



**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E
PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E DELL'INTEGRITA'**

INDICE

PREMESSA.....	3
ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI UTILIZZATE	4
QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO.....	4
1. OBIETTIVO DEL PTPC.....	7
2. STRUTTURE DI RIFERIMENTO	7
3. PIANO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA E MODELLO ORGANIZZATIVO 231/01.....	11
4. METODOLOGIA DI ANALISI DEI RISCHI UTILIZZATA PER IL PTPC	11
5. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO	12
Mappatura dei processi a rischio	13
6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO.....	15
7. TRATTAMENTO DEL RISCHIO.....	17
8. MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PTPC	29
9. COMUNICAZIONE DEL PIANO	29
10. AGGIORNAMENTO DEL PIANO	30
11. IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'	30
11.1. IL PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA	31
11.2. COMUNICAZIONE DEL PROGRAMMA	31
11.3. IL PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA	31
11.4. AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMAMA	33
11.5. ACCESSO CIVICO.....	33

PREMESSA

La legge 6 novembre 2012, n. 190, ha introdotto nell'ordinamento nazionale le "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". Tale provvedimento normativo, a cui sono seguiti numerosi provvedimenti attuativi e integrativi, prende il nome anche di "Legge Anticorruzione". A fronte della sopra citata Legge, è stato introdotto il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica con la successiva approvazione dell'allora CIVIT (Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'integrità delle Amministrazioni Pubbliche), ora ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), allo scopo di promuovere, presso le amministrazioni pubbliche e presso i soggetti di diritto privato in controllo pubblico l'adozione di misure di prevenzione della corruzione. Il PNA fornisce indicazioni per la redazione e l'attuazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione (PTPC). Successivamente il D.L. del 24 giugno 2014 n. 90, convertito con modificazioni dalla L. n. 114 dell'11 agosto 2014, ha incentrato nell'ANAC il sistema della regolazione e della vigilanza in materia di prevenzione della corruzione, attribuendo alla stessa il compito di predisporre il PNA ed i suoi aggiornamenti.

Con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 l'ANAC ha approvato l'Aggiornamento 2015 al PNA con il quale sono stati integrati i contenuti del primo documento del 2013 ed è stato fornito ai soggetti destinatari un supporto operativo per migliorare l'efficacia complessiva della strategia anticorruzione.

Con delibera n. 831 del 3 agosto 2016 l'ANAC ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (il primo approvato ai sensi dell'art. 19 del D.L. 24 giugno 2014 n. 90) predisposto sulla base delle nuove discipline della materia di cui le amministrazioni dovranno tener conto nella fase di attuazione del PNA e nei Piani triennali di prevenzione della corruzione.

Il Piano triennale per la prevenzione della corruzione dell'Ospedale "Villa Salus" di Mestre recepisce le indicazioni fornite dalla Legge Anticorruzione e dalla delibera ANAC del 3 agosto 2016 n. 831 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016", la quale estende l'ambito di applicazione delle disposizioni dettate dal PNA ai c.d. ospedali classificati o equiparati specificando che tali enti sono tenuti *"ad assicurare l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione e di promozione della trasparenza, anche ai fini dell'individuazione e nomina della figura del RPCT¹"*. Il presente Piano integra le misure già adottate in risposta al modello 231/01 ed ha lo scopo di identificare le attività maggiormente esposte al rischio di corruzione e di individuare gli strumenti organizzativi, formativi e di controllo per la prevenzione del rischio di corruzione.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI), previsto dall'art. 10, comma 2, del d.lgs. n. 33/2013 forma parte integrante e sostanziale del presente PTPC.

¹ Determina ANAC del 3 agosto 2016 n. 831 (pagina 81)

ABBREVIAZIONI E DEFINIZIONI UTILIZZATE

P.T.P.C.	Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione
P.T.T.I.	Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità
R.P.C.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione
R.P.C.T.	Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
R.T.I.	Responsabile Trasparenza Integrità
O.D.V.	Organismo di Vigilanza
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
A.N.A.C.	Autorità Nazionale Anticorruzione
P.A.	Pubblica Amministrazione
C.I.V.I.T.	Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche
L.	Legge
D. lgs.	Decreto Legislativo
D.L.	Decreto Legge

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Normativa generale:

- Legge n. 190/2012 “*Disposizioni per la prevenzione dell'illegalità della pubblica amministrazione*”;
- L.R. n. 23/2012 “*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*”;
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013; “*Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*”;
- Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica approvato con Delibera n. 72 del 11 settembre 2013 dalla CIVIT ora A.N.A.C.;
- Decreto Legislativo n. 33/2013 “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”;
- Decreto Legislativo n. 39/2013 “*Disposizioni in materia di inconfiribilità 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*”;

- Decreto del Presidente della Repubblica n. 62, del 16 aprile 2013 “*Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni*”, approvato con in attuazione dell’art. 54 del d.lgs. n. 165 del 2001, come sostituito dalla Legge n. 190;
- Decreto Legge del 24 giugno 2014 n. 90 “*Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari*” convertito con modificazioni dalla Legge n. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all’A.N.A.C. delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all’art. 1, c. 4, 5, e 8 della Legge n. 190/2012 nonché in materia di trasparenza di cui all’art. 48 del D.Lgs. 33/2013;
- *Regolamento* approvato dall’A.N.A.C. il 9 settembre 2014 in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento”;
- Legge n. 124 del 7 agosto 2015 che, al comma 1 dell’art. 7, prevede una delega al Governo affinché adotti, entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore della Legge, uno o più Decreti Legislativi recanti disposizioni integrative e correttive del Dlgs. n. 33/2013 – in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni – nel rispetto dei principi e criteri direttivi stabiliti dall’art. 1, comma 35, della Legge n. 190/12;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 “*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione*”, che tiene conto delle attività di verifica svolte dall’Autorità e ha l’obiettivo di porsi come strumento di supporto alle Pubbliche Amministrazioni per incrementare la qualità dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione;
- Decreto Legislativo n. 97/2016 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2011, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”;
- Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 “*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*” il quale, tenuto conto delle attività di verifica svolte, si pone come atto di indirizzo per le amministrazioni chiamate ora ad adottare o ad aggiornare concrete e effettive misure di prevenzione di fenomeni corruttivi (compresi i c.d. ospedali classificati o equiparati);
- Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 “*Prime linee guida recanti indicazioni sull’attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*”;
- Codice penale;
- UNI ISO 31000 del 2010 “Gestione del rischio – Principi e linee guida”.

Fonti interne:

- Codice Etico;

- Modello organizzativo e di gestione sulla disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche senza personalità giuridica (ai sensi del D.lgs. 231 dell'8 giugno 2001);
- “Guida per il personale neo-assunto” (Rev. 04 – 05/02/2013, in aggiornamento) e documentazione sottoscritta dal dipendente al momento dell’assunzione;
- “Procedura per assunzione in servizio diretta nominativa” (Rev. 09 del 02/01/2017);
- “Contrattualistica, inserimento e gestione del consulente libero professionale” (Rev. 01 del 30/09/2016);
- “Procedura per la gestione degli acquisti, contratti, commesse, gare e appalti (Rev. 10 del 07/10/2016);
- “Comunicazione degli aggiornamenti al sito web istituzionale” (Rev. 03 del 24/06/2016).

1. OBIETTIVO DEL PTPC

L'Ospedale "Villa Salus" di Mestre, con il presente Piano, intende adottare le misure di prevenzione e contrasto del fenomeno corruttivo con l'obiettivo di:

- ridurre le opportunità di sviluppo della corruzione;
- creare un contesto sfavorevole al verificarsi di eventi corruttivi;
- aumentare la capacità di individuare eventuali fenomeni corruttivi.

A tal fine l'individuazione e lo sviluppo di misure volte a prevenire il rischio di corruzione costituisce il mezzo con cui raggiungere gli obiettivi indicati e promuovere il corretto funzionamento dell'organizzazione.

Il rispetto delle disposizioni contenute nel presente Piano da parte delle strutture organizzative intende favorire l'attuazione di comportamenti ispirati all'etica della responsabilità, in linea con le diverse disposizioni di legge ed i principi di corretta amministrazione.

Inoltre, il PTPC è finalizzato anche a:

- determinare una maggiore consapevolezza che il manifestarsi di fenomeni corruttivi espone l'organizzazione a gravi rischi soprattutto sul piano dell'immagine, e può produrre delle conseguenze sul piano penale a carico del soggetto che commette la violazione;
- sensibilizzare tutte le strutture di riferimento ad impegnarsi attivamente e costantemente nell'attuare le misure di contenimento del rischio previste nel presente Piano e nell'osservare le procedure e le regole interne;
- assicurare la correttezza dei rapporti tra l'organizzazione e i soggetti che con la stessa intrattengono relazioni di qualsiasi genere, anche verificando eventuali situazioni che potrebbero dar luogo al manifestarsi di situazioni di conflitto d'interesse;
- coordinare le misure di prevenzione della corruzione con i controlli che devono essere attuati per vigilare sul rispetto delle disposizioni sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi previsti dal d.lgs. 39/2013.

Il periodo di riferimento del presente Piano è il triennio 2017-2019. Ogni anno, entro il 31 gennaio, il Piano deve essere aggiornato e, nel caso in cui il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza lo ritenga necessario, può essere aggiornato anche in corso d'anno. L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per la prima adozione del PTPC.

2. STRUTTURE DI RIFERIMENTO

Sono di seguito indicati gli attori del sistema della prevenzione del rischio corruzione dell'Ospedale "Villa Salus" di Mestre che compongono le strutture di riferimento, ovvero l'insieme dei soggetti coinvolti nella progettazione, attuazione, monitoraggio e miglioramento continuo della gestione del rischio².

² UNI/ISO 31000:2010

2.1. Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Con deliberazione del Direttore Generale n° 22 del 29 settembre 2016 l'Ospedale "Villa Salus" ha nominato il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) con il compito di coordinare l'attività di elaborazione e di attuazione del Piano medesimo.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT), in conformità alla Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015, possiede specifiche competenze in tema di conoscenza dell'organizzazione e gestione della struttura sanitaria, dei processi e delle relazioni in essa esistenti.

I compiti del RPCT sono previsti nella Legge n. 190/2012 e sono nel seguito elencati:

- elaborazione della proposta di piano della prevenzione da presentare e condividere con l'organo di indirizzo, che dovrà poi formalmente adottarlo (art. 1, comma 8) entro il 31 gennaio di ogni anno;
- individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c);
- definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8);
- verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità (art. 1, comma 10, lett. a);
- proposta di modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a);
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b) o attuazione di ulteriori misure organizzative preventive finalizzate a limitare il *consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione*³;
- elaborazione della relazione annuale sull'attività svolta e verifica della pubblicazione della stessa sul sito web istituzionale e successiva trasmissione all'organo di indirizzo politico (art. 1 c. 14);
- trasmissione all'organo di indirizzo politico della rendicontazione della propria attività se richiesto o se lui stesso lo valuta opportuno (art. 1 c. 14).

Sulla base di quanto previsto dal d.lgs. n. 39/2013, il R.P.C.T. è tenuto a:

- vigilare sull'applicazione delle disposizioni in materia di rispetto delle norme sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi di cui al decreto, con il compito di contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità (art. 15, c.);
- segnalare i casi di possibili violazioni al decreto all'Autorità Nazionale Anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini delle funzioni di cui alla L.

³ PNA 2016

215/2004, nonché alla Corte dei Conti ai fini dell'accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15, c. 2 Legge n. 190/2012).

Sulla base di quanto previsto dal d.lgs. n. 33/2013, il RPCT è tenuto a:

- controllare l'adempimento degli obblighi di trasparenza da parte dell'amministrazione (art. 43, c.1);
- assicurare la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate (art. 43, c.1);
- segnalare all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione (art. 43, c.1);
- pubblicare uno scadenziario con le date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi introdotti e lo comunica tempestivamente al Dipartimento della funzione pubblica (art. 12, c.1-bis).

Sulla base di quanto previsto dall'art. 15 del DPR 62/2013, il RPCT è tenuto a:

- curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione;
- effettuare il monitoraggio annuale sulla loro attuazione;
- provvedere a pubblicare sul sito istituzionale e a comunicare all'Autorità nazionale anticorruzione i risultati del monitoraggio.

2.2. I Dirigenti di struttura

Per la struttura di rispettiva e diretta competenza i dirigenti sono tenuti a svolgere i seguenti compiti:

- fornire le necessarie informazioni al RPCT per permettergli l'espletamento delle funzioni;
- partecipare attivamente all'intero processo di elaborazione e gestione del rischio, proponendo le misure di prevenzione più idonee;
- collaborare con il RPCT nello svolgimento delle sue funzioni;
- vigilare sull'osservanza delle norme comportamentali e disciplinari che regolano l'Ospedale attivando, in caso di violazione, i conseguenti procedimenti disciplinari;
- applicare le misure di prevenzione indicate nel Piano triennale della prevenzione della corruzione e gli indirizzi elaborati e diffusi dal RPCT.

Ai fini del presente Piano per Dirigenti si intendono coloro che sono inquadrati nella qualifica dirigenziale. I compiti svolti dai dirigenti responsabili di struttura nell'ambito della prevenzione della corruzione integra la funzione di direzione e coordinamento svolta presso la rispettiva struttura, connessa con le relative competenze tecnico-gestionali. La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare, oltre che dirigenziale e se ne tiene conto ai fini della valutazione annuale delle prestazioni dirigenziali.

2.3. I dipendenti e i collaboratori

I dipendenti dell'Ospedale "Villa Salus" di Mestre sono tenuti a:

- osservare le misure di prevenzione previste dal Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- collaborare al processo di elaborazione e di gestione del rischio, se e in quanto coinvolti;
- adempiere agli obblighi comportamentali e disciplinari che regolano l'Ospedale;
- effettuare le comunicazioni prescritte in materia di incompatibilità;
- segnalare i presunti illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza secondo quanto previsto dalla Legge n. 190/2012.

Ai fini del presente Piano, per "dipendenti" si intendono coloro che sono inquadrati, con qualsiasi qualifica/categoria, con contratto a tempo indeterminato e determinato, a tempo pieno e a tempo parziale. Rientrano nella medesima categoria i titolari di contratti di lavoro flessibile di somministrazione con l'Ospedale, nonché i titolari di contratti di lavoro subordinato con altri soggetti che siano distaccati, comandati o comunque assegnati temporaneamente presso l'Ospedale.

La violazione dei compiti di cui sopra è fonte di responsabilità disciplinare e, se dirigenti, anche dirigenziale.

I collaboratori dell'Ospedale sono tenuti a:

- osservare le misure di prevenzione indicate nel Piano triennale di prevenzione della corruzione;
- segnalare i presunti illeciti (penali, disciplinari, amministrativo-contabili) di cui vengono a conoscenza;
- segnalare eventuali posizioni di conflitto di interesse.

Ai fini del Piano per "collaboratori" si intendono coloro che, in forza di rapporti di lavoro autonomo o di altro genere, diversi da quelli che contraddistinguono i rapporti di dipendenza, sono inseriti, per ragioni professionali, nelle strutture dell'Ospedale (es.: co.co.co.).

2.4. Organismo di Vigilanza

L'Organismo di Vigilanza dell'Ospedale "Villa Salus" di Mestre è tenuto a:

- vigilare sull'effettiva applicazione del Modello 231/01 in relazione alle diverse tipologie di reati presi in considerazione dallo stesso;
- verificare l'efficacia del Modello 231/01 e la sua reale capacità di prevenire la commissione dei reati in questione;
- individuare e proporre al Consiglio di Amministrazione aggiornamenti e modifiche del Modello stesso in relazione alla mutata normativa e/o alle mutate necessità o condizioni di Villa Salus;
- verificare l'attuazione e l'effettiva funzionalità delle soluzioni proposte.

Ai fini della prevenzione dei Reati in materia di salute e sicurezza, l'Organismo di Vigilanza è inoltre tenuto a vigilare sul rispetto da parte dei Soggetti Apicali e dei Soggetti Sottoposti delle prescrizioni e dei comportamenti sulla base dei codici e regolamenti.

Per quanto riguarda il collegamento tra la legge n. 231/2001 e la legge n. 190/2012, l'Ospedale "Villa Salus" di Mestre ritiene di prevedere dei momenti di condivisione e coordinamento tra le due istanze di controllo, al fine di evitare eventuali duplicazioni o sovrapposizioni nell'attività di prevenzione del rischio frode.

3.PIANO PREVENZIONE CORRUZIONE E TRASPARENZA E MODELLO ORGANIZZATIVO 231/01

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2013 specifica, con riferimento agli enti tenuti ad introdurre ed implementare adeguate misure organizzative e gestionali al fine di dare attuazione alle norme contenute nella l. 190/2012, che *"per evitare inutili ridondanze qualora questi enti adottino già modelli di organizzazione e gestione del rischio sulla base del D.Lgs 231/01 nella propria azione di prevenzione della corruzione possono fare perno su essi, ma estendendone l'ambito di applicazione non solo ai reati contro la pubblica amministrazione previsti dalla 231/01, ma anche a tutti quelli considerati nella L. 190/2012, dal lato attivo e passivo, anche in relazione al tipo di attività svolto dall'ente (società strumentali/società di interesse generale). Tali parti dei modelli di organizzazione e gestione, integrate ai sensi della L. 190/2012 e denominate Piani di prevenzione della corruzione, debbono essere trasmessi alle amministrazioni pubbliche vigilanti ed essere pubblicati sul sito istituzionale."*

Si precisa che la l. 190/2012 fa riferimento ad un concetto più ampio di corruzione rispetto al d.lgs. 231/2001 che comprende non solo l'intera gamma dei reati contro la Pubblica Amministrazione indicati negli artt. 24, 25, 25 ter e 25 decies del decreto legislativo 231/2001, ma anche tutte le situazioni di "cattiva amministrazione", ovvero situazioni nelle quali gli interessi privati condizionano impropriamente l'azione delle amministrazioni o degli enti. Per contro l'ambito di applicazione del d.lgs. 231/01 si estende ad una gamma di reati molto più vasta di quella prevista dalla l. 190/2012 (ad esempio reati ambientali, reati informatici, ...).

Tuttavia, considerando che entrambi gli strumenti prevedono un'analisi dei rischi finalizzata alla prevenzione dei reati di frode e un sistema di vigilanza e controllo, l'Ospedale "Villa Salus", già dotato di un Modello Organizzativo ai sensi del d.lgs. 231/01, ha ritenuto opportuno attuare dei momenti di condivisione e coordinamento tra le due istanze di controllo.

4.METODOLOGIA DI ANALISI DEI RISCHI UTILIZZATA PER IL PTPC

L'attività di analisi dei rischi è stata condotta sulla base di quanto riportato nel Piano Nazionale Anticorruzione, i cui contenuti sono ispirati alla normativa UNI ISO 31000:2010 sulla gestione del rischio e all'aggiornamento 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione che prevede, sulla base della valutazione effettuata su un campione di PTPC, ulteriori indicazioni metodologiche al fine di procedere ad un "Miglioramento del Processo di rischio di Corruzione". Tali indicazioni possono essere così sintetizzate:

FASI GESTIONE DEL RISCHIO ISO 31000	INDICAZIONI CONTENUTE NELL' AGGIORNAMENTO PNA 2015
1. Analisi del contesto interno e esterno	1. Effettuare una effettiva analisi del contesto esterno leggendo ed interpretando le dinamiche socio-territoriali; per quanto concerne il contesto interno effettuare una valutazione analitica dei processi comprendendo anche quelli relativi alle aree "ulteriori"
2. Valutazione del rischio	2. Procedere alla valutazione del rischio, individuando correttamente i rischi di corruzione e tenendo conto delle cause degli eventi rischiosi
3. Trattamento del rischio	3. Prevedere il trattamento del rischio, che deve consistere in misure concrete, sostenibili e verificabili. E' necessario altresì procedere alla pianificazione delle misure obbligatorie ed ulteriori
4. Attività di monitoraggio.	4. Implementare un sistema efficace per il monitoraggio delle misure.

Il processo di gestione del rischio è stato attuato attraverso incontri con i principali soggetti coinvolti nella gestione dei processi aziendali, per le aree di rispettiva competenza, e attraverso il coordinamento e la condivisione del contenuto del Piano con il Dirigente preposto in relazione al Modello 231.

In ottemperanza a quanto previsto nell'Allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione, nel seguente paragrafo viene riportata la descrizione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione dei rischi.

5. ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO E INTERNO

Secondo quanto precisato dall'ANAC, è indispensabile che le amministrazioni tengano conto dell'analisi del contesto, *attraverso la quale ottenere le informazioni necessarie a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione o dell'ente per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera in termini di strutture territoriali e di dinamiche sociali, economiche e culturali, o per via delle caratteristiche organizzative interne.*⁴

*L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'amministrazione o l'ente opera, con riferimento ad esempio a variabili culturali, criminologiche, sociali ed economiche del territorio possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.*⁵

Nel corso dell'anno l'Ospedale intende approfondire l'analisi del contesto esterno attraverso l'utilizzo di dati oggettivi e soggettivi, disponibili in materia di sicurezza e legalità e, in particolare, di corruzione, al fine di rilevare eventuali criticità che caratterizzano l'ambiente nel quale l'Ospedale opera e l'identificazione di eventuali specifiche misure.

⁴ Determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015

⁵ Determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015

L'Ospedale Classificato "Villa Salus" di Mestre, appartenente alla Congregazione delle "Suore Mantellate Serve Di Maria", è tra le varie opere educative e assistenziali promosse dalla Congregazione, quella dedicata alla cura e all'assistenza diretta dei malati. Essa attua così il proprio "Carisma" dell'umile servizio; che si ispira costantemente alla Vergine Maria (...), con lo scopo precipuo di fare scuola alle fanciulle del popolo e di dedicarsi alla cura degli infermi. Fedele a questo spirito, la Congregazione nel corso della sua evoluzione ha accettato anche altre forme di apostolato conformi al Carisma." (cost.art. 3)

La missione dell'Ospedale è la cura delle persone nel rispetto della loro dignità e secondo i seguenti principi ispiratori: tutela e difesa della vita in ogni suo istante, dal concepimento alla sua naturale conclusione, la promozione della salute, il recupero delle risorse fisiche compromesse, la migliore assistenza e il massimo comfort per i pazienti.

L'Ospedale fornisce alla comunità servizi terapeutico-assistenziali nell'area chirurgica, internistica e riabilitativa, e servizi diagnostico-polispecialistici perseguendo i seguenti obiettivi:

- l'efficacia e l'appropriatezza delle cure e dell'assistenza tramite un approccio basato sul confronto con le evidenze scientifiche e con le migliori pratiche professionali ed organizzative;
- l'efficienza della gestione al fine di garantire i necessari investimenti per la costante innovazione tecnologica;
- il miglioramento della qualità del servizio prestato all'utenza interna ed esterna e la condivisione degli obiettivi con i portatori di interessi, la formazione continua e la crescita professionale dei propri dipendenti.

La struttura organizzativa dell'Ospedale "Villa Salus" di Mestre è composta da 285 dipendenti e, come si evince dall'Organigramma nominativo e funzionigramma (aggiornato con Delibera del Direttore Generale n. 21 del 23/08/2016), si articola in:

- Consiglio Generale della Congregazione;
- Consiglio di Amministrazione (CdA);
- Direzione (Direzione Generale, Direzione Amministrativa e Direzione Sanitaria);
- Unità Organizzative che afferiscono alle Direzioni.

Tale organizzazione ha dimostrato finora di essere adeguata.

L'Ospedale ha predisposto e divulgato il "Modello organizzativo e di gestione sulla disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche, delle società e delle associazioni anche senza personalità giuridica" (ex d.lgs. 231/01).

Mappatura dei processi a rischio

La mappatura dei processi alle aree di rischio corruzione consente di individuare le categorie di attività amministrative che risultano maggiormente esposte al rischio corruttivo e devono dunque essere necessariamente presidiate.

Il PNA, su indicazione della Legge, identifica alcune aree di rischio obbligatorie rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte, che si riferiscono ai procedimenti di:

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

Tali procedimenti corrispondono alle seguenti aree di rischio obbligatorie:

- processi finalizzati all'acquisizione e alla progressione del personale;
- processi finalizzati all'affidamento di lavori, servizi e forniture nonché all'affidamento di ogni altro tipo di commessa o vantaggio pubblico disciplinato dal d.lgs. 163/2006;
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- processi finalizzati all'adozione di provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

La determina ANAC n.12 del 28 ottobre 2015 ha introdotto le aree di seguito riportate le quali, insieme a quelle definite "obbligatorie", costituiscono le "aree generali":

- contratti pubblici;
- incarichi e nomine;
- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.

Oltre alle "aree generali", sono state suggerite, a titolo esemplificativo e non esaustivo, le seguenti aree specifiche, peculiari del settore sanitario, potenzialmente esposte a rischi corruttivi:

- attività libero professionale e liste di attesa;
- rapporti contrattuali con privati accreditati;
- farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

L'elenco dei processi primari e di supporto dell'Ospedale "Villa Salus" è stato individuato attraverso l'identificazione delle transazioni che generano i conti di bilancio. In questo modo è stato possibile identificare tutte le attività svolte dall'Ospedale.

La mappatura dei processi è stata effettuata attraverso l'individuazione dei processi a cui fanno capo le aree di rischio sopra riportate. Nell'*Allegato 1* si riporta la matrice di correlazione processi e aree di rischio (generali e specifiche).

A seguito della mappatura dei processi a rischio risultano esclusi, rispetto all'elenco fornito da ANAC, le aree a rischio dei "provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario" e "controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni" in quanto non ritenute pertinenti alle attività svolte dall'Ospedale. È stata inoltre esclusa l'area "rapporti contrattuali con privati accreditati" e l'area relativa alle "attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero" in quanto l'Ospedale esternalizza il solo servizio trasporto salme presso una struttura pubblica non gestendo le ulteriori fasi.

6. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

La valutazione del rischio consente l'identificazione, l'analisi e la ponderazione dei rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive.

L'attività di *identificazione* prevede l'individuazione per ciascun processo o fase di processo dei rischi di corruzione. L'attività di identificazione viene effettuata attraverso:

- consultazione e confronto tra i soggetti coinvolti, considerando le specificità del processo e il livello organizzativo in cui il processo si colloca;
- analisi di precedenti giudiziari o disciplinari che hanno interessato l'Ospedale anche considerando i criteri di seguito riportati relativi alla valutazione del livello di rischio.

L'attività viene svolta con il coinvolgimento dei dirigenti per l'area di rispettiva competenza.

L'*analisi del rischio* prevede la *valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto) per giungere alla determinazione del livello di rischio.*⁶

La **probabilità** è valutata attraverso una scala di valori (compresa tra 1 e 5) come di seguito riportata:

Valore	Significato
=1	Improbabile
1 < valore <= 2	Poco probabile
2 < valore <= 3	Probabile
3 < valore <= 4	Molto probabile
4 < valore <= 5	Altamente probabile

Tabella 1. Scala di valutazione del rischio (probabilità)

Il valore complessivo della probabilità è dato dalla media dei valori assunti dai seguenti indici.

⁶ Allegato 1 – PNA 2013

- **Discrezionalità:** indica quanto il processo oggetto di valutazione è vincolato dalla normativa. Si ritiene che minore sia il vincolo posto dalla normativa sul processo svolto, maggiore sia la probabilità di verificarsi di azioni corruttive;
- **Rilevanza esterna:** indica se il processo produce effetti su soggetti esterni all'amministrazione di riferimento. Si ritiene che la probabilità di verificarsi di azioni corruttive sia maggiore nel caso in cui il processo produca effetti su soggetti esterni all'Ospedale;
- **Complessità:** indica l'insieme delle amministrazioni potenzialmente coinvolte nel processo. Si ritiene che maggiore sia il numero di amministrazioni coinvolte nel processo svolto, maggiore sia la probabilità di verificarsi di azioni corruttive;
- **Valore economico:** indica la rilevanza del valore economico con impatto sull'Ente. Si ritiene che maggiore sia il valore economico, maggiore sia la probabilità di verificarsi di azioni corruttive;
- **Frazionabilità:** indica se l'output del processo è ugualmente ottenibile frazionando il processo stesso. Si ritiene che il frazionamento del processo possa consentire di eludere misure che entrano in funzione al verificarsi di determinate soglie dimensionali. Pertanto nel caso in cui il processo risulti frazionabile si ritiene maggiore la probabilità di verificarsi di azioni corruttive.

L'**impatto** è valutato attraverso una scala di valori (compresa tra 1 e 5) come di seguito riportata:

Valore	Significato
=1	Marginale
1 < valore <= 2	Minore
2 < valore <= 3	Soglia
3 < valore <= 4	Serio
4 < valore <= 5	Superiore

Tabella 2. Scala di valutazione del rischio (impatto)

Il valore complessivo dell'impatto è dato dalla media dei valori assunti dai seguenti indici

- **Impatto organizzativo:** indica il peso percentuale del personale impiegato nel processo rispetto al personale impiegato nel singolo servizio (unità organizzativa semplice) competente a svolgere il processo (o la fase di processo di competenza della p.a.). Si ritiene che maggiore sia tale valore, maggiore sia l'impatto che un eventuale azione corruttiva avrebbe nei confronti dell'Azienda;
- **Impatto economico:** indica se negli ultimi 5 anni sono state pronunciate sentenze a carico di dipendenti dell'Ospedale o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti dell'Ospedale per la medesima tipologia di evento o eventi analoghi. Si ritiene che, nel caso in cui siano state pronunciate sentenze negli ultimi 5 anni, l'impatto di un eventuale evento corruttivo sarebbe maggiore;
- **Impatto reputazionale:** indica se nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati su giornali o riviste articoli aventi ad oggetto il medesimo evento o eventi analoghi. Si ritiene che, nel caso in cui siano già stati pubblicati articoli con eventi analoghi, l'impatto di un'azione corruttiva sia maggiore;

- Impatto organizzativo, economico e sull'immagine: indica se il rischio dell'evento si colloca a livello apicale, intermedio o basso. Si ritiene che più alto sia il livello in cui si colloca l'evento, maggiore sia l'impatto di un'eventuale azione corruttiva.

Il valore complessivo del rischio (livello di rischio del processo) è dato dalla moltiplicazione del valore della probabilità e del valore dell'impatto.

La ponderazione del rischio consiste nel considerare il rischio alla luce dell'analisi e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento.⁷

Nella fase di ponderazione i risultati dell'analisi del rischio (valore di probabilità e impatto) sono rappresentati e analizzati con utilizzo della matrice di valutazione dei rischi di seguito riportata.

Valutazione della probabilità		Valutazione dell'impatto					Valore misura del rischio (R)	Ponderazione del Rischio
		1	2	3	4	5		
Altamente probabile	5	5	10	15	20	25	R < 3	Rischio Basso
Molto probabile	4	4	8	12	16	20	3 ≤ R < 10	Rischio Medio
Probabile	3	3	6	9	12	15	R ≥ 10	Rischio Alto
Poco probabile	2	2	4	6	8	10		
Improbabile	1	1	2	3	4	5		
		Non significativo	Minimo	Di minore rilevanza	Rilevante	Molto rilevante		

L'attività di valutazione è stata effettuata sulla base dei processi a rischio identificati a fronte della mappatura riportata in *Allegato 1* e sulla base della metodologia di valutazione dei rischi descritta.

L'attività di valutazione del rischio ha consentito di individuare i processi e le aree maggiormente esposte al rischio corruzione al fine di poter individuare le azioni idonee a diminuire la probabilità del verificarsi di eventi corruttivi. I risultati della valutazione sono riportati in *Allegato 2*.

7. TRATTAMENTO DEL RISCHIO

Il trattamento del rischio è la fase tesa ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi.⁸

Le misure di trattamento del rischio, sulla base di quanto riportato nella determina ANAC n. 12 del 18 ottobre 2015, devono rispondere ai seguenti requisiti:

- efficacia nella neutralizzazione delle cause del rischio;
- sostenibilità economica e organizzativa delle misure;
- adattamento alle caratteristiche specifiche dell'organizzazione.

⁷ Allegato 1 – PNA 2013

⁸ Determinazione ANAC n.12 del 28 ottobre 2015

Inoltre, nel PTPC deve essere riportata un'adeguata programmazione delle misure con indicazione di:

- fasi di attuazione della misura e relative tempistiche;
- soggetto responsabile, ovvero uffici destinati all'attuazione della misura;
- indicatori di monitoraggio e valori attesi.

Le misure di prevenzione, sulla base di quanto indicato nell'aggiornamento del PNA, sono suddivise nelle seguenti categorie:

- *misure generali*, che si caratterizzano per incidere sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione;
- *misure specifiche*, che si caratterizzano per il fatto d'incidere su problemi specifici individuati tramite l'analisi del rischio.

Per ogni processo mappato nelle Aree a Rischio Generali e nelle Aree a Rischio Specifiche sono state definite le relative Misure di Prevenzione con la indicazione di quanto previsto nel PNA.

6.1. MISURE GENERALI

6.1.1. Trasparenza

Come evidenziato nel PNA 2016, *la trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione.*⁹ A tale scopo, l'Autorità raccomanda di rafforzare tale misura nei propri PTPC anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione contenuti in disposizioni vigenti.

In attuazione a quanto sopra, si rimanda al paragrafo 11 e seguenti, specificamente dedicati al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI).

6.1.2. Codici di comportamento

Misura di carattere GENERALE	FASE E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
CODICE DI COMPORTAMENTO	<ul style="list-style-type: none"> • I FASE: verifica della conformità della documentazione interna (guida personale neoassunto, etc...) <i>(da attuare - entro 31/12)</i> • II FASE: eventuale aggiornamento della documentazione interna riportante le norme comportamentali e disciplinari e dei valori e pubblicazione/divulgazione <i>(da attuare - entro 31/12).</i> 	DA ATTUARE	UFFICIO PERSONALE DEL	Documentazione interna aggiornata.

⁹ PNA 2016

Lo strumento dei codici di comportamento è una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in essi contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa. Si tratta di una misura molto diffusa ed apprezzata anche negli altri Paesi europei e l'esperienza internazionale ne consiglia la valorizzazione.¹⁰

L'Ospedale "Villa Salus", nell'ambito della predisposizione del Modello di organizzazione, gestione e controllo della Società previsto dall'art. 6 del decreto legislativo 231/2001 in materia di "Disciplina della responsabilità amministrativa delle persone giuridiche" (adottato dal Consiglio di Amministrazione, in data 20/07/2011), ha predisposto il Codice Etico.

Il Codice Etico definisce ed esplicita i valori ed i principi di comportamento seguiti dall'Ospedale nello svolgimento della propria attività e nei rapporti verso tutti i soggetti con cui entra in relazione ed è rivolto a: componenti degli organi amministrativi e di controllo, dipendenti, collaboratori, fornitori di servizi professionali, e più in generale a tutti coloro che operano in nome e/o per conto dell'Ospedale a qualunque titolo senza distinzioni ed eccezioni.

L'Ospedale ha inoltre predisposto apposita linea guida per il personale neo-assunto ("Guida per il personale neo-assunto" – rev. 04 del 05/02/2013) la quale, oltre a riportare la storia, finalità e organizzazione dell'Ospedale, specifica le norme comportamentali e disciplinari previste per il dipendente e i relativi provvedimenti disciplinari sulla base di quanto definito nel Titolo V del CCNL per il personale dipendente delle strutture sanitarie associate, AIOP, ARIS e FDG.

La documentazione (Codice Etico e Guida per il personale neo-assunto) viene consegnata al dipendente al momento dell'assunzione a fronte della sottoscrizione da parte dello stesso di apposito documento che ne attesta l'avvenuta ricezione. La documentazione è inoltre disponibile nella intranet aziendale.

Inoltre il dipendente, al momento dell'assunzione, sigla apposita dichiarazione attestante l'impegno e l'adesione ai principi e valori dell'ente ("Dichiarazione di impegno ed adesione ai principi e valori dell'ente" – allegato 3.1 della "Procedura per assunzione in servizio diretta nominativa" – rev. 09 del 02/01/2017 in fase di aggiornamento).

Con riferimento ai consulenti libero professionali dell'area sanità, l'Ospedale ha definito apposita linea guida ("Contrattualistica, inserimento e gestione del consulente libero professionale" – Rev. 01 del 30/09/2016) nella quale viene specificato che l'Ufficio Personale è tenuto ad includere nel contratto, tra le altre, apposite clausole dedicate all'obbligo di conoscere le procedure interne, ai Principi 231 (Modello e codice etico), ai principi etici dell'Ente ecclesiastico, all'adesione delle politiche interne e ai sistemi di gestione per la qualità in essere e alla conoscenza del regolamento tecnico organizzativo.

Nel corso dell'anno l'Ospedale Villa Salus intende valutare la conformità della documentazione interna riportante le norme comportamentali e disciplinari a quanto previsto nella normativa e, in particolare, nella delibera ANAC n. 75 del 24 ottobre 2013 recante "*Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001)*".

6.1.3. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio corruzione

¹⁰ Allegato 1 – PNA 2013

La rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Tuttavia, tale misura deve essere considerata in una logica di necessaria complementarietà con altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.¹¹ In tal caso, può essere considerata l'adozione di misure di natura preventiva con effetti analoghi quali ad esempio una maggiore condivisione da parte del dirigente delle modalità operative fra gli operatori, maggiore trasparenza interna e una corretta articolazione dei compiti e delle competenze (l'eventuale mancata realizzazione della rotazione le ragioni devono essere adeguatamente motivate nel PTPC).

Considerando le caratteristiche strutturali e organizzative dell'Ospedale "Villa Salus", al fine di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, si ritiene opportuno adottare misure di controllo interno specifiche compensative alla rotazione. Tali misure saranno previste nei processi che risultano essere maggiormente esposti a rischio corruzione. Per maggiori dettagli si rimanda al paragrafo 6.2 riportante il dettaglio delle misure specifiche definite.

6.1.4. Astensione in caso di conflitto di interessi

Misura di carattere GENERALE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
ASTENSIONE IN CASO DI CONFLITTO DI INTERESSI	<ul style="list-style-type: none"> • I FASE: richiesta compilazione di apposita dichiarazione di non incompatibilità <i>(già attuata)</i> • II FASE: predisposizione di apposita dichiarazione che verrà compilata periodicamente da parte del personale e con la quale lo stesso comunica o conferma l'assenza di variazioni della sua posizione in merito ai carichi pendenti, procedimenti penali e situazioni di incompatibilità <i>(da attuare – entro 31/12)</i> • III FASE: adozione del Codice Etico per il rispetto di valori e principi di comportamento <i>(già attuata)</i> 	DA ATTUARE	UFFICIO DEL PERSONALE	<p>Numero di dichiarazioni di non incompatibilità sottoscritte dal personale.</p> <p>Dichiarazione periodica relativa ad eventuali variazioni.</p> <p>Numero di documenti sottoscritti dal personale attestante l'impegno e l'adesione ai principi e valori dell'ente.</p>

Il conflitto di interessi si realizza quando un interesse privato del dipendente (c.d. interesse secondario) interferisce, anche potenzialmente, con l'interesse pubblico (c.d. interesse primario) che egli deve perseguire.

L'Ospedale "Villa Salus" ha previsto, all'interno del proprio Codice Etico (che costituisce parte integrante del Modello di organizzazione, gestione e controllo della Società previsto dall'art. 6 del

¹¹ PNA 2016

decreto legislativo 231/2001) nell'ambito dei principi di condotta nella gestione dell'ospedale, apposita sezione dedicata alla prevenzione del conflitto di interessi specificando che *“nella conduzione di qualsiasi attività devono sempre evitarsi situazioni ove i soggetti coinvolti siano, o possano anche solo apparire, in conflitto di interesse”*.

Il Codice Etico viene consegnato al dipendente al momento dell'assunzione a fronte della sottoscrizione da parte dello stesso di apposito documento che attesta l'avvenuta ricezione della documentazione. La documentazione è inoltre disponibile nella intranet aziendale.

L'Ospedale ha inoltre predisposto apposita “dichiarazione di non incompatibilità”, la quale viene compilata e sottoscritta dal dipendente al momento dell'assunzione e con la quale lo stesso dichiara eventuali rapporti che intercorrono con altre strutture/studi e che possono generare eventuali situazioni di incompatibilità. Con la dichiarazione inoltre il dipendente *assume formalmente l'impegno di comunicare prontamente eventuali variazioni della sua posizione riguardo alla situazione* in essere al momento dell'assunzione.

Con riferimento ai consulenti libero professionali dell'area sanità, l'Ospedale ha definito apposita linea guida (“Contrattualistica, inserimento e gestione del consulente libero professionale” – rev. 01 del 30/09/2016) nella quale viene specificato l'elenco della documentazione che l'ufficio personale è tenuto a produrre ai fini della stipula del contratto (e di cui lo stesso Ufficio è tenuto a verificarne l'effettiva sottoscrizione), tra cui la dichiarazione di non incompatibilità. La Linea Guida specifica inoltre che, in merito alla verifica di eventuali situazioni di incompatibilità, *ove possibile, viene verificata l'iscrizione attraverso la consultazione degli elenchi pubblici*.

Verrà inoltre predisposta apposita dichiarazione che verrà periodicamente sottoscritta dal personale con la quale lo stesso comunica o conferma l'assenza di eventuali variazioni della sua posizione in merito ai carichi pendenti, procedimenti penali e situazioni di incompatibilità.

6.1.5. Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali

Misura di carattere GENERALE	FASE E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
SVOLGIMENTO DI INCARICHI D'UFFICIO – ATTIVITA' ED INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI	<ul style="list-style-type: none"> • I FASE: adozione del Codice Etico per il rispetto di valori e principi di comportamento <i>(già attuata)</i> • II FASE: richiesta compilazione di apposita dichiarazione di non incompatibilità <i>(già attuata)</i> • III FASE: predisposizione di apposita dichiarazione che verrà compilata periodicamente da parte del personale e con la quale lo stesso comunica o conferma l'assenza di variazioni della sua posizione in merito ai carichi pendenti, procedimenti penali e situazioni di incompatibilità <i>(da attuare – entro 31/12)</i> 	DA ATTUARE	UFFICIO DEL PERSONALE	<p>Numero di documenti sottoscritti dal personale attestante l'impegno e l'adesione ai principi e valori dell'ente.</p> <p>Numero di dichiarazioni di non incompatibilità sottoscritte dal personale.</p> <p>Dichiarazione periodica relativa ad eventuali variazioni.</p>

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.¹²

La misura consiste nell'adozione di criteri generali al fine di disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi istituzionali e extra – istituzionali che comprendano (nel caso di attribuzione al dipendente di ulteriori incarichi extra – istituzionali, a titolo gratuito...) un'attività di valutazione di tutti i profili di conflitto di interesse, anche di quelli potenziali.

In merito alle misure attuate dall'Ospedale "Villa Salus" si rinvia a quanto riportato al paragrafo 6.1.4 in merito alla misura di astensione in caso di conflitto di interessi.

6.1.6. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti/ Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Misura di carattere GENERALE	FASE E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
CONFERIMENTO DI INCARICHI DIRIGENZIALI IN CASO DI PARTICOLARI ATTIVITA' O INCARICHI PRECEDENTI/ INCOMPATIBILITA' SPECIFICHE PER POSIZIONI DIRIGENZIALI	<ul style="list-style-type: none"> • I FASE: compilazione di apposita dichiarazione di non incompatibilità (già attuata) • II FASE: compilazione di apposita dichiarazione ai sensi del D.lgs. 39/2013 (inconferibilità) (da attuare - entro 31/12) • III FASE: predisposizione di apposita dichiarazione che verrà compilata periodicamente da parte del personale e con la quale lo stesso comunica o conferma l'assenza di variazioni della sua posizione in merito ai carichi pendenti, procedimenti penali e situazioni di incompatibilità (da attuare - entro 31/12) 	DA ATTUARE	UFFICIO PERSONALE DEL	<p>Numero di dichiarazioni di non incompatibilità e inconferibilità sottoscritte dal personale.</p> <p>Dichiarazione periodica relativa ad eventuali variazioni.</p>

Il d.lgs. n. 39 del 2013 (disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico), in un'ottica di prevenzione, ha disciplinato:

- *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 di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.¹³*

In particolare, il d.lgs. n. 39 del 2013 ha sancito ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali:

¹² Allegato 1 PNA 2013

¹³ Allegato 1 PNA 2013

- a soggetti che siano destinatari di sentenze di condanna per reati contro la pubblica amministrazione;
- a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- a componenti di organi di indirizzo politico.

Le ipotesi di incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali riguardano, invece:

- incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni nonché lo svolgimento di attività professionale;
- incompatibilità tra incarichi nelle pubbliche amministrazioni e negli enti privati in controllo pubblico e cariche di componenti di organi di indirizzo politico.
-

A differenza delle cause di inconferibilità, che comportano una preclusione all'assunzione dell'incarico dirigenziale, le cause di incompatibilità possono essere rimosse mediante la rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge considera incompatibili tra loro.

In attuazione delle misure sarà prevista da parte del personale dirigenziale la compilazione di apposita dichiarazione in merito all'insussistenza di alcuna delle cause di inconferibilità e incompatibilità previste dalla normativa, con obbligo di comunicazione tempestiva di eventuali variazioni successivamente intervenute.

L'Ospedale ha predisposto apposita "dichiarazione di non incompatibilità", la quale viene compilata e sottoscritta dal dipendente al momento dell'assunzione e con la quale lo stesso dichiara eventuali rapporti che intercorrono con altre strutture/studi e che possono generare eventuali situazioni di incompatibilità. Con la dichiarazione inoltre il dipendente *assume formalmente l'impegno di comunicare prontamente eventuali variazioni della sua posizione riguardo alla situazione in essere al momento dell'assunzione.*

Con riferimento ai consulenti libero professionali dell'area sanità, l'Ospedale ha definito apposita linea guida ("Contrattualistica, inserimento e gestione del consulente libero professionale" – Rev. 01 del 30/09/2016) nella quale viene specificato l'elenco della documentazione che l'ufficio personale è tenuto a produrre ai fini della stipula del contratto (e di cui lo stesso Ufficio è tenuto a verificarne l'effettiva sottoscrizione), tra cui la dichiarazione di non incompatibilità (Allegato 3 della Linea Guida). La Linea Guida specifica inoltre che, in merito alla verifica di eventuali situazioni di incompatibilità, *ove possibile, viene verificata l'iscrizione attraverso la consultazione degli elenchi pubblici.*

6.1.7. Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

Misura di carattere GENERALE	FASE E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
SVOLGIMENTO DI ATTIVITA' SUCCESSIVA ALLA CESSAZIONE DEL RAPPORTO DI LAVORO	<ul style="list-style-type: none"> • I FASE: inserimento nei contratti di assunzione di apposita clausola relativa al divieto di prestare, per i tre anni successivi alla conclusione dell'attività lavorativa, attività lavorativa nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con rapporto decisionale (<i>da attuare – entro 31/12</i>) • Il FASE: inserimento nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ospedale nel triennio successivo alla cessazione del rapporto (<i>da attuare – entro 31/12</i>) 	DA ATTUARE	UFFICIO DEL PERSONALE/UFFICIO ACQUISTI	Verifica per un campione di bandi e contratti della presenza delle condizioni indicate.

La legge n.190/2012 ha considerato l'ipotesi che il dipendente pubblico possa sfruttare la posizione acquisita durante il periodo di servizio per preconstituire delle condizioni favorevoli al futuro ottenimento di incarichi presso le imprese o i privati con i quali è entrato in contatto durante lo svolgimento della sua attività amministrativa.

La direttiva interessa in particolare coloro che hanno la possibilità di influenzare atti amministrativi che riguardano gli interessi di soggetti esterni all'amministrazione ed è finalizzata a contenere il rischio di manifestarsi di eventi corruttivi connessi all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

In attuazione della misura sarà previsto l'inserimento nei contratti di assunzione del personale della clausola che prevede il divieto di prestare, per i tre anni successivi alla conclusione del rapporto di lavoro, attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o autonomo) nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con rapporto decisionale del dipendente.

Verrà inoltre previsto l'inserimento nei bandi di gara o nei atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, della condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'Ospedale nel triennio successivo alla cessazione del rapporto.

Verrà inoltre prevista l'adozione di apposita dichiarazione di inconferibilità comprensiva di una condizione soggettiva di non aver esercitato negli ultimi tre anni poteri autoritativi o negoziali presso le pubbliche amministrazioni che hanno fornito attività lavorativa all'Ospedale. La dichiarazione dovrebbe essere compilata dal dipendente al momento dell'assunzione e verificata dall'Ufficio personale¹⁴.

¹⁴ D.lgs. 39/2013

6.1.8. Commissioni, assegnazioni uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione

Misura di carattere GENERALE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
COMMISSIONI, ASSEGNAZIONI UFFICI E CONFERIMENTO DI INCARICHI IN CASO DI CONDANNA PER DELITTI CONTRO LA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: adozione di specifiche procedure contenente i criteri per il conferimento degli incarichi <i>(già attuata)</i> III FASE: predisposizione di apposita dichiarazione che verrà compilata periodicamente da parte del personale e con la quale lo stesso comunica o conferma l'assenza di variazioni della sua posizione in merito ai carichi pendenti, procedimenti penali e situazioni di incompatibilità <i>(da attuare – entro 31/12)</i> 	DA ATTUARE	UFFICIO DEL PERSONALE	<p>Numero di certificati penali/ carichi pendenti</p> <p>Dichiarazione di comunicazione di eventuali variazioni relative ai carichi pendenti e procedimenti penali.</p>

Con la legge n.190/2012 sono state introdotte delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento dell'individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. In particolare è stato introdotto il divieto, a coloro che sono stati condannati (anche con sentenza non definitiva) per reati contro la pubblica amministrazione di assumere i seguenti incarichi:

- far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici.

L'Ospedale "Villa Salus" ha predisposto apposita procedura per l'assunzione in servizio del personale dell'area sanitaria ed amministrativa, in particolare personale della dirigenza medica, non medica e del comparto (ruolo sanitario e amministrativo) ("Procedura per assunzione in servizio diretta nominativa" – rev. 09 del 02/01/2017) e una procedura dedicata ai consulenti libero professionali dell'area sanità, ("Contrattualistica, inserimento e gestione del consulente libero professionale" – rev. 01 del 30/09/2016) nelle quali viene specificato l'elenco della documentazione per l'assunzione in servizio/ stipula del contratto, tra cui:

- Certificato Penale (rilasciato dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale);
- Certificato dei Carichi Pendenti (rilasciato dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale).

In particolare, con riferimento ai consulenti libero professionali dell'area sanità, la procedura specifica inoltre che l'Ufficio personale è tenuto a controllare, presso gli enti competenti, la documentazione relativa ai carichi pendenti e procedimenti penali in corso presso la procura e che, *qualora vi fossero procedimenti penali in corso ovvero condanne penali, l'Ospedale si riserva la*

facoltà di valutare se proseguire la collaborazione qualora il procedimento o il reato sia tale che, per la natura e la qualità del rapporto, dell'oggetto delle mansioni e del grado di affidamento che esse richiedono, l'eventuale procedimento penale noto e/o condanna siano suscettibili di porre in dubbio la futura correttezza della prestazione.

Verrà inoltre predisposta apposita dichiarazione che verrà periodicamente sottoscritta dal personale con la quale lo stesso comunica o conferma l'assenza di eventuali variazioni della sua posizione in merito ai carichi pendenti, procedimenti penali e situazioni di incompatibilità.

6.1.9. Whistleblowing

Misura di carattere GENERALE	FASE E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
WHISTLEBLOWING	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: adozione delle Linee Guida per la tutela del whistleblower (da attuare - entro 31/12). II FASE: attivazione di un canale riservato per la trasmissione delle segnalazioni (e-mail) (da attuare - entro 31/12) 	DA ATTUARE	UFFICIO DEL PERSONALE/ SERVIZIO SISTEMI INFORMATIVI	<p>Comunicazione ai dipendenti relativa all'attivazione di apposito canale dedicato alle segnalazioni e all'adozione di apposite Linee Guida a tutela del whistleblower</p> <p>Numero di segnalazioni gestite.</p>

La segnalazione di eventuali anomalie o della possibilità di rischio corruzione consente in modo efficace di contrastare eventuali eventi corruttivi. La legge n. 190/2012 ha introdotto il principio di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti. La normativa prevede che il dipendente che effettua segnalazione di eventuali anomalie e possibilità di rischio corruzione non può essere sottoposto a misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro (ad esempio azioni disciplinari ingiustificate, molestie sul luogo di lavoro) e non può essere sanzionato/licenziato.

Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante (whistleblower) non può essere rivelata se non nei seguenti specifici casi:

- consenso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione
- la contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, e la conoscenza dell'identità è assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.

Le componenti che riguardano l'attuazione della misura potrebbero essere:

- l'adozione di apposite linee guida per la tutela del whistleblower;
- l'attivazione di apposito canale riservato alla trasmissione delle segnalazioni.

6.1.10. Formazione

Misura di carattere GENERALE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
FORMAZIONE	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: corsi formativi di base (per tutto il personale) e corsi formativi specifici per il personale impiegato nei settori ad alto rischio corruzione (da attuare - entro 31/12) 	DA ATTUARE	UFFICIO DEL PERSONALE/ UFFICIO FORMAZIONE	Numero di partecipanti ai corsi di formazione generali e specifici

La determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 sottolinea la centralità della formazione affermando la necessità di *una formazione più mirata, in primo luogo, relativamente alla individuazione delle categorie di destinatari, che peraltro, non può prescindere da una responsabilizzazione delle amministrazioni e degli enti sulla scelta dei soggetti da formare e su cui investire prioritariamente; in secondo luogo, in relazione ai contenuti.*

La formazione deve riguardare tutti i soggetti che partecipano alla formazione e all'attuazione delle misure e tutte le diverse fasi di gestione del rischio (dall'analisi del contesto esterno/interno all'attività di monitoraggio delle misure).

Le azioni che verranno attuate dall'Ospedale prevedono la predisposizione e attuazione di attività formative generali per tutto il personale dipendente al fine di diffondere i valori etici e della legalità e l'attivazione di percorsi di formazione specifici per tutti i dipendenti impiegati nei settori ad alto rischio corruzione. L'attività formativa, come previsto dal PNA, sarà orientata al personale operante nelle aree/attività che, sulla base delle valutazioni effettuate, risultano essere maggiormente esposte a rischio corruzione. Tale attività formativa dovrà essere predisposta con le seguenti cadenze:

- al momento dell'assunzione/ attribuzione di un nuovo incarico all'interno delle aree ad alto rischio corruzione;
- periodicamente, almeno una volta all'anno, sulla base dell'evoluzione della normativa e delle leggi in tema di corruzione.

6.1.11. Patti di Integrità

Misura di carattere GENERALE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
PATTI DI INTEGRITA'	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: valutazione ed eventuale aggiornamento del contenuto dei contratti e delle convenzioni (da attuare - entro 31/12). 	DA ATTUARE	UFFICIO ACQUISTI/ UFFICIO DEL PERSONALE	Documentazione relativa a contratti e convenzioni aggiornata.

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni nel caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di

comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.¹⁵

Tra le azioni che saranno attuate vi è l'adozione di apposite direttive per la predisposizione e l'utilizzo dei patti di integrità che prevedano l'inserimento nei documenti contrattuali e nelle convenzioni di apposite clausole di recepimento di quanto previsto dai Patti.

6.1.12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Misura di carattere GENERALE	FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA' CIVILE	<ul style="list-style-type: none"> • I FASE: attivazione di un canale dedicato alle eventuali segnalazioni dall'esterno (URP) (già attuata) • II FASE: creazione di apposita sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web aziendale (da attuare - entro 31/01) • III FASE: pubblicazione del P.T.P.C. (da attuare - entro 31/01) 	DA ATTUARE	RESPONSABILE PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE/ SERVIZIO SISTEMI INFORMATIVI	Creazione della sezione "Amministrazione Trasparente" e pubblicazione del P.T.P.C.

Poiché uno degli obiettivi strategici principali dell'azione di prevenzione della corruzione è quello dell'emersione dei fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni corruttivi, è particolarmente importante il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza. In questo contesto, si collocano le azioni di sensibilizzazione, che sono volte a creare dialogo con l'esterno per implementare un rapporto di fiducia e che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo chiave in questo contesto può essere svolto dagli U.R.P., che rappresentano per missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza.¹⁶

Tra le azioni che saranno attuate al fine di promuovere la cultura della legalità vi è la pubblicazione in apposita sezione del portale dedicata al tema della trasparenza del presente Piano e l'attivazione di appositi canali dedicati alla segnalazione dall'esterno di episodi di cattiva amministrazione e corruzione, attraverso ad esempio l'adozione di specifiche direttive per l'URP.

L'Ospedale "Villa Salus" ha istituito apposito Ufficio Relazioni con il Pubblico, il quale risponde gerarchicamente al Direttore Sanitario ed è dedicato alla ricezione delle segnalazioni e reclami, alla verifica della fondatezza degli stessi, alla classificazione della segnalazione e alla risposta alle stesse in coordinamento con il Direttore Generale. Sul sito web dell'Ospedale, all'interno della sezione "Servizi all'utenza", è stato predisposto apposito link contenente i riferimenti dell'URP, apposito modello standard per la presentazione delle segnalazioni e l'elenco delle modalità di invio delle segnalazioni.

Inoltre, l'Ospedale "Villa Salus" intende creare apposita sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale dedicata al tema trasparenza, denominata "Amministrazione Trasparente"

¹⁵ Allegato 1 – PNA 2013

¹⁶ Allegato 1 – PNA 2013

(secondo quanto previsto dal d.lgs. 33/2013 art. 9), accessibile a chiunque e contenente le informazioni oggetto di pubblicazione, tra cui il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza.

6.2. MISURE SPECIFICHE

Nell'ambito del processo di identificazione delle misure di mitigazione del rischio sono state individuate delle misure specifiche per ciascun processo, idonee a mitigare i rischi che caratterizzano in particolare le attività maggiormente esposte a rischio corruzione. La fase di ricognizione delle misure specifiche di mitigazione del rischio ha previsto il coinvolgimento degli uffici coinvolti nella gestione del processo in quanto gli stessi sono i soggetti più idonei ad identificare le misure correttive degli eventi rischiosi che caratterizzano le attività da loro poste in essere.

Le misure specifiche verranno riportate in apposita colonna all'interno di ciascuna matrice di processo, con indicazione delle fasi e dei tempi di attuazione, del soggetto responsabile e degli indicatori di monitoraggio.

Inoltre, in *Allegato 3* si riportano alcune misure specifiche ulteriori identificate per le fasi ritenute maggiormente esposte a rischio con riferimento ai seguenti processi, che presentano gli indicatori di rischio più elevati (vedi *Allegato 2*), in particolare:

- “Gestione acquisto di beni e servizi”;
- “Gestione acquisto dei servizi in outsourcing”;
- “Gestione processo di generazione e chiusura di bilancio”.

8. MONITORAGGIO SULL'ATTUAZIONE DEL PTPC

Il RPCT procederà annualmente al monitoraggio sulla corretta applicazione delle misure definite nel PTPC entro le tempistiche previste. L'attuazione delle misure di prevenzione dovrà risultare da evidenze documentali e gli esiti del monitoraggio devono essere evidenziati in apposita Relazione sull'attività svolta e sui risultati conseguiti. La Relazione deve essere predisposta entro il 15 dicembre di ogni anno¹⁷ e pubblicata in apposita sezione del portale dedicata al tema della trasparenza.

9. COMUNICAZIONE DEL PIANO

L'Ospedale “Villa Salus”, al fine di favorire la diffusione della conoscenza del presente Piano e delle misure in esso contenute, invierà appositi inviti a prendere visione del Piano al personale e ai collaboratori dell'Ospedale. Inoltre, a fronte della costituzione di nuovi rapporti di lavoro o di collaborazione, ciascun soggetto provvederà a sottoscrivere apposita dichiarazione di presa visione del Piano e di impegno a rispettare le disposizioni e i principi in esso contenuti.

¹⁷ L. 190/2012 – art. 14

L'Ospedale provvederà inoltre a pubblicare in apposita sezione del portale dedicata al tema della trasparenza il presente Piano (e i successivi aggiornamenti) e a darne notizia con apposito comunicato sulla homepage.

10. AGGIORNAMENTO DEL PIANO

La legge n. 190/2012 specifica che il RPCT provveda *“alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione”*.

Come indicato nel paragrafo 0, entro il 31 gennaio, il Piano deve essere aggiornato. L'aggiornamento può inoltre avvenire nel corso dell'anno nel caso di:

- modifica della l.190/2012 e dei decreti attuativi;
- eventuali norme giuridiche e tecniche sopravvenute in materia di gestione del rischio corruzione (compresi eventuali nuovi o ulteriori aggiornamenti del Piano Nazionale Anticorruzione);
- eventuali leggi e regolamenti che modificano le competenze e le attività dell'Ospedale “Villa Salus”;
- eventuale rilevazione, in sede di verifiche e monitoraggi, di aree di rischio e/o tipologie di rischi non considerati precedentemente.

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per la prima adozione del PTPC.

Al fine di coinvolgere maggiormente i cittadini, gli utenti, i propri collaboratori e le organizzazioni portatrici di interessi (stakeholder), l'Ospedale intende adottare in vista del prossimo aggiornamento del Piano apposita procedura di consultazione preventiva del Piano stesso e delle misure di prevenzione del rischio individuate. La procedura verrà resa pubblica sul sito web istituzionale in apposita sezione del portale dedicata al tema della trasparenza attraverso la pubblicazione dei documenti oggetto di consultazione, con moduli specifici deputati alla raccolta delle osservazioni.

11. IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'

Il PNA 2016 ribadisce che *la trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali (cfr. § 1) in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica*¹⁸.

Inoltre, il d.lgs. 97/2016 ha apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza tra i quali la modifica dell'ambito oggettivo di applicazione del d.lgs. 33/2013 prevedendo, tra le altre, l'applicazione della normativa *“alle associazioni, alle fondazioni e agli enti di diritto privato, anche privi di personalità giuridica, con bilancio superiore a cinquecentomila euro, che esercitano funzioni amministrative, attività di produzione di beni e servizi a favore delle amministrazioni pubbliche o di gestione di servizi pubblici”*.

¹⁸ PNA 2016

Nella presente sezione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC) è riportato il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2016-2018 (PTTI) nel quale l'Ospedale "Villa Salus" riporta le iniziative volte a garantire un adeguato livello di trasparenza in attuazione del d.lgs. n. 33/2013, del Piano nazionale anticorruzione (PNA) e successivi aggiornamenti.

Nel Programma vengono individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa al fine di assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, co. 3 del d.lgs. n. 33/2013.

11.1. IL PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA

Il presente Programma è stato proposto ed elaborato dal RPCT dell'Ospedale "Villa Salus" attraverso le seguenti attività:

- individuazione degli obblighi di trasparenza sull'organizzazione e sull'attività dell'Ospedale previsti dal d.lgs. 33/2013 e da fonti normative ulteriori;
- individuazione degli uffici responsabili dell'elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati;
- definizione della tempistica per la pubblicazione, l'aggiornamento e il monitoraggio.

Oltre ai dati la cui pubblicazione è obbligatoria per legge, nella predisposizione del Programma sono stati inoltre considerati i cd. "dati ulteriori", ovvero i dati individuati dall'Ospedale "Villa Salus" in ragione delle proprie specificità funzionali e organizzative. La determina ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 specifica infatti che la trasparenza *"è fondata su obblighi di pubblicazione previsti per legge ma anche su ulteriori misure di trasparenza che ogni ente, in ragione delle proprie caratteristiche strutturali e funzionali, dovrebbe individuare in coerenza con le finalità della l. 190/2012"*. A tal fine, la Determina stessa raccomanda di inserire il *Programma per la trasparenza all'interno del PTPC, come specifica sezione*. L'integrazione deve essere intesa come prassi da perseguire al fine di consolidare il collegamento strategico e funzionale tra le misure previste dai due strumenti.

11.2. COMUNICAZIONE DEL PROGRAMMA

Il presente Programma e gli eventuali successivi aggiornamenti saranno pubblicati in apposita sezione del portale dedicata al tema della trasparenza e attraverso la pubblicazione di apposito comunicato nella homepage.

11.3. IL PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

Il rispetto della misura di trasparenza ai sensi del d.lgs. 33/2013 è basato sulla responsabilizzazione di ogni ufficio e dei relativi responsabili cui competono l'elaborazione dei dati e delle informazioni, la trasmissione e pubblicazione degli stessi. Sulla base di quanto specificato dall'ANAC¹⁹ *"per le attività connesse all'attuazione del Programma il RT si raccorda con i dirigenti degli uffici, competenti per materia, obbligati a fornire i dati necessari a garantire il costante aggiornamento della Sezione "Amministrazione trasparente"*, il R.P.C.T. è tenuto a coordinare e monitorare l'effettiva pubblicazione dei dati e delle informazioni secondo quanto previsto dalla normativa.

¹⁹ Delibera ANAC n. 17 del 11 febbraio 2015

I soggetti cui compete l'elaborazione e la trasmissione dei dati e delle informazioni sono:

- uffici titolari dell'informazione oggetto di pubblicazione. Tali soggetti hanno il compito di inserire e aggiornare tempestivamente i dati di competenza con una delle seguenti modalità:
 - utilizzo di procedure informatiche che consentono la pubblicazione diretta del dato nel portale in apposita sezione dedicata al tema della trasparenza;
 - trasmissione telematica dell'informazione in uno dei formati aperti al Servizio Sistemi Informativi, struttura competente all'aggiornamento e manutenzione del portale, che provvederà successivamente alla pubblicazione;
- Servizio Sistemi Informativi / Ufficio Qualità, responsabili dell'aggiornamento dei contenuti del portale e della sezione dedicata al tema trasparenza, i quali provvedono ad indirizzare e supportare le strutture nell'attività di pubblicazione dei dati richiesti. Tale Servizio collabora con il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza nell'attività di monitoraggio sugli adempimenti degli obblighi di pubblicazione in capo a ciascun ufficio; il Servizio Sistemi Informativi è inoltre responsabile della progettazione, dello sviluppo e della manutenzione del portale e dell'infrastruttura tecnologica che consente alle strutture di pubblicare le informazioni di propria competenza in apposita sezione dedicata al tema trasparenza. Il Servizio assicura un supporto costante agli utenti nell'utilizzo degli applicativi dedicati alla pubblicazione;
- Gruppo Gestione Sito Internet, il quale valuta e approva le proposte di modifiche e aggiunte al sito web istituzionale;
- Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza, il quale predispone il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e verifica l'attuazione delle misure previste dal Programma attraverso attività di coordinamento e monitoraggio.

L'Ospedale "Villa Salus" ha predisposto apposita procedura volta a definire le modalità di aggiornamento del sito web istituzionale ("Comunicazione degli aggiornamenti al sito web istituzionale" – rev. 03 del 24/06/2016).

Sulla base dell'art. 15 della L.R. 23/2012, l'Ospedale "Villa Salus" ha pubblicato sul proprio sito internet i bilanci annuali e apposito documento riportante il dettaglio di quanto percepito dalla pubblica amministrazione nel corso degli ultimi cinque anni. Tale Legge prevede che tutte le strutture operanti nel territorio della Regione che siano destinatarie di pubblici finanziamenti o convenzioni con la pubblica amministrazione, in base alle quali erogano dei servizi, hanno l'obbligo di rendere pubblico quanto percepito.

Inoltre, come riportato nei paragrafi 9 e 3111.2, sarà pubblicato in apposita sezione del portale dedicata al tema della trasparenza il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma triennale della trasparenza e l'integrità. L'Ospedale valuterà nel corso dell'anno la pubblicazione di ulteriori dati anche in considerazione di specifiche Linee guida che verranno emanate dall'ANAC di modifica della delibera ANAC n. 8/2015²⁰.

La qualità delle informazioni pubblicate deve essere garantita *assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità e la facile accessibilità*. Inoltre, *i documenti, le informazioni e i dati dovranno essere*

²⁰ Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016

pubblicati in formato di tipo aperto. Inoltre, i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente saranno pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali²¹. Dopo tali termini, la trasparenza è assicurata attraverso la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico.

L'attività di monitoraggio e vigilanza del rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa, come previsto dall'art. 43 del d.lgs. n. 33/2013, viene svolta dal RPCT attraverso la verifica della sezione del portale dedicata al tema trasparenza e si occuperà dell'aggiornamento annuale dello stato di avanzamento del PTI.

L'attività di monitoraggio consentirà di verificare la completezza delle informazioni pubblicate e l'accuratezza delle stesse in termini di comprensibilità e accessibilità. A tal fine verrà valutata la qualità delle informazioni oggetto di pubblicazione facendo riferimento a questi criteri:

- % di dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" rispetto agli obblighi;
- % completezza delle informazioni pubblicate rispetto a quanto previsto dalla normativa;
- % di dati aggiornati rispetto al totale dei dati pubblicati
- % dati pubblicati con formato aperto rispetto al totale dei dati pubblicati.

11.4. AGGIORNAMENTO DEL PROGRAMMA

L'aggiornamento del Programma viene svolta annualmente entro il 31 gennaio. Tuttavia nel corso dell'anno il RPCT, nel caso di modifiche organizzative o funzionali, può presentare proposte di aggiornamento del Programma stesso al fine di migliorare il livello di trasparenza dell'Ospedale.

11.5. ACCESSO CIVICO

Per accesso civico si intende il diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione. Secondo quanto previsto dal d.lgs. 33/2013 (art. 5 comma 3), tale richiesta non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non richiede motivazione ed è gratuita (salvo il rimborso del costo sostenuto e documentato per la riproduzione). La richiesta può essere indirizzata a uno dei seguenti uffici:

- ufficio detentore di dati, informazioni, documenti;
- ufficio relazioni con il pubblico o qualsiasi altro ufficio riportato nella sezione del portale dedicata al tema della trasparenza;
- al Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza.

Il procedimento di accesso civico, secondo quanto previsto dalla normativa²² deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di trenta giorni dalla presentazione dell'istanza con la comunicazione al richiedente e agli eventuali controinteressati e, in caso di accoglimento,

²¹ Art. 6-7-8 del D.lgs. 33/2013

²² Art. 5 comma 6 del D.lgs. 33/2013



l'amministrazione provvede a trasmettere tempestivamente al richiedente i dati o i documenti richiesti e, nel caso in cui i dati siano oggetto di pubblicazione, a procedere con la pubblicazione degli stessi comunicando al richiedente l'avvenuta pubblicazione, indicandogli il relativo collegamento ipertestuale.

Allegato 2- Piano triennale di prevenzione della corruzione e programma triennale della trasparenza 2017 / 2019 - Valutazione del rischio di processo

PROCESSO		PROBABILITA'						IMPATTO					Valutazione complessiva del rischio			
ID Processo	Nome Processo	Discrezionalità	Rilevanza esterna	Complessità	Valore economico	Frazionabilità	Valore totale	Impatto organizzativo	Impatto economico	Impatto reputazionale	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	Valore totale				
PROCESSI MAPPATI CON AREE DI RISCHIO																
01	Gestione acquisto di beni e servizi	2	5	1	5	5	3,6	Molto Probabile	4	1	4	5	3,5	Serio	12,6	Rischio Alto
02	Gestione acquisto dei servizi in outsourcing	2	5	1	5	5	3,6	Molto Probabile	4	1	4	5	3,5	Serio	12,6	Rischio Alto
C	Gestione attività specialistica e di ricovero in regime di LPI	2	5	1	3	5	3,2	Molto Probabile	2	1	4	3	2,5	Soglia	8	Rischio Medio
03	Gestione e trattamento giuridico ed economico del personale dipendente e non dipendente	2	5	5	3	1	3,2	Molto Probabile	2	1	4	3	2,5	Soglia	8	Rischio Medio
04	Gestione formazione interna ed esterna del personale	5	5	1	3	5	3,8	Molto Probabile	2	1	4	3	2,5	Soglia	9,5	Rischio Medio
05	Gest. e svilup. patrimonio mobiliare,immobiliare,impiantistico	2	5	1	5	5	3,6	Molto Probabile	4	1	2	3	2,5	Soglia	9	Rischio Medio
08	Gestione del contenzioso	3	5	1	5	1	3	Probabile	2	1	1	5	2,25	Soglia	6,75	Rischio Medio
09	Gestione del magazzino	3	5	1	2	5	3,2	Molto Probabile	3	1	1	2	1,75	Minore	5,6	Rischio Medio
10	Gestione di cassa	3	5	1	3	5	3,4	Molto Probabile	1	1	1	3	1,5	Minore	5,1	Rischio Medio
11	Gestione tesoreria	3	5	1	3	5	3,4	Molto Probabile	1	1	1	3	1,5	Minore	5,1	Rischio Medio
D	Gestione altre prestazioni	2	5	1	3	1	2,4	Probabile	3	1	1	3	2	Minore	4,8	Rischio Medio
A	Gestione prestazioni di ricovero in SSN	2	5	1	3	1	2,4	Probabile	3	1	1	3	2	Minore	4,8	Rischio Medio
B	Gestione prestazioni di specialistica ambulatoriale	2	5	1	3	1	2,4	Probabile	3	1	1	3	2	Minore	4,8	Rischio Medio
ULTERIORI PROCESSI A RISCHIO																
07	Gestione processo di generazione e chiusura di bilancio	2	5	5	5	5	4,4	Altamente probabile	4	1	1	5	2,75	Soglia	12,1	Rischio Alto

Allegato 3 - Piano triennale di prevenzione della corruzione e programma triennale della trasparenza 2017 / 2019 – Misure specifiche ulteriori

ID Processo	Descrizione processo	ID Fase	Descrizione Fase	RISCHIO	MISURA (FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE)	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
01	Gestione acquisto di beni e servizi	01.01	Raccolta delle necessità	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno al fine di ottenere benefici/favori in fase di definizione del fabbisogno 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: predisposizione di una richiesta scritta, motivata e siglata da parte degli uffici che richiedono l'acquisto di beni/servizi <i>(già attuata)</i> II FASE: segregazione dei compiti tra il soggetto che predispone la richiesta e il soggetto che effettua la valutazione/ selezione del fornitore <i>(già attuata)</i> 	ATTUATA	MAGAZZINO FARMACEUTICO / UFFICIO ACQUISTI	<p>Richieste di Acquisto compilate e firmate ed eventuale documentazione a supporto</p> <p>Verifica segregazione dei compiti tra il soggetto che predispone la richiesta di acquisto e il soggetto che valuta / seleziona il fornitore</p>
		01.02	Gestione selezione e aggiudicazione / scelta del fornitore	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno per la formulazione di criteri di aggiudicazione non chiari/eccessivamente discrezionali al fine di avvantaggiare determinati soggetti Pressione al soggetto preposto alla valutazione dell'offerta al fine di favorire determinati soggetti Pressione al soggetto preposto alla scelta del fornitore a seguito del consolidarsi di rapporti professionali (mancata rotazione del personale) 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: formalizzazione dettagliata delle valutazioni tecniche ed economiche effettuate relative alle offerte ricevute <i>(già attuata)</i> II FASE: valutazione dei criteri di scelta del fornitore da parte di un soggetto terzo (Direzione Generale) per gli affidamenti maggiormente significativi in termini di importo <i>(da attuare - entro 31/12)</i> 	DA ATTUARE	MAGAZZINO FARMACEUTICO / UFFICIO ACQUISTI/ DIREZIONE GENERALE	<p>Documentazione a supporto della valutazione / selezione del fornitore</p> <p>Documentazione a supporto della valutazione dei criteri di scelta del fornitore da parte della Direzione Generale</p>
		01.03	Business Performance Review	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno al fine di effettuare acquisti in corso d'anno volti a favorire gli interessi di determinati soggetti contrari agli interessi dell'azienda / ledendo i diritti di altri soggetti 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: analisi e valutazione periodica degli acquisti effettuati <i>(da attuare - entro 31/12)</i> 	DA ATTUARE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA / DIREZIONE GENERALE	<p>Documentazione a supporto delle analisi e valutazioni svolte</p>

ID Processo	Descrizione processo	ID Fase	Descrizione Fase	RISCHIO	MISURA (FASI E TEMPI DI ATTUAZIONE)	STATO DI ATTUAZIONE	SOGGETTO/I RESPONSABILE/I	INDICATORI DI MONITORAGGIO
02	Gestione acquisto dei servizi in outsourcing	02.01	Raccolta delle necessità	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno al fine di ottenere benefici/favori in fase di definizione del fabbisogno 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: segregazione tra il soggetto che gestisce la trattativa per la selezione del fornitore e il soggetto che sigla del contratto sottoscritto con il fornitore (<i>già attuata</i>) Il FASE: firma del contratto di acquisto da parte di un soggetto terzo (Direttore Generale o suo delegato) - (<i>già attuata</i>) 	ATTUATA	UFFICIO ACQUISTI / DIREZIONE GENERALE	Contratto sottoscritto dal Direttore Generale (o suo delegato)
		02.02	Gestione selezione e aggiudicazione / scelta del fornitore	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno per la formulazione di criteri di aggiudicazione non chiari al fine di avvantaggiare determinati soggetti 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: monitoraggio periodico delle attività di richiesta e valutazione delle offerte nel processo di selezione del fornitore (<i>da attuare - entro 31/12</i>) 	DA ATTUARE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA	Documentazione a supporto dell'attività di monitoraggio periodica svolta
		02.03	Aggiudicazione/scelta del fornitore	<ul style="list-style-type: none"> Pressione al soggetto preposto alla valutazione dell'offerta al fine di favorire determinati soggetti 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: formalizzazione dettagliata delle valutazioni tecniche ed economiche effettuate relative alle offerte ricevute (<i>già attuata</i>) Il FASE: valutazione dei criteri di scelta del fornitore da parte della Direzione Generale per gli affidamenti maggiormente significativi in termini di importo (<i>da attuare - entro 31/12</i>) 	DA ATTUARE	UFFICIO ACQUISTI/ DIREZIONE GENERALE	<p>Documentazione a supporto della valutazione / selezione del fornitore</p> <p>Documentazione a supporto della valutazione dei criteri di scelta dei fornitori svolta dalla Direzione Generale</p>
		02.04	Erogazione e verifica del servizio erogato	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno al fine di non rilevare la mancata o insufficiente qualità del servizio erogato ed evitare l'applicazione delle eventuali penali 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: formalizzazione periodica e dettagliata della verifica svolta in merito alla qualità servizio erogato dal fornitore (<i>già attuata</i>) 	ATTUATA	UFFICIO ACQUISTI	Tabella relativa al monitoraggio svolto sul servizio erogato dal fornitore
07	Gestione processo di generazione e chiusura di bilancio	07.01	Monitoraggio registrazioni manuali	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno per effettuare registrazioni manuali non rappresentative della reale situazione patrimoniale/economica dell'Azienda al fine di favorire determinati soggetti 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: adozione di principi di condotta nella gestione delle informazioni e registrazioni contabili (Codice Etico - maggio 2015) e predisposizione di apposita documentazione a supporto delle registrazioni contabili effettuate (<i>già attuata</i>) Il FASE: svolgimento e formalizzazione di apposita attività di monitoraggio sulle registrazioni manuali effettuate in contabilità generale (<i>da attuare - entro 31/12</i>) 	DA ATTUARE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA / DIREZIONE GENERALE	<p>Documentazione a supporto delle registrazioni manuali.</p> <p>Documentazione a supporto dell'attività di monitoraggio svolte sulle registrazioni manuali.</p>
		07.02	Gestione stanziamenti di fine periodo (fatture da ricevere, fatture da emettere, fondi)	<ul style="list-style-type: none"> Pressioni da parte di un soggetto esterno per iscriverne a bilancio un valore degli stanziamenti di fine periodo non rappresentativi della reale situazione patrimoniale/economica dell'Azienda al fine di favorire determinati soggetti 	<ul style="list-style-type: none"> I FASE: adozione di principi di condotta nella gestione delle informazioni e registrazioni contabili (Codice Etico - maggio 2015) e predisposizione di apposita documentazione a supporto delle valutazioni effettuate (<i>già attuata</i>) Il FASE: svolgimento e formalizzazione di apposita attività di verifica sui valori determinati relativi agli stanziamenti di fine periodo (valore delle fatture da ricevere/emettere, fondi) (<i>da attuare - entro 31/12</i>) 	DA ATTUARE	DIREZIONE AMMINISTRATIVA / DIREZIONE GENERALE	<p>Documentazione a supporto del valore relativo agli stanziamenti di fine periodo.</p> <p>Documentazione a supporto delle attività di monitoraggio svolte sui valori degli stanziamenti di fine periodo</p>