altri soggetti interessati all'applicazione del presente Piano;
- il monitoraggio e rimozione delle eventuali situazioni di incompatibilità e di conflitto di interessi derivanti dall'attribuzione di incarichi interni ed esterni ai dipendenti regionali, anche successivamente alla cessazione dal servizio o al termine dell'incarico, in base alla vigente normativa;
- la vigilanza sul rispetto dei Codici di Comportamento dei dipendenti pubblici da parte di ciascun dirigente;

- l'acquisizione, da parte dei responsabili dei procedimenti, di apposita dichiarazione scritta dei soggetti beneficiari, circa l' insussistenza di relazioni di parentela o affinità con dipendenti, per i procedimenti riguardanti la stipulazione di contratti, nonché per il rilascio di autorizzazioni e concessioni o l'erogazione di vantaggi economici di qualunque genere;
- l'introduzione di altre misure eventualmente proposte dai dirigenti competenti, in ordine alle attività ed ai procedimenti esposti a maggior rischio di corruzione;
- la previsione negli avvisi, bandi di gara o delle lettere di invito, che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità e nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara;
- l'introduzione di forme di presa d'atto, da parte dei dipendenti, del presente piano sia al momento dell'assunzione che, per quelli in servizio, con cadenza periodica.

Al fine di controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile della prevenzione può, in qualsiasi momento, richiedere alle Strutture aziendali informazioni e dati concernenti determinati settori di attività.

Inoltre, può richiedere ai dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile della prevenzione può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità.

Articolo 21 **MISURE PROVVISORIE INTRAPRESE NELL'ANNO 2013** **(AZIONI E ADEMPIMENTI GIA' ADOTTATI)**

Con Delibera n. 362 del 30.5.2013 è stata nominata la dottoressa Francesca RATANO, Direttore Struttura Semplice Dipartimentale Attività Amministrative Territoriali del Dipartimento di Prevenzione, quale Responsabile della prevenzione della corruzione.

Nei giorni 17-18 giugno si è tenuto un corso di formazione, rivolto a tutti i dirigenti aziendali e alle posizioni organizzative, dal titolo " Legge 6 novembre 2012, n. 190 Disposizioni per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

In collaborazione con i Direttori di Struttura Complessa, è stata elaborata una prima mappatura delle attività, valutando il diverso livello di esposizione al rischio di corruzione degli uffici nei quali tale attività vengono svolte.

In ottemperanza al Decreto Legislativo 39/2013, è stato richiesto ai Comuni con popolazione superiore ai 15.000, se presso le loro amministrazioni vi erano dipendenti ASL cinque che ricoprivano cariche di elementi di Giunta o del Consiglio Comunale.

In seguito, con Delibera n. 532 del 25.7.2013, sono stati individuati i referenti per la corruzione, così come dettato dalla Circolare n.1 del gennaio 2013.

Nel mese di luglio - in attesa dell'emanazione delle Linee Guida della CIVIT e dell'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri - è stata elaborata una prima bozza di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

In seguito all'approvazione del Piano Nazionale, sono ad oggi in corso le modifiche alla bozza del Piano Triennale. Il Responsabile sta sviluppando azioni di coordinamento con i vari servizi aziendali coinvolti (Trasparenza, Centro di Controllo Direzione, Nucleo di Valutazione, Ufficio Formazione, Ufficio Provvedimenti Disciplinari, Ufficio Personale) e mantiene contatti con i Responsabili della prevenzione delle altre ASL e delle Aziende Ospedaliere della regione.

Articolo 22

TUTELA DEL DIPENDENTE CHE SEGNA UN ILLECITO

Il dipendente che riferisce al proprio superiore gerarchico, condotte che egli presume illecite, e di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto a misure discriminatorie dirette o indirette che abbia effetti sulle condizioni lavorative per motivi collegati direttamente alla denuncia.

Tali segnalazioni dovranno essere inviate per competenza al Responsabile della corruzione cui spetterà la valutazione delle medesime.

Nel caso in cui si ravveda una rilevazione disciplinare, il Responsabile della prevenzione dovrà comunicarlo all'Ufficio Procedimenti Disciplinari affinché possa essere avviata con tempestività la relativa azione disciplinare.

L'identità del segnalante non potrà essere rivelata senza il consenso dello stesso a condizione che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti.

Qualora la contestazione sia fondata in tutto in parte sulla segnalazione, l'identità del segnalante potrà essere rivelata ove la sua conoscenza sia indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Articolo 23

PIANO DELLA TRASPARENZA

La trasparenza dell'attività amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, come stabilito dall'art. 117 della Costituzione.

Essa è assicurata mediante la pubblicazione nel sito web aziendale delle informazioni riguardanti i procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

La legge 190/2012 è intervenuta a rafforzare gli strumenti già in vigore (Legge 241/1990 e, in seguito, Decreto Legislativo n. 150/2009). In particolare la nuova normativa ha conferito delega al Governo per l'approvazione di un Decreto Legislativo sul riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione dell'informazione. Tale delega è stata esercitata con l'approvazione del Decreto legislativo n.33/2013.

L'Azienda, accogliendo le disposizioni del suddetto decreto, con Delibera del Direttore Generale n. 480 dell'11 luglio 2013, ha nominato il Responsabile della Trasparenza.

Il Decreto Legislativo n. 33/2013 prevede, oltre ad una serie di obblighi di trasparenza e alle indicazioni circa i modi di pubblicazione dei documenti e delle informazioni rilevanti, l'approvazione di un Piano Triennale della Trasparenza e dell'integrità.

Tale documento è parte integrante del presente Piano (Allegato 2).

Articolo 24

RELAZIONE A CONSUNTIVO

I Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale presentano entro il 31 gennaio di ogni anno successivo, una relazione dettagliata sulle attività poste in essere in merito alla attuazione effettiva delle regole di legalità o integrità indicate nel presente Piano, per l'anno precedente, nonché i rendiconti sui risultati realizzati, in esecuzione del piano triennale della prevenzione;

I Direttori di Struttura Complessa e di Struttura Semplice Dipartimentale monitorano i rapporti tra l'Azienda 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 richiedendo, con proposta motivata, procedimenti di verifica delle 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; presentano entro il 31 gennaio di ogni anno, i relativi dati, fatta salva la comunicazione immediata in caso di emersione di profili di incompatibilità per i propri dipendenti.

Articolo 25

RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE

Ai sensi dell'art.1 comma 14 della Legge n.190/2012 il Responsabile della prevenzione redige, entro il 15 dicembre di ogni anno, una relazione annuale che rendiconti le misure di prevenzione intraprese, così come definite nel Piano Triennale, e la loro efficacia.

Il documento sarà pubblicato sul sito istituzionale e trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica in allegato al Piano Triennale dell'anno successivo.

Articolo 26

RESPONSABILITA' E ALTRE SANZIONI

Con riferimento alle rispettive competenze, costituisce elemento di valutazione della responsabilità dei dipendenti , dei titolari di posizione organizzativa e dei dirigenti, la mancata osservanza delle disposizioni contenute nel presente Piano.

I ritardi degli aggiornamenti dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili dei servizi (art 1 comma 33 Legge n. 190/2012).

Per le responsabilità derivanti dalla violazione del Codice di Comportamento si rinvia all'art. 54 del Decreto Legislativo n. 165/2001, come modificato dal dall'art. 1, comma 44 della Legge n. 190/2012;

Le violazioni gravi e reiterate comportano l'applicazione dell'art. 55 quater comma 1 del Decreto Legislativo 165/2001.

Il Responsabile della prevenzione risponde nelle ipotesi previste i sensi dell'art. 1 comma 12,13,14 della Legge n. 190/2012.

Rimangono ferme le responsabilità civili penali contabili amministrative e disciplinari dei dipendenti secondo le disposizioni normative vigenti.

Nel caso di danno erariale cagionato da dipendenti mediante la commissione e di reati, l'ASL5 richiederà - in sede di azione per la responsabilità amministrative contabili dinanzi alla Corte dei Conti o costituendosi parte civile nel giudizio penale - anche il danno all'immagine in misura almeno pari al doppio del valore patrimoniale dell'utilità illecitamente percepita dal dipendente, come disposto dall'art 1 comma 1 sexies della Legge 20/1994, come modificata dall'art. 1, comma 62 Legge 190/2012.

Articolo 27
RECEPIMENTO DELLA LEGGE N. 190/2012

Le norme del presente regolamento recepiscono dinamicamente le modifiche alla Legge n.190/2012, secondo le successive modificazioni ed integrazioni e la normativa nazionale o regionale di attuazione.

ALLEGATO. 1
MAPPATURA DEL RISCHIO
A) ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DI CARRIERA
AREE INDIVIDUATE DAL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Reclutamento	ALTO	Gestione Risorse Umane
Progressioni di carriera	ALTO	Gestione Risorse Umane
Conferimento di incarichi di collaborazione	ALTO	Gestione Risorse Umane
Conferimento di incarichi di collaborazione	ALTO	Relazioni Esterne

AREE INDIVIDUATE DALL'AZIENDA

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Gestione giuridica del personale	MEDIO	Gestione Risorse Umane
Gestione economica del personale	ALTO	Gestione Risorse Umane
Gestione previdenziale	MEDIO	Gestione Risorse Umane

B) AFFIDAMENTO LAVORI, SERVIZI E FORNITURE
AREE INDIVIDUATE DAL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Definizione dell'oggetto dell'affidamento	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Requisiti di qualificazione	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Valutazione delle offerte	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA

Procedure negoziate	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Affidamenti diretti	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Revoca del bando	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Redazione del cronoprogramma	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
Varianti in corso di esecuzione del contratto	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
subappalto	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA
utilizzo di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	ALTO	Provveditorato - Gestione Tecnica - SIA

AREE INDIVIDUATE DALL'AZIENDA

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Software	ALTO	SIA
Cablaggi	ALTO	SIA
Gestione rete informativa	ALTO	SIA
Telefonia	MEDIO	SIA
Gestione manutenzione full-risk contrattuale	BASSO	Patrimonio
Gestione manutenzione full-risk extra-contrattuale	ALTO	Patrimonio
Definizione di protocolli operativi e regolamenti	MEDIO	Relazioni Esterne

C) PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

AREE INDIVIDUATE DAL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an	ALTO	Tutte

Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto	ALTO	Tutte

AREE INDIVIDUATE DALL'AZIENDA

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Gestione dati informatizzati	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Trasporti	MEDIO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Soccorsi sanitari 118	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Programmi di screening e prevenzione	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Prescrizione farmaci e terapie	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Attività di medicina trasfusionale	MEDIO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Richieste di ricovero programmato	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Invii per interventi in altre strutture	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Indicazioni per prestazioni ambulatoriali	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Attività di emodinamica	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Servizio mortuario	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Monitoraggio prescrizioni mediche e dei piani terapeutici	ALTO	Dipartimento Farmaceutico
Erogazione diretta di medicinali e prodotti	MEDIO	Dipartimento Farmaceutico
Ricezione ricette	ALTO	Dipartimento Farmaceutico
Progetti terapeutici finalizzati al compiacimento di interessi di terzi nel trattamento di utenti psichiatrici	ALTO	Dipartimento Salute Mentale e Sert
Servizio di pronta disponibilità	ALTO	Dipartimento di Prevenzione

Attività di informazione, formazione ed assistenza rivolta all'utenza	MEDIO	Dipartimento di Prevenzione
Attività di vigilanza	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Svolgimento controlli ufficiali	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Gestione sanzioni amministrative depenalizzate	ALTO	Attività amministrative territoriali Dipartimento Prevenzione
Rilascio attestazioni	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Formulazioni pareri	MEDIO	Dipartimento di Prevenzione
Progetti terapeutici per utenti psichiatrici	ALTO	Dipartimento Salute Mentale e Sert
Attività della struttura Complessa Psicologia	MEDIO	Dipartimento Salute Mentale e Sert
Attività certificatoria delle condizioni di salute dei detenuti	MEDIO	Dipartimento Salute Mentale e Sert

D) PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

AREE INDIVIDUATE DAL PIANO NAZIONALE ANTICORRUZIONE

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an	ALTO	Tutte
Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto	ALTO	Tutte

AREE INDIVIDUATE DALL'AZIENDA

Attività	Livello di rischio	Strutture coinvolte
Tutte le attività della Struttura Complessa Affari Generali e Legali	ALTO	Affari Generali e Legali

Tutte le attività della Struttura Complessa Gestione Tecnica	ALTO	Gestione Tecnica
Incassi	ALTO	Gestione Risorse Finanziarie Attività amministrative ospedaliere e territoriali Gestione Amministrativa del presidio Ospedaliero Dipartimenti Sanitari
Pagamenti	ALTO	Gestione Risorse Finanziarie
Gestione immobili	ALTO	Patrimonio
Immobili in locazione passiva	MEDIO	Patrimonio
Immobili in locazione attiva	ALTO	Patrimonio
Alienazione immobili	ALTO	Patrimonio
Operazioni di stima immobili ed attività professionali	ALTO	Patrimonio
Gestione manutenzione full-risk contrattuale	ALTO	Patrimonio
Gestione appalto di lavori pubblici	ALTO	Patrimonio
Accertamenti minorazioni civili	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Collegio medico-legale per l'accertamento della inabilità lavorativa	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Indennizzo a soggetti danneggiati da vaccinazioni, trasfusioni ed emoderivati	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Pareri medico legali su "gravità della malattia"	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Pareri medico-legali e consulenze tecniche su richiesta dalla S.C. Gestione Risorse Umane e dalla S.C: Affari Legali	ALTO	Dipartimento di Prevenzione

Partecipazione al Collegio medico ex L. 626/94 e successive, in merito a ricorsi avverso il medico competente	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Consulenze autoptiche	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Commissione medica legale per conto del Ministero dei Trasporti	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Attività di indagini infortuni e malattie professionali	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Attività di formulazione pareri	ALTO	Dipartimento di Prevenzione
Esercizio della Libera Professione intra e extra-muraria	ALTO	Tutti i Dipartimenti Sanitari
Controlli sulle strutture accreditate convenzionate	ALTO	Dipartimento Cure primarie ed attività distrettuali
Gestione introiti su attività di libera professione	ALTO	Direzione Amministrativa del Presidio Ospedaliero
Verifica del possesso dei requisiti per l'accesso a misure economiche	ALTO	Dipartimento Cure primarie ed attività distrettuali
Verifica del possesso dei requisiti per l'accesso a trattamenti riabilitativi	ALTO	Dipartimento Cure primarie ed attività distrettuali
Attività autorizzativa	ALTO	Dipartimento Cure primarie ed attività distrettuali
Acquisto protesi	ALTO	Dipartimento Cure primarie ed attività distrettuali
Attività clinica	MEDIO	Dipartimento Cure primarie ed attività distrettuali
Inserimento in strutture private	ALTO	Dipartimento Salute Mentale e Sert Dipartimenti Sanitari
Benefit forniti al detenuti	ALTO	Dipartimento Salute Mentale e Sert



**Servizio Sanitario Nazionale - Regione Liguria
Azienda Sanitaria Locale n. 5 "Spezzino"
LA SPEZIA**

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' (2013/2015)

**a cura del Responsabile "Trasparenza"
in collaborazione con
la S.C. "Relazioni Esterne e Promozione alla Salute"**

ALLEGATO 2

Sommario

PREMESSA	31
1. INTRODUZIONE: ORGANIZZAZIONI E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE.....	33
1.1. FUNZIONI DI GOVERNO DELL'AZIENDA	34
1.2. FUNZIONI DI PRODUZIONE DEI SERVIZI SANITARI.....	34
1.3. FUNZIONI TECNICHE ED AMMINISTRATIVE DI SUPPORTO	34
1.4. FUNZIONI DI STAFF.....	34
2. I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE	35
2.1 HOME PAGE DEL SITO AZIENDALE	36
2.2 L'UTENTE PUBBLICATORE NEL PROCEDIMENTO DI PUBBLICAZIONE	37
2.3 LA PROCEDURA DI PUBBLICAZIONE ON-LINE DEI DATI NELLA SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"	37
3. OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB.....	38
3.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E RELATIVO STATO D'ATTUAZIONE.....	38
4. POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC)	43
5. PROCEDIMENTO D'ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMI	43
5.1 I COLLEGAMENTI CON IL PIANO DELLA PRESTAZIONE E DEI RISULTATI	43
5.2 UFFICI COINVOLTI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI CONTENUTI DEL PROGRAMMA.....	43
6. COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER	44
7. INIZIATIVE VOLTE A GARANTIRE TRASPARENZA, LEGALITÀ E SVILUPPO DELLA CULTURA DELL'INTEGRITÀ .	45
7.1 GIORNATE DELLA TRASPARENZA	45
8. SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA	46
8.1 MONITORAGGIO INTERNO	46
8.2 ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE.....	46

Premessa

Con il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, il Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'innovazione ha posto l'accento sul tema della trasparenza, introducendo una serie di strumenti obbligatori, atti a garantire la pubblicità e l'accessibilità dei dati e delle informazioni e definendo nuovi ambiti d'intervento, ai quali deve attenersi il piano strategico Aziendale.

In ottemperanza all'art.11, comma 8, lettera a) del D.lgs. 150/2009, della legge 6 novembre 2012, n.190 e sulla base delle linee guida della Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'integrità delle amministrazioni pubbliche (Delibere CIVIT n.105/2010 e n.2 /2012), le Pubbliche Amministrazioni, quindi, hanno l'obbligo di adottare e pubblicare un Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità, al fine di garantire un adeguato livello di:

- trasparenza, intesa come accessibilità totale da parte della collettività (in particolare mediante la pubblicazione *on-line* delle informazioni concernenti ogni aspetto della Organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse);
- integrità, da intendersi in relazione al carattere strumentale che la pubblicazione ha al fine della prevenzione della corruzione nelle PA (la trasparenza è il mezzo attraverso cui prevenire varie forme di illecito e di conflitto di interessi).

Il Programma dell'Asl 5 "Spezzino" è realizzato rendendo note le iniziative intraprese nell'arco triennale di attività in una dichiarazione programmatica di intenti, sì da garantire i seguenti duplici profili di Trasparenza dell'Azione Amministrativa:

1. un profilo "statico", consistente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Azienda per finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale
2. un profilo "dinamico", direttamente collegato alla performance, che comporta l'obbligo di risposta alle decisioni prese ed alle azioni compiute.

La pubblicità dei dati collegati all'organizzazione ed all'erogazione dei servizi al pubblico si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance, anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interessi (stakeholder). Il coinvolgimento e l'apporto partecipativo degli stakeholder agevola il raggiungimento del medesimo obiettivo. Al fine di garantire il massimo coinvolgimento degli stakeholder, nel programma sono previste forme di misurazione dell'usabilità e del gradimento dei dati oggetto di pubblicazione.

Per quanto attiene al buon andamento dei servizi pubblici ed alla corretta gestione delle relative risorse, la pubblicazione *on-line* dei dati consente a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Azienda e concorre a sollecitare nuove modalità di partecipazione e di coinvolgimento della collettività. In quest'ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità, sia di destinatario delle attività delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

L'adozione da parte dell'Asl 5 "Spezzino" del presente Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, quindi, ha lo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e di imparzialità. L'Asl 5, nell'adottarlo, s'impegna ad aggiornarlo periodicamente e comunque con cadenza non superiore all'anno.

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità fa riferimento a tutte quelle iniziative in corso o da intraprendere, che garantiscano gli obiettivi sopra enunciati.

Fondamento di tale iniziativa è la pubblicazione di tutta una serie di dati e informazioni che favorisca:

- un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione
- una gestione ottimale delle risorse pubbliche

- un livello massimo di trasparenza, da attuare anche alle fasi cruciali e strategiche del ciclo di gestione della performance.

La trasparenza, pertanto, è intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale aziendale www.asl5.liguria.it.

1. INTRODUZIONE: ORGANIZZAZIONI E FUNZIONI DELL'AMMINISTRAZIONE

L'Asl 5 "Spezzino" è stata costituita con L. R. n. 20 del 10/05/1993; è un ente con personalità giuridica pubblica nella Regione Liguria, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1 bis del D.lgs. 229/1999. L'Asl 5 ha sede legale in La Spezia, via XXIV maggio n°139.

L'Asl 5 "Spezzino" svolge le funzioni assegnate di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività in larga parte del territorio della Provincia della Spezia e più precisamente nei seguenti comuni: Ameglia, Arcola, Beverino, Bolano, Bonassola, Borghetto Vara, Brugnato, Calice al Cornoviglio, Carrodano, Levanto, Castelnuovo Magra, Deiva Marina, Follo, Framura, La Spezia, Lerici, Monterosso, Ortonovo, Pignone, Portovenere, Riccò del Golfo, Riomaggiore, Rocchetta Vara, Santo Stefano Magra, Sarzana, Sestri Godano, Vernazza, Vezzano Ligure, Zignago.

L'Asl 5 "Spezzino" è strutturata secondo un modello organizzativo basato sulle seguenti macro funzioni, articolate in coerenza con le specificità di Azienda Sanitaria Locale:

- Funzioni di Governo dell'Azienda
- Funzioni di Produzione dei Servizi Sanitari
- Funzioni Tecniche ed Amministrative di Supporto
- Funzioni di Staff

La presenza degli ambiti funzionali, con scopi di coordinamento tecnico e/o scientifico e di standardizzazione dei metodi di lavoro, configura la seguente struttura organizzativa aziendale:

- Presidio ospedaliero
- Dipartimenti
- Distretti

Nella succitata struttura organizzativa operano le Strutture Complesse. Esse sono aggregazioni organizzative che, di norma, riuniscono più strutture semplici; gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie, amministrative e tecniche, assicurando la massima efficacia ed efficienza nell'impiego degli spazi e delle risorse attribuite (umane, tecniche ed economiche).

Ogni Struttura si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione delle risorse correlate, ma anche per la presenza di un solo responsabile.

L'organizzazione dell'Asl 5 prevede, inoltre, Strutture Semplici Dipartimentali il cui responsabile dipende dal Direttore del Dipartimento.

L'Asl 5 "Spezzino" si caratterizza per una struttura organizzativa basata sul principio della responsabilizzazione delle figure poste a capo di ogni specifico ambito organizzativo, quindi, l'articolazione delle strutture segue un criterio gestionale che si riverbera nell'area ospedaliera

ed in quella territoriale. Di conseguenza, anche il Distretto ed il Dipartimento assumono una connotazione di struttura gestionale, garantendo opportune sinergie, grazie all'utilizzo integrato e programmato delle risorse umane, strumentali e logistiche presenti nelle singole strutture.

1.1. Funzioni di Governo dell'Azienda

Le Funzioni di Governo rappresentano l'insieme delle attività dell'Azienda finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e all'assunzione delle decisioni di alta amministrazione.

In particolare si esercitano attraverso:

- l'assetto organizzativo
- le politiche di investimento
- le politiche di bilancio
- le politiche del personale
- la qualità
- la comunicazione.

Nell'area di governo opera il Collegio Sindacale.

1.2. Funzioni di Produzione dei servizi sanitari

Le Funzioni di Produzione sono esercitate dalla linea produttiva e rappresentano l'insieme delle attività finalizzate all'erogazione diretta dei servizi e delle prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.

Le strutture di produzione operano con autonomia tecnico professionale e con autonomia gestionale nei limiti fissati dalla Direzione Aziendale.

La *governance* sull'andamento complessivo della produzione è responsabilità della Direzione Aziendale ed è esercitata, di norma, attraverso l'affidamento di attribuzioni specifiche al Direttore Sanitario aziendale ed alle altre articolazioni organizzative.

1.3. Funzioni Tecniche ed Amministrative di supporto

Le Funzioni Tecniche ed Amministrative hanno lo scopo di fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione ed alle attività di produzione. In quanto tali, rispondono alla logica del cliente interno e ricercano l'integrazione con tutte le altre funzioni, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità nella gestione degli aspetti organizzativi e logistici.

La *governance* sull'andamento complessivo delle funzioni tecniche ed amministrative costituisce responsabilità della Direzione Aziendale, esercitata -di norma- attraverso l'affidamento di attribuzioni specifiche al Direttore Amministrativo aziendale ed alle altre articolazioni organizzative.

1.4. Funzioni di Staff

Le Funzioni di Staff, con la loro attività tecnica, assolvono principalmente la funzione di supporto alla Direzione Aziendale nel processo decisionale. Altresì supportano tutte le strutture interne di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguimento degli obiettivi, anche attraverso la standardizzazione dei metodi di lavoro in relazione a specifici processi tecnico-assistenziali.

2. I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE

I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale devono essere selezionati in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni di cui alle delibere n.105/2010 e n. 2/2012 del CIVIT e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione *on-line* delle amministrazioni. Inoltre, devono essere pubblicati in conformità a quanto definito dal Regolamento relativo al sito Internet istituzionale www.asl5.liguria.it, assunto dall'Asl 5 con Delibera DG n. 296 del 2 maggio 2013 e successive integrazioni, che sono state adottate con Delibera DG n. 479 dell'11.07.2013. Quest'ultima delibera, fra l'altro, prevede che *"con successivo atto il regolamento succitato sarà adeguato al d.lgs. n. 33 del 14.03.2013 - Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni"*.

Le categorie di dati pubblicati devono favorire un rapporto diretto fra il cittadino e la pubblica amministrazione, nonché una gestione della *res publica* che consenta un miglioramento continuo nell'informazione e nell'erogazione dei servizi all'utenza.

Gli adempimenti connessi alle operazioni in materia di trasparenza e integrità, con la verifica della predisposizione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati, è affidata al Responsabile della Trasparenza, che si avvale del supporto del personale della S.C. "Relazioni Esterne e Promozione alla Salute".

Poiché la pubblicazione delle informazioni sul proprio sito istituzionale costituisce la principale modalità di attuazione della trasparenza, è importante porre l'accento sulla protezione dei dati personali, in modo tale che i dati pubblicati -ed i modi di pubblicazione- risultino pertinenti e non eccedenti, rispetto alle finalità indicate dalla legge, in ossequio alla disciplina in materia di protezione dei dati personali (D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196). Inoltre, la pubblicazione *on-line* delle informazioni sarà effettuata 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, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici
- aggiornamento e visibilità dei contenuti
- accessibilità e usabilità
- classificazione e semantica
- formati aperti (pdf, odt, etc.)
- contenuti aperti.

Tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno i dati di contesto, ovvero l'autore, l'oggetto e le date (di pubblicazione, del periodo di aggiornamento o di validità), al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato.

Ogni soggetto dell'Azienda, in qualità di "Fonte", pubblicherà i dati direttamente se utente pubblicatore e, se non utente pubblicatore, fornirà al SIA i documenti da divulgare, in formato aperto e accessibile, definito per la pubblicazione in oggetto; la "Fonte" dovrà inviare alla cassetta di posta aziendale della trasparenza quanto pubblicato, direttamente o indirettamente.

L'aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione "Amministrazione Trasparente" avverrà ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti. La struttura responsabile della pubblicazione, in questo caso, provvederà ad effettuare le modifiche richieste.

Lo stato di attuazione del Programma, anch'esso in formato aperto e standard, sarà aggiornato con cadenza annuale.

Nelle tabelle seguenti si riportano gli obiettivi di trasparenza e contenuti specifici da pubblicare sul sito web aziendale ed in particolare:

- le categorie dei dati da pubblicare (si veda delibera CIVIT n. 105 del 2010 e n. 2 del 2012 nell'allegato 1)
- la relativa fonte informativa, ovvero la struttura che produce tali dati e li comunica alla struttura responsabile della pubblicazione
- la modalità di pubblicazione, ovvero il formato utilizzato per la pubblicazione dei documenti sul sito istituzionale
- la struttura competente alla pubblicazione web.

2.1 Home page del sito aziendale

- La home page rappresenta il punto principale di accesso al sito e raccoglie notizie, informazioni e titoli provenienti da tutte le sezioni
- Gli argomenti danno accesso alle pagine contenenti le informazioni vere e proprie, che possono anche essere condivise tra più sezioni
- Nella home page sono inseriti i seguenti contenuti essenziali, sviluppati all'interno del sito:
 - le informazioni sulle prestazioni ed i servizi erogati
 - le comunicazioni di natura "giornalistica", quali le iniziative istituzionali, le campagne di comunicazione, gli eventi, i comunicati stampa e le notizie meritevoli di particolare evidenza
 - le informazioni sulle strutture, sulla loro organizzazione e sui compiti/funzioni istituzionali dell'Azienda
 - l'erogazione di servizi immediatamente fruibili (modulistica in linea, ecc.)
 - la pubblicità legale
 - la pubblicità dell'attività amministrativa svolta, con possibilità di reperire specifica documentazione.

L'Azienda rende accessibile la propria attività amministrativa alla cittadinanza, garantendo la consultazione di tutto ciò che rientra nei parametri della "trasparenza" e/o è previsto dalla norme di Legge; inoltre, nel rispetto delle normative, assicura la possibilità di stampare quanto pubblicato sul sito.

La funzione "Relazioni Esterne" gestisce direttamente la parte centrale della home page (Focus, News, Comunicati, ecc.) tramite una procedura dedicata, di facile utilizzo, predisposta da Sistemi Informatici Aziendali.

2.2 L'utente pubblicatore nel procedimento di pubblicazione

L'utente pubblicatore ha il compito di inserire ed aggiornare i contenuti delle pagine web; tale ruolo è demandato a ciascun Direttore di Dipartimento e di Struttura Complessa ed a ciascun Dirigente/Responsabile di Struttura Semplice Dipartimentale e di Struttura Semplice; costoro possono delegare loro collaboratori -uno, massimo due per funzione- per la pubblicazione degli inserimenti/aggiornamenti relativi all'area di competenza.

L'utente pubblicatore è responsabile, sia dei contenuti pubblicati da lui o da suo delegato, sia del mancato aggiornamento o della non pubblicazione.

Gli utenti pubblicatori, accedono alla gestione della parte di loro competenza tramite una procedura dedicata, di facile utilizzo, che viene rilasciata dalla funzione Relazioni Esterne, concordata con il SIA e dallo stesso predisposta.

2.3 La procedura di pubblicazione on-line dei dati nella sezione "Amministrazione Trasparente"

Le Strutture competenti alla produzione dei dati dovranno trasmettere gli stessi -se prive dell'utente pubblicatore- alla Struttura competente alla pubblicazione, in formato digitale, tramite posta elettronica interna, entro i tempi di attuazione stabiliti.

Dell'invio deve essere data comunicazione, per conoscenza, anche al Responsabile della Trasparenza, con le modalità previste dal p. 2. "I DATI: OBBLIGHI E MODALITÀ DI PUBBLICAZIONE" del Regolamento succitato.

I dati saranno pubblicati sul sito istituzionale come disposto nel D.lgs. 33/2013 nella apposita sezione, in evidenza sulla Home Page, denominata "Amministrazione Trasparente".

Tale procedura prevede che i pubblicatori, una volta autorizzati, saranno registrati e quindi rintracciabili. Alla perdita dei requisiti sarà revocato l'accesso ed individuato un nuovo utente pubblicatore, anche in via temporanea.

Ogni utente pubblicatore è obbligato, con riguardo alla propria area di competenza, a:

- non diffamare od altrimenti violare diritti altrui tutelati dalla legge
- non pubblicare, inviare, caricare, distribuire o diffondere qualsiasi argomento, nome, materiale od informazione inappropriata, blasfema, calunniosa, trasgressiva, oscena, indecente od illegale
- non caricare file o software protetto dalla normativa sulla proprietà intellettuale a meno che non si sia direttamente titolari di tali diritti o si abbiano ricevute le necessarie autorizzazioni
- non caricare file che contengano virus o qualsiasi altro programma che possa ledere i sistemi informatici.

Inoltre, ferma restando l'osservanza delle disposizioni di Legge in tema di comunicazione e diffusione e l'obbligo di attenersi ai principi di necessità, proporzionalità e pertinenza dei dati (personali), non possono essere diffusi attraverso il sito:

- dati personali, se non in presenza di un'espressa previsione di legge o regolamento
- dati sensibili, inclusi i dati giudiziari, se non in presenza di un'espressa previsione di legge che autorizzi tale operazione e nella quale siano specificati i tipi di dati, le operazioni eseguibili e le finalità di rilevante interesse pubblico perseguite, ovvero qualora la

- diffusione sia identificata nel regolamento da adottare, previo parere conforme del garante;
- dati idonei a rivelare lo stato di salute.

3. OBIETTIVI DI TRASPARENZA E CONTENUTI SPECIFICI DA PUBBLICARE SUL SITO WEB

La trasparenza è una regola generale che coinvolge ogni determinazione pubblica e rappresenta il principio costituzionale di buon andamento e imparzialità, codificato nell'articolo 97 della Carta Costituzionale.

Ne consegue che in ambito sanitario le finalità di pubblico interesse devono sempre consentire di comprendere i percorsi decisionali del management garantendo, allo stesso tempo, l'informazione di tutti i soggetti coinvolti nel processo assistenziale.

Trasparenza e partecipazione sono i pilastri basilari delle regole di condotta delle aziende, consentendo alla parte privata - il cittadino utente - di comprendere appieno le decisioni adottate, confermando la tendenziale coincidenza tra gli obiettivi perseguiti e l'utilizzo del potere conferito all'organo di gestione ed ai responsabili dell'erogazione del servizio.

Tutti i servizi dell'Azienda devono uniformarsi alle norme ed ai deliberati, per garantire i diritti di "cittadinanza digitale".

Il d.lgs 33/2013 prevede, infatti, al comma terzo dell'art 43, in capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione la responsabilità del tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

Per rendere efficace tale disposizione il Responsabile della Trasparenza, esercitando la tutela del diritto d'accesso, dovrà vigilare sull'appropriato flusso delle informazioni e, in caso di inadempimento anche parziale degli obblighi di pubblicazione, attivare la procedura di segnalazione agli organi competenti (ufficio procedimenti disciplinari).

L'inerzia e l'omissione della pubblicazione, infatti, può configurare danno d'immagine ed essere sanzionata con una decurtazione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili(art 46)

Il responsabile segnala altresì (art 43, comma 5) gli inadempimenti al vertice politico dell'amministrazione ed al OIV/NIV per l'attivazione di altre forme di responsabilità.

3.1 PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E RELATIVO STATO D'ATTUAZIONE

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA

OBIETTIVO DI TRASPARENZA	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PRODUZIONE	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PUBBLICAZIONE WEB	STATO DELLA PUBBLICAZIONE
--------------------------	--------------------------------------	---	---------------------------

Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2013-2015 e relativo stato di attuazione (articolo 11, comma 8, lettera a), del D. Lgs. n. 150 del 2009)	Responsabile della Trasparenza	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Pubblicazione entro 31/01/204
---	--------------------------------	------------------------------------	-------------------------------

PIANO RELAZIONE SULLA PEFORMANCE

OBIETTIVO DI TRASPARENZA	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PRODUZIONE	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PUBBLICAZIONE WEB	STATO DELLA PUBBLICAZIONE
Piano della <i>performance</i> (articolo 11, comma 8, lettera b), del D. Lgs. n. 150 del 2009)	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento annuale
Relazione sulla <i>performance</i> (articolo 11, comma 8, lettera b), del D. Lgs. n. 150 del 2009)	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione SC Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Pubblicazione annuale

DATI INFORMATIVI SULL'ORGANIZZAZIONE ED I PROCEDIMENTI

OBIETTIVO DI TRASPARENZA	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PRODUZIONE	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PUBBLICAZIONE WEB	STATO DELLA PUBBLICAZIONE
Informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione (Atto Aziendale, organigramma, articolazione degli uffici, attribuzioni e organizzazione di ciascun ufficio anche di livello dirigenziale non generale, nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici, nonché settore dell'ordinamento giuridico riferibile all'attività da essi svolta - articolo 54, comma 1, lettera a), del D. Lgs. n. 82 del 2005);	S.C. Pianificazione e Qualità Organizzativa, Accreditamento, rapporti con il terzo Settore, Politiche di Formazione, Audit e Controllo	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento al verificarsi di ogni modifica formale
Elenco delle deliberazioni adottate dalla Direzione Generale	SC Affari Legali e Generali	SC Affari Legali e Generali	Operativo
Elenco delle determinazioni adottate dai dirigenti	SC Affari Legali e Generali	SC Affari Legali e Generali	Operativo
Elenco completo delle caselle di posta elettronica istituzionali attive, specificando se si tratta di una casella di posta elettronica certificata (articolo 54, comma 1, lettera d), del D. Lgs. n. 82 del 2005)	S.C. Sistema Informativo Aziendale	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento semestrale
Elenco delle tipologie di procedimento svolte da ciascun ufficio di livello dirigenziale non generale, il termine per la conclusione di ciascun procedimento ed ogni altro termine procedimentale, il nome del responsabile del procedimento e l'unità organizzativa responsabile dell'istruttoria e di ogni altro adempimento procedimentale, nonché	In fase di rielaborazione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento al verificarsi della modifica formale del soggetto responsabile

dell'adozione del provvedimento finale (articolo 54, comma 1, lettera b), del D. Lgs. n. 82 del 2005)			
Tempi medi di definizione dei procedimenti e di erogazione dei servizi con riferimento all'esercizio finanziario precedente (art. 23, comma 5, della l. n. 69/2009)	In fase di rielaborazione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento annuale
Scadenze e modalità di adempimento dei procedimenti individuati ai sensi degli articoli 2 e 4 della l. n. 241 del 1990 (articolo 54, comma 1, lettera c), del D. Lgs. n. 82 del 2005)	In fase di rielaborazione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento annuale
Per ciascun procedimento amministrativo ad istanza di parte di tutte le amministrazioni ex art.1, comma 2 del D.Lgs. n. 165/2001, elenco degli atti e documenti che l'istante ha l'onere di produrre a corredo dell'istanza (art. 6 comma 1, lettera b), comma 2 lettera b), nn. 1, 4, 6 della l. 106/2011 di conversione del D.L. n. 70/2011 nonché art. 6, comma 6 della l. 180/2011)	In fase di rielaborazione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento annuale
Bandi di gara ed adempimenti	S.C. Provveditorato ed Economato SC Patrimonio Immobiliare SC Gestione Tecnica	SC Provveditorato SC Patrimonio Immobiliare SC Gestione Tecnica	Operativo
Bandi di concorso e avvisi interni	SC Gestione Risorse Umane	SC Risorse Umane	Operativo

DATI INFORMATIVI RELATIVI AL PERSONALE

OBIETTIVO DI TRASPARENZA	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PRODUZIONE	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PUBBLICAZIONE WEB	STATO DELLA PUBBLICAZIONE
Curricula e retribuzioni dei dirigenti, con specifica evidenza sulle componenti variabili della retribuzione e sulle componenti legate alla retribuzione di risultato (articolo 11, comma 8, lettere f) e g), del D. Lgs. n. 150 del 2009), indirizzi di posta elettronica, numeri telefonici ad uso professionale (articolo 21 della l. n. 69 del 2009), ruolo - data di inquadramento nella fascia di appartenenza o in quella inferiore, data di primo inquadramento nell'amministrazione, decorrenza e termine degli incarichi conferiti ex articolo 19, commi 3 e 4, del D. Lgs. n. 165 del 2001 - (articolo 1, comma 7, del D.P.R. n. 108 del 2004);	SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento annuale
Curricula dei titolari di posizioni organizzative (articolo 11, comma 8, lettera f), del D. Lgs. n.	SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo	Operativo

150 del 2009);		Aziendale	
Curricula, retribuzioni, compensi ed indennità del Direttore Generale, Amministrativo, Sanitario (articolo 11, comma 8, lettera h), del D. Lgs. n. 150 del 2009);	SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento a richiesta o a seguito di variazioni
Nominativi e curricula dei componenti degli OIV e del Responsabile delle funzioni di misurazione della performance di cui all'articolo 14 (articolo 11, comma 8, lettera e), del D. Lgs. n. 150 del 2009);	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento a richiesta o a seguito di variazioni
Tassi di assenza e di maggiore presenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale (articolo 21 della l. n. 69 del 2009), nonché il ruolo dei dipendenti pubblici (articolo 55, comma 5, del D.P.R. n. 3 del 1957);	SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento mensile con 3 mesi di disallineamento rispetto al dato reale
Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e l'ammontare dei premi effettivamente distribuiti (articolo 11, comma 8, lettera c), del D. Lgs. n. 150 del 2009);	SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento annuale entro il 31 luglio di ogni anno
Analisi dei dati relativi al grado di differenziazione nell'utilizzo della premialità, sia per i dirigenti sia per i dipendenti (articolo 11, comma 8, lettera d), del D. Lgs. n. 150 del 2009)	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento annuale entro il 31 luglio di ogni ann
Codici di comportamento (articolo 55, comma 2, del D. Lgs. n. 165 del 2001 così come modificato dall'articolo 68 del D. Lgs. n. 150 del 2009);	SC Gestione Risorse Umane	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento in caso di modifiche
Incarichi retribuiti e non retribuiti conferiti a dipendenti pubblici e ad altri soggetti (articolo 11, comma 8, lettera i), del D. Lgs. n. 150 del 2009 e articolo 53 del D. Lgs. n. 165 del 2001).	SC Gestione Risorse Umane S.C. Pianificazione e Qualità Organizzativa, Accreditamento, rapporti con il terzo Settore, Politiche di Formazione, Audit e Controllo SC Relazioni Esterne SC Affari Legali SC Gestione Tecnica SC Patrimonio Immobiliare	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo/ Aggiornamento trimestrale

DATI SUI SERVIZI EROGATI

OBIETTIVO DI TRASPARENZA	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PRODUZIONE	STRUTTURA COMPETENTE ALLA PUBBLICAZIONE WEB	STATO DELLA PUBBLICAZIONE
Carta dei servizi	URP	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo/ Aggiornamento annuale

DATI SULLA GESTIONE ECONOMICO FINANZIARIA DEI SERVIZI PUBBLICI

Informazioni circa la dimensione della qualità dei servizi erogati (ai sensi dei principi di cui all'articolo 11 del D. Lgs. n. 150/2009 e delle indicazioni di cui alle delibere CIVIT n. 88/2010 e n. 3/2012, allegato 1)	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione URP S.C. Pianificazione e Qualità Organizzativa, Accreditamento, rapporti con il terzo Settore, Politiche di Formazione, Audit e Controllo	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento annuale
Servizi erogati agli utenti finali e intermedi (ai sensi dell'articolo 10, comma 5, del D. Lgs. 7 agosto 1997, n. 279), contabilizzazione dei loro costi ed evidenziazione dei costi effettivi e di quelli imputati al personale per ogni servizio erogato, nonché il monitoraggio del loro andamento (articolo 11, comma 4, del D. Lgs. n. 150 del 2009), da estrapolare in maniera coerente ai contenuti del Piano e della Relazione sulla performance.	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo Aggiornamento annuale
Costi dei servizi erogati	S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Aggiornamento annuale
Contratti integrativi e Accordi sindacali	SC Gestione Risorse Umane Ufficio Relazioni Sindacali	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo
Dati concernenti esternalizzazioni di Servizi ed Attività anche per il tramite di convenzioni	SSD Organizzazione Risorse e Gestione Convenzioni	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo
Bilancio in forma abbreviata	S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Bilancio e Contabilità	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo
Immobili posseduti, canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	SC Patrimonio Immobiliare	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo

Elenco delle strutture sanitarie accreditate	SSD Organizzazione Risorse e Gestione Convenzioni	S.C. Sistema Informativo Aziendale	Operativo
--	---	------------------------------------	-----------

4. Posta Elettronica Certificata (PEC)

La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della PEC rientra nel processo di “dematerializzazione” della burocrazia.

All'interno del Piano di e-Government 2012 è incluso il progetto “Casella elettronica certificata”, che mira a digitalizzare completamente i flussi documentali tra amministrazione e cittadini.

L'Asl 5 “Spezzino” in ottemperanza con quanto prescritto dalla normative ed al fine di aumentare il grado di informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, si è dotata di caselle di posta elettronica certificata per comunicare con altre amministrazioni, cittadini, imprese e professionisti.

L'Azienda si adoprerà affinché tutte le strutture dotate di un indirizzo PEC adottino al loro interno una procedura formale per la gestione della casella di posta elettronica certificata con la designazione del referente alla ricezione.

5. PROCEDIMENTO D'ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMI

5.1 I collegamenti con il Piano della Prestazione e dei Risultati

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità si pone in relazione al ciclo di gestione della performance, prevedendone la piena conoscibilità di ogni componente, dal Piano della Prestazione e dei Risultati allo stato della sua attuazione.

Rafforza la significatività del ciclo stesso, dando evidenza della tempistica relativa all'attribuzione degli obiettivi assegnati, attraverso la pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'Azienda.

5.2 Uffici coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma

Un ruolo fondamentale nell'individuazione dei contenuti del Programma è quello svolto dalle strutture dell'Asl 5 “Spezzino”; in particolare sono coinvolte alla stesura e all'aggiornamento del presente documento:

- SC Relazioni Esterne ed Educazione alla Salute
- SC Gestione Risorse Umane
- S.C. Provveditorato ed Economato
- S.C. Gestione Risorse Economiche e Finanziarie, Bilancio e Contabilità

- SC Gestione Tecnica
- SC Ingegneria Clinica e Gestione Patrimonio Immobiliare SIA
- SC Affari Generali e Legali
- S.C. Governo Clinico, Programmazione Sanitaria, Rischio Clinico, Controllo di Gestione
- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- S.C. Pianificazione e Qualità Organizzativa, Accreditamento, rapporti con il terzo Settore, Politiche di Formazione, Audit e Controllo
- Direzioni Medica di Presidio

Il Responsabile della trasparenza, incaricato della predisposizione del Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità, terminata la fase di consultazione, acquisizione dei documenti ed elaborazione interna, provvede all'invio del documento al Nucleo di Valutazione ed al Comitato Regionale Utenti e Consumatori, almeno 30 giorni prima della scadenza del termine per l'adozione dello stesso, nel rispetto di quanto disposto dall'art.11 comma 2 legge regionale 16 marzo 2011, n. 1.

Una volta validato, saranno predisposti gli atti idonei, propedeutici all'approvazione con delibera del Direttore Generale

6. COINVOLGIMENTO STAKEHOLDER

L'Asl 5 "Spezzino" si impegna ad attivare politiche di coinvolgimento degli *stakeholder*, interni (es. sindacati, dipendenti) ed esterni (es. cittadini, associazioni, imprese, centri di ricerca) per individuare le esigenze di trasparenza e tenerne conto nella selezione dei dati da pubblicare e nell'elaborazione delle iniziative per garantire la trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità.

L'Asl 5 "Spezzino" intende coinvolgere e dialogare con gli stakeholder attraverso differenti modalità:

1. indiretta, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica o presentate all'Ufficio Relazioni con il Pubblico e per le notizie apprese tramite i media locali;
2. diretta, attraverso la sezione "Scrivi all'URP" del sito istituzionale, attraverso i feedback ricevuti nella Giornata della Trasparenza e attraverso appositi box per i commenti previsti nelle diverse sezioni del sito web istituzionale. Tutti i commenti rilevati nei box saranno annualmente riorganizzati in FAQ (Frequently Asked Questions).

INIZIATIVA	DESTINATARI	RISULTATO	TEMPI DI ATTUAZIONE
Forme di comunicazione e di coinvolgimento dei cittadini in materia di trasparenza e integrità (questionari, convegni, opuscoli)	Cittadini ed associazioni dei consumatori)	• Ottenere feedback per individuare aree a rischio • Facilitare la reperibilità ed uso delle informazione nei siti della PAQ • Aumentare la percezione del miglioramento del servizio pubblico	2014/2015

Formazione sulla trasparenza	Tutto il personale dipendente	Maggiore consapevolezza e diffusione della cultura della trasparenza	2014/2015
------------------------------	-------------------------------	--	-----------

7. INIZIATIVE VOLTE A GARANTIRE TRASPARENZA, LEGALITÀ E SVILUPPO DELLA CULTURA DELL'INTEGRITÀ

INIZIATIVA	DESTINATARI	RISULTATO	TEMPI DI ATTUAZIONE
Valorizzazione della cultura della legalità per: • miglioramento dei rapporti professionisti- cittadini • miglioramento rapporti azienda-imprese	Tutto il personale dipendente	Codice etico, modulistica e reportistica su elementi oggetto di analisi (ad es. contenzioso con l'azienda, valutazione numerosità offerte anomale, analisi utilizzo albo fornitori)	2013/2014
Potenziamento Informazione e comunicazione	Cittadini	Rendere più semplice il flusso informativo circa i servizi erogati e le attività svolte dalla Azienda	2014/2015

7.1 Giornate della Trasparenza

Le giornate della trasparenza, espressamente previste dal decreto, sono strumenti di coinvolgimento degli stakeholder per la promozione e la valorizzazione della trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni.

Esse rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- la partecipazione dei cittadini per individuare le informazioni di interesse per la collettività degli utenti
- il coinvolgimento dei cittadini nelle attività dell'Amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi.

Le giornate devono essere organizzate come incontri caratterizzati in termini di massima apertura ed ascolto verso l'esterno delle Amministrazioni.

Nell'anno in corso saranno pianificati ed organizzati incontri per rappresentare il Piano della Performance e la Relazione sulla performance. Durante questi incontri sarà inoltre illustrato il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

8. SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico, sia da parte dei soggetti interni all'amministrazione, sia da parte del Nucleo Interno di Valutazione.

Il Nucleo di Valutazione, nominato con deliberazione DG n. 501 del 2012, svolge importanti compiti di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi, nella misurazione della performance ed altro, attraverso un'attività di audit. I risultati dei controlli confluiscono nella relazione annuale che il nucleo deve presentare agli organi politico-amministrativi dell'Azienda.

8.1 Monitoraggio interno

Con particolare riferimento al monitoraggio interno la Direzione Strategica ha individuato la SC Relazioni Esterne, quale struttura deputata ad effettuare il monitoraggio interno delle attività del programma triennale della trasparenza.

Il monitoraggio avrà cadenza semestrale e riguarderà il processo di attuazione del programma attraverso la scansione delle attività ed indicando gli scostamenti dal piano originario. Queste attività danno origine ad un report di monitoraggio che sarà anche trasmesso all'organo interno di valutazione.

8.2 Organismo Indipendente di Valutazione

I membri dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) dell'Asl 5 "Spezzino" sono i medesimi componenti del Nucleo Interno di Valutazione (NIV).