

Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza (RPCT)

Dr. Francesco Laviola

PROT. N. 72732 del 6 agosto 2020

Gent.mi

Commissario Straordinario

Direttore Amministrativo

Presidente O.I.V.

Direttori Dipartimenti

Direttori Distretti Sanitari

Direttori UU.OO.CC.

Direttori UU.OO.SS.DD.

Oggetto: pubblicazione Report sulla realizzazione PTPCT 2020 – 2022.

Con la presente nota si procede alla pubblicazione del Report sulla realizzazione del PTPCT 2020 – 2022 sulla base dei dati relativi al monitoraggio effettuato per le attività realizzate dal 01.02.2020 al 30 giugno 2020.

Tutte le strutture interessate sono invitate a prenderne visione e determinarsi in merito.

Si precisa e sottolinea, che il PTPCT 2020 – 2022 ha stabilito che tutte le comunicazioni relative all'avvio, realizzazione, monitoraggio, valutazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed ogni altra informazione relativa alla trasparenza ed alla prevenzione della corruzione, rivolte ai servizi interni, avverranno **esclusivamente con la pubblicazione sul sito aziendale**, sulla home page e nella sezione *“Amministrazione Trasparente – Altri contenuti/Prevenzione della corruzione/Piano Triennale prevenzione della corruzione e della trasparenza”* http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=programma_trasparenza_integrita che tutti i dipendenti, ognuno nel suo ruolo, hanno l'obbligo di consultare periodicamente quale adempimento attuativo degli artt. 8 e 9 del D.P.R. 62/13 e degli artt. 6 e 7 Codice di Comportamento aziendale di cui alla Delibera n. 3374 del 16.12.2013.

Nel ringraziare si porgono distinti saluti.

F.to IL RESPONSABILE
Dott. Francesco Laviola

REPORT

Attuazione PTPCT 2020 – 2022 al 30 giugno 2020

Premessa

L'attuazione del PTPCT 2020 – 2022 è stata, purtroppo anch'essa, condizionata dallo stato di emergenza dichiarato per la pandemia da Covid – 19 su tutto il territorio nazionale.

Lo stato di emergenza ha condizionato la realizzazione delle previsioni del PTPCT 2020 – 2022 in diversi modi:

1. perchè le strutture interessate all'attuazione delle misure sono state *direttamente* ed *attivamente* coinvolte nella gestione dell'emergenza e quindi si sono prioritariamente, se non esclusivamente, dedicate a tale attività;
2. perché la mancanza di disponibilità delle strutture *direttamente* ed *attivamente* coinvolte nella gestione dell'emergenza non ha consentito di poter attivare o dare continuità a gruppi di lavoro integrati, che ne prevedevano la presenza, per la definizione di procedure di regolamentazione previste nel PTPCT;
3. perché le misure specifiche rivolte alle strutture che erogano prestazioni sanitarie attuate per la gestione dell'emergenza, nelle sue diverse fasi (fase 1 e fase 2) hanno reso difficile la definizione dei percorsi di miglioramento previsti nel PTPCT;
4. perché le misure generali rivolte a tutta la pubblica amministrazione per la gestione dell'emergenza, nelle sue diverse fasi (fase 1 e fase 2), hanno spesso limitato/ridotto l'attività determinando difficoltà e ritardi nella realizzazione delle attività previste nel PTPCT.

Bisogna anche sottolineare che molte strutture, in particolare fra quelle di cui ai punti 3) e 4), per il livello di coinvolgimento nella complessiva situazione di emergenza, avrebbero potuto realizzare alcune delle misure previste nel PTPCT, conciliano meglio le attività.

In considerazione di tale difficile e diversificata situazione, durante il periodo di emergenza trascorso, il sottoscritto RPCT non ha inteso sospendere/modificare/ridefinire le misure previste dal PTPCT e tantomeno stabilire proroghe ai termini di realizzazione adempimento, se non comunicare quelle stabilite per legge (vedi trasparenza).

Ciò in quanto le misure inserite nel PTPCT vengono condivise con le strutture interessate stabilendo una progettazione esecutiva disposta su un cronoprogramma che indica i termini di realizzazione di quanto previsto per ogni fase di avanzamento, fino al raggiungimento dell'obiettivo finale di prevenzione della corruzione. I termini di scadenza costituiscono quindi una tappa nella progettazione di realizzazione della misura, funzionale e propedeutica alla realizzazione della successiva, stabilita al fine di poter monitorare lo stato di avanzamento dell'attività di realizzazione

ed eventualmente intervenire per apportare eventuali modifiche. Il mancato rispetto della tempistica indicata, quindi, non è mai stato considerato un mero “*inadempimento*” se determinato da nuove situazioni emergenti, da eventuali sottovalutazioni/sopravalutazioni di elementi nella individuazione e progettazione della misura, di difficoltà oggettive ecc. in quanto costitutive di una gestione “*attiva*” e consapevole della problematica da affrontare.

Alla luce di tali problematiche, a seguito dell’attività di monitoraggio, sono sempre state valutate le problematiche emerse ed eventualmente apportate modifiche al cronoprogramma, alle caratteristiche della misura, finanche ai risultati da raggiungere.

Pertanto, già in questa sede, è stato considerato quale termine di realizzazione della misura o attività relativa ad una fase della misura, solo quello finale (30 giugno 2020), azzerando eventuali termini intermedi previsti nel cronoprogramma.

Tenendo conto di questo scenario generale si è prodotto il seguente Report, che illustra l’attività svolta nel periodo 01 febbraio – 30 giugno 2020.

1. Il PTPCT 2020 – 2022.

Il PTPCT 2020 – 2022 è stato approvato, nei termini di legge, con atto Deliberativo n. 145 del 30 gennaio 2020. La condivisione degli obiettivi strategici, sulla base della mission aziendale, degli obiettivi stabiliti nella Legge 60/19 ed assegnati ai Commissari Straordinari, dell’attività realizzata e dell’implementazione del percorso di prevenzione della corruzione intrapreso, è stata realizzata con la Commissaria Straordinaria Prof.ssa Daniela Saitta, che ha adottato l’atto deliberativo.

Tale puntualizzazione risulta importante in quanto, il continuo avvicinarsi del management strategico aziendale, per l’esperienza finora avuta, oltre ad essere contraddittorio con gli obiettivi di cui alla Legge sopracitata ed a mantenere l’Azienda in una situazione di incertezza, produce il rischio di un disallineamento rispetto agli obiettivi strategici concordati che ispirano il PTPCT, ne stabiliscono i tempi e le priorità. Il “*mandato*”, ricevuto sull’attività di programmazione, deve essere continuamente confermato *dal* o comunque illustrato *al* nuovo management.

Per la futura programmazione, l’obiettivo sarà quindi quello di un maggiore coinvolgimento del management aziendale, con la stesura di un primo PTPCT, basato sulla condivisione e formalizzazione degli obiettivi e dei programmi di massima, da condividere ed adottare entro il mese di **novembre 2020**, anche per la successiva sottoposizione alla consultazione con gli stakeholder. Tale percorso potrà rinforzare il momento iniziale di assunzione degli impegni, da far valere anche nei confronti di eventuali, successivi, interlocutori nella Direzione Strategica.

Tale impegno, che il RPCT vuole assumere, si dovrà quindi conciliare con i tempi di completamento delle misure in corso di realizzazione, in particolare con l'attività di mappatura dei processi e di valutazione/rivalutazione del rischio, impegnando, analogamente, tutte le strutture interessate. Su tali attività si richiede quindi il puntuale rispetto dei termini di scadenza.

Il PTPCT, sia a monte, nella fase di analisi del contesto, che a valle, nella trasformazione delle misure di prevenzione della corruzione in obiettivi, è integrato con il Piano della Performance. Pertanto, successivamente all'approvazione del Piano, a tutte le strutture interessate sono stati trasmessi gli obiettivi che recepiscono sia le misure trasversali che le misure specifiche del PTPCT per l'anno 2020.

Purtroppo, l'attività di integrazione fra il PTPCT e il Piano della Performance non ha una sua piena corrispondenza di cronoprogrammi, in quanto all'approvazione del Piano della Performance, che avviene negli stessi tempi del PTPCT, deve seguire una fase di negoziazione ed assegnazione degli obiettivi che è invece già acquisita dal PTPCT, anche per la natura cogente delle attività di prevenzione della corruzione.

Si è notata pertanto una difficoltà, da parte delle strutture, ad identificare la corrispondenza fra obiettivi di performance e misure di prevenzione della corruzione, in particolare al momento della *“misurazione”* del grado di realizzazione.

Si denota inoltre una sovrapposizione fra la definizione dell'obiettivo e le attività volte al suo raggiungimento, spesso identificato come un vero e proprio *“adempimento”* autosufficiente. Insomma, l'aver *“adempito”* all'attività prevista nel cronoprogramma corrisponderebbe al raggiungimento dell'obiettivo. Questa visione, di impostazione burocratica, che si concentra sul compito assegnato e diligentemente portato a termine più che sul risultato atteso, induce ad una deresponsabilizzazione delle strutture che non percepiscono i rischi di corruzione come propri, divenendone quindi titolari (risk owner) ma in carico a terzi, molto spesso al RPCT.

Per risolvere tali problematiche, fermo restando l'impegno volto a realizzare una maggiore integrazione fra PTPCT e Piano della Performance, facendo corrispondere il più possibile i cronoprogrammi di attività, si intende adottare le seguenti misure:

- a) la definizione e pubblicazione sul sito aziendale delle schede di realizzazione delle misure del PTPCT (corrispondenti a quelle di monitoraggio periodico pubblicate con il presente Report) da considerarsi anche come schede di *“misurazione”* dell'attività ai fini del raggiungimento degli obiettivi di performance organizzativa, entro il mese di **dicembre 2020**, con richiesta di verifica e comunicazioni per eventuali rettifiche/integrazioni;

- b) una migliore definizione degli obiettivi di performance organizzativa, con indicatori oggettivi e verificabili, che possibilmente non siano identificabili, sia nella forma che nel contenuto, ad adempimenti di tipo burocratico/amministrativo, nell'ambito dei quali declinare le attività previste dal PTPCT.

Il PTPCT è strutturato su tre pilastri che reggono l'intero sistema di prevenzione della corruzione costruito nell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza:

- ✓ la mappatura dei processi e la realizzazione delle Misure di prevenzione della Corruzione inserite nel PTPCT 2020 – 2022;
- ✓ l'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza amministrativa di cui al D.Lgs 33/13;
- ✓ il monitoraggio ed implementazione delle misure relative all'integrità.

L'attività di supporto e monitoraggio del sistema è affidata all'Ufficio RPCT che, durante il periodo di emergenza per pandemia da Covid – 19, ha regolarmente prestato l'attività lavorativa in regime di *smart working* assicurando tutte le attività previste dal PTPCT 2020 – 2022, delle quali si darà conto nell'ambito del presente Report, e quelle che si sono aggiunte per assicurare ogni informazione sulle misure collegate allo stato di emergenza ed all'andamento della curva dei contagi.

2. La mappatura dei processi e la realizzazione delle Misure di prevenzione della Corruzione inserite nel PTPCT 2020 – 2022.

2.1 La mappatura dei processi

Per quanto riguarda l'attività di mappatura dei processi, nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022 si è dato atto dell'attività di implementazione svolta negli anni scorsi di mappatura di tutti i processi operativi aziendali stabilendo che

(...) l'obiettivo da perseguire nel corso dell'anno 2020 è quello di completare l'attività di mappatura **nel primo semestre dell'anno 2020**, in modo che si possano individuare ed assumere le necessarie misure di prevenzione ed attuarle nel corso dello stesso anno, ed allineare tutte le strutture nell'attività di gestione del rischio, al fine di verificare l'efficacia degli interventi e rivalutare i rischi individuati (PTPCT 2020 – 2022 pag. 27)

Purtroppo, per come si evince dall'**allegato 1)** l'unica struttura ad aver completato la mappatura dei processi è stata la UOC Governo della rete e degli erogatori, mentre è stata avviata la mappatura dei processi della UOC Sistemi informativi aziendali, della UOC Gestione, valorizzazione, sviluppo e formazione delle Risorse umane, della UOSD Farmacovigilanza.

L'unica struttura che ha già trasmesso le proposte di misure di prevenzione, che sarà quindi in grado di realizzarle nel corso dell'anno è la UOSD Farmacovigilanza.

Da sottolineare che il ritardo nell'attività di mappatura dei processi interessa in particolare le strutture afferenti all'area amministrativa e alcune strutture di staff, dove sono concentrati i maggiori rischi di corruzione, per come emerge dalla letteratura, dalla casistica e dalla cronaca, anche locale.

In relazione alla condizione generale di difficoltà determinata dallo stato di emergenza per pandemia si può supporre, considerata la materia trattata e verificando altri indicatori quali l'adozione di delibere/determine e la gestione corrente dei servizi propri delle strutture, una bassa incidenza delle misure di emergenza adottate nell'area amministrativa e di staff.

Tale situazione di mancato presidio non può protrarsi ulteriormente e **rimane fermo e non negoziabile l'obiettivo di completare, nei prossimi mesi, l'attività di mappatura**. Pertanto, a partire da mese di settembre, il sottoscritto RPCT intende sottoporre alle strutture inadempienti, in particolare dell'area amministrativa e di staff, un elenco di processi, descritti nella loro articolazione sulla base della vigente normativa, dell'esperienza operativa e delle mappature effettuate da altre aziende (benchmarking), in modo che ne vengano analizzati e valutati i rischi nella propria situazione, per poi individuare le misure di trattamento. Le misure di trattamento potranno, se possibile, essere adottate nel corso dell'anno o costituire elemento di programmazione nell'ambito del PTPCT 2021 – 2023. **Trattandosi, in questo caso, più che di un supporto, di esercizio di potere sostitutivo, si proporrà il coinvolgimento in tale attività alla Direzione Strategica.**

Nell'ambito della mappatura dei processi, per la parte relativa alla valutazione del rischio, si è reso inoltre necessario, ri-coinvolgere tutte strutture che hanno già mappato i propri processi, per rivedere ed aggiornare la valutazione/ponderazione del rischio in base ai nuovi parametri stabiliti dall'ANAC nel nuovo Piano Nazionale anticorruzione - PNA – approvato con Deliberazione ANAC n. 1064 del 13.11.2019, a seguito di una valutazione critica sull'esperienza passata.

L'ANAC ha stabilito che per l'attività di valutazione/ponderazione del rischio di corruzione, il criterio precedente usato/consigliato, basato sull'utilizzo della scheda di cui all'allegato 5 del PNA 2013, che assumeva un approccio di tipo quantitativo, non deve essere più considerato un riferimento metodologico, suggerendo l'adozione di un approccio di tipo qualitativo, capovolgendo quindi l'impostazione metodologica del sistema di valutazione.

In effetti, i limiti di utilizzo di tale strumento erano abbastanza evidenti e rilevati anche in sede formativa ed operativa, tanto che questo Ufficio, per l'attività di valutazione del rischio di corruzione aveva elaborato una scheda personalizzata (allegato 9 delle Linee Guida a suo tempo

elaborate), che costituiva un adattamento ed integrazione della Tabella approvata con l'allegato 5 del PNA 2013, ritenuta insufficiente per una valutazione della specifica situazione di Ente sanitario, anche nell'ambito dell'approccio quantitativo.

Sulla base delle indicazioni e suggerimenti offerti dal PNA è stata elaborata una prima scheda di valutazione del rischio che appariva troppo “*aperta*” per la realtà aziendale: per ogni indicatore di rischio sottoposto a valutazione, ogni struttura avrebbe dovuto esprimere un giudizio sul grado di rischio, sostenuto da dati, evidenze e motivazioni. Il RPCT avrebbe dovuto verificare la corrispondenza fra il giudizio ed i dati e le evidenze di sostegno, validando il grado di rischio identificato. L'utilizzo di tale metodo avrebbe determinato una grande difficoltà nel riportare a sintesi tutte le informazioni ricevute, con il rischio che le stesse informazioni non sarebbero state coerenti con l'obiettivo da raggiungere. Anche dal punto di vista tecnico, sarebbe stato difficile gestire le informazioni ricevute per ogni processo mappato.

In seguito a ricerche, formazione online ed approfondimenti, si è quindi stabilito di adottare un metodo più “*guidato*”, che segue il percorso già tracciato dalla norma ISO 31000 (Global compact), più vicino come impostazione alla valutazione del rischio già effettuata, con l'utilizzo di due indicatori di probabilità e impatto ed un sistema chiuso, che stabilisce il livello di rischio (alto – medio – basso) senza altre considerazioni.

Tale metodologia è stata proposta da ANCI, per l'utilizzo da parte dei Comuni, che ha elaborato anche gli strumenti di rilevazione, da noi condivisi e adottati.¹

Lo strumento di rilevazione è una scheda contenente gli indicatori di probabilità ed impatto, il livello del grado di rischio e la descrizione corrispondente ad ogni livello. In una prima fase, viene assegnato il grado di rischio in corrispondenza ad ogni indicatore di probabilità e impatto. (allegato a))

Si passa poi alla definizione del valore sintetico degli indicatori di probabilità e impatto attraverso l'aggregazione delle singole variabili applicando la moda al valore modale di ognuna delle variabili di probabilità e impatto ottenuto nella fase precedente.

Infine si attribuisce il livello di rischio a ciascun processo, articolato su cinque livelli: rischio alto, rischio critico, rischio medio, rischio basso, rischio minimo sulla base del livello assunto dal valore sintetico degli indicatori di probabilità e impatto, calcolato secondo le modalità di cui alla fase precedente.

¹ <http://www.anci.it/programma-nazionale-anticorruzione-le-norme-di-interesse-per-gli-enti-locali-nel-xx-quaderno-anci/>

COMBINAZIONI VALUTAZIONI PROBABILITA' - IMPATTO		LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO	
ALTO	ALTO	RISCHIO ALTO
ALTO	MEDIO	RISCHIO CRITICO
MEDIO	ALTO	
ALTO	BASSO	RISCHIO MEDIO
MEDIO	MEDIO	
BASSO	ALTO	
MEDIO	BASSO	RISCHIO BASSO
BASSO	MEDIO	
BASSO	BASSO	RISCHIO MINIMO

La prima fase relativa alla rilevazione delle informazioni con la ricezione delle schede, già trasmesse, da parte delle strutture, si concluderà il **10 settembre 2020**, per poi passare alle fasi successive, in modo da riproporre tutta la mappatura aggiornata nell'ambito della prima bozza del PTPCT 2021 – 2023 da elaborare entro il mese di novembre 2020.

2.2 La realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Per quanto riguarda la realizzazione delle misure da parte delle strutture che hanno già effettuato la mappatura, si allegano le schede (**allegati da 2 a 13**) in cui risulta lo stato di avanzamento per ogni area/settore. Per ogni misura prevista è stato indicato, in termini % e dove presente, lo stato di avanzamento della realizzazione della misura, alla data del 30 giugno 2020. In considerazione di quanto già illustrato in precedenza rispetto al rispetto del cronoprogramma, il termine ultimo di realizzazione delle misure deve considerarsi il **30 novembre 2020**.

Sarà cura di ogni struttura verificare lo stato di avanzamento delle misure e riprogrammare il percorso di realizzazione al fine di raggiungere tale obiettivo.

Dall'analisi dei dati emerge un livello di avanzamento nella realizzazione del Piano molto basso, con alcune eccezioni che confermano la possibilità di conciliare la realizzazione delle misure del PTPCT con l'emergenza per pandemia da Covid – 19:

1. Distretti sanitari (allegato 2): nell'area distrettuale, per la quasi totalità dei Distretti, il livello di avanzamento nella realizzazione delle misure può essere considerato pieno in quanto sono state effettivamente realizzate le misure o vi è traccia documentata delle problematiche emerse nel percorso di realizzazione. La maggior parte delle misure consisteva nel monitoraggio delle procedure già adottate nell'ambito del PTPCT 2019 – 2021 e la definizione di ulteriori percorsi regolamentari. Tali attività, spesso portate avanti

in condivisione fra tutti i Distretti, sono state realizzate a distanza e comunque superando le difficoltà determinate dallo stato di emergenza. Il rapporto con il RPCT, attraverso il suo Ufficio ed il supporto dei Referenti, ha contribuito al raggiungimento di tale risultato. Le procedure elaborate, che saranno raccolte e trasferite alla Direzione Strategica oltre che pubblicate sul sito aziendale., sono le seguenti:

- ✓ indicazioni per rendere uniforme il caricamento anagrafico degli stranieri;
- ✓ procedura tesa ad uniformare le modalità di riconoscimento esenzione ticket per patologia;
- ✓ procedura finalizzata a rendere visibile e fruibile l'elenco dei MMG e PLS mediante affissione presso gli sportelli e aggiornarlo in tempo reale relativamente al numero dei pazienti;
- ✓ documento di regolamentazione ed ottimizzazione delle procedure di segnalazione delle irregolarità prescritte a carico del SSN di cui al DCA 66/2015 con precisazione delle fasi non chiare e adeguamento alla situazione aziendale;
- ✓ percorso che assicura la tracciabilità della procedura di attivazione CDI nel rispetto della cronologia UVM per ogni finalità di monitoraggio e controllo;
- ✓ linee Guida e proposte organizzative per prestazioni NAD;
- ✓ procedura di allineamento in Anagrafe degli assistiti dei cittadini iscritti all'AIRE, revoca d'ufficio delle scelte effettuate dai cittadini iscritti all'AIRE, eventuale recupero delle quote percepite dai MMG/PLS per il periodo decorrente dall'iscrizione ai Registri AIRE alla revoca dell'assistenza;

In ambito distrettuale un pieno stato di avanzamento è stato raggiunto anche dalla UOC Servizi Sociali (allegato 12) e dalla UOC Tutela Anziani e Disabili (allegato 13), mentre non sono pervenuti atti da parte della UOSD Pneumologia Territoriale e Ossigenoterapia (allegato 11);

2. Dipartimento di prevenzione (allegato 3): la realizzazione delle misure è stata in parte realizzata solo dalla UOC Igiene degli alimenti di origine animale (ex veterinaria di Area B). Alcune strutture del Dipartimento rientrano comunque pienamente fra quelle *direttamente ed attivamente* coinvolte nella gestione dell'emergenza e quindi, la mancanza di disponibilità di tali strutture non ha consentito di poter dare continuità al gruppo di lavoro integrato che avrebbe dovuto realizzare la procedura dipartimentale relativa alle attività di vigilanza e ispezione che costituisce la più importante misura di prevenzione della corruzione assunta;
3. Dipartimento materno infantile (allegato 4): si registra la realizzazione delle misure solo da parte della UOC di Ostetricia e Ginecologia dello Spoke di Castrovillari;
4. Dipartimento di Salute mentale e delle dipendenze (allegato 5): non si registrano attività;
5. Dipartimento Farmaceutico (allegato 6): non si registrano attività;
6. Spoke (allegato 7): nell'ambito dello Spoke di Castrovillari si registra la realizzazione delle misure da parte delle Unità Operative di: Chirurgia, Ortopedia, ORL, Laboratorio Analisi, Servizi Trasfusionali. Nell'ambito dello Spoke di Paola/Cetraro si registra la realizzazione delle misure da parte delle Unità Operative di: Laboratorio Analisi, Servizi Trasfusionali. Nell'ambito dello Spoke di Rossano/Corigliano si registra la realizzazione delle misure da parte della sola Unità Operative di Laboratorio Analisi. Alcune strutture degli Spoke rientrano pienamente fra quelle *direttamente ed attivamente* coinvolte nella gestione dell'emergenza

7. Dipartimento di Staff (allegato 8): si registra un buon stato di avanzamento nella realizzazione delle misure.
8. Centrale operativa 118 (allegato 9): non si registrano attività.

3. Assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasparenza amministrativa di cui al D.Lgs 33/13.

Con la pubblicazione sul sito aziendale del PTPCT 2020 – 2022 (Delibera n. 145 del 30.01.2020) è stato rilevato, con l'Allegato 4) lo stato degli adempimenti relativi alle pubblicazioni obbligatorie - anno 2019 - Rilevazione al 31 dicembre 2019. Il prospetto riportava lo stato degli adempimenti relativi alle pubblicazioni obbligatorie da effettuare nell'anno 2019. Ogni Unità Operativa è stata invitata a verificare la propria posizione ed in caso di rilevata inadempienza, fatte salve le specifiche responsabilità, a pubblicare i dati mancanti, **entro il 5 marzo 2020.**

Si è pertanto proceduto ad effettuare un successivo completo monitoraggio sullo stato degli adempimenti alla data del 31.03.2020 ed il 9 aprile 2020 è stato pubblicato sul sito aziendale il relativo Report “*Trasparenza e pubblicazioni obbligatorie D.Lgs 33/13*”

http://www.asp.cosenza.it/images/piano_triennale/Report_trasparenza-apr2020.pdf

L'ANAC, con Comunicato del Presidente del 12 marzo 2020 in relazione alle recenti disposizioni in materia di emergenza sanitaria e tenuto conto di quanto previsto nel DPCM 11 marzo 2020 sulle ulteriori disposizioni attuative del d.l. 23.2.2020 n. 6 applicabili all'intero territorio nazionale, ha poi prorogato i termini delle Attestazioni degli OIV sulla pubblicazione dei dati al **30 giugno 2020**, che è quindi diventato l'ulteriore termine ultimo di adempimento.

Dopo il 30 giugno si è quindi proceduto ad un ulteriore monitoraggio, focalizzando in particolare gli adempimenti sottoposti ad attestazione da parte della O.I.V., che ha dato i risultati sinteticamente riportati nelle tabelle già richiamate per ogni settore.

Dalla lettura dei dati si evince che una importante implementazione dei dati è avvenuta solo nella sezione *Articolazione degli Uffici*, con l'implementazione e/o gli aggiornamenti delle informazioni relative alle strutture, nella sezione *Strutture private accreditate*, con la pubblicazione dei Contratti delle strutture private accreditate e nella sezione *Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici*. Per le altre sezioni si conferma sostanzialmente lo stato degli adempimenti già

illustrato in modo dettagliato e con le necessarie considerazioni e proposte, nel Report pubblicato il 6 aprile, al quale si rimanda integralmente.

Si rileva in questa sede solo che molte criticità già identificate e rapportate dal RPCT sono state confermate dall'O.I.V. in sede di attestazione di alcuni obblighi di pubblicazione, pubblicata sul sito aziendale il 19 luglio 2020 <http://www.asp.cosenza.it/?p=attestazione-oiv> quali, ad esempio:

- nella sezione Consulenti e collaboratori si rileva una costante e persistente assenza di dati relativi agli incarichi legali, le collaborazioni relative agli incarichi Co.Co.Co. non sono pubblicate nella sezione;
- nella sezione Attività e procedimenti/tipologie di procedimento si rileva una carenza di dati provenienti dall'area amministrativa/legale;
- l'aggiornamento dei dati non è tempestivo.

In questo primo semestre è stato poi elaborato un Piano di riorganizzazione e restyling del sito aziendale al fine di rendere più aderenti le pagine al dettato normativo, orientare i responsabili della pubblicazione dei dati e ad agevolare l'accessibilità da parte del pubblico. In particolare sono state riorganizzate le pagine relative alle sezioni Bandi di concorso; Bandi di Gara; Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici. Nell'ambito del Piano si sono poi individuati tutti i dati soggetti a depubblicazione e si è provveduto ad archivarli. Si sono poi individuate ulteriori incongruenze e criticità che verranno affrontate e risolte nel corso dell'anno.

Nell'ambito della sezione Amministrazione Trasparente, è stato previsto l'inserimento di due ulteriori obblighi, che saranno collocati nella sottosezione Dati Ulteriori:

- ✓ l'obbligo di pubblicare, al termine dello stato di emergenza nazionale da COVID-19, l'apposita rendicontazione separata per le erogazioni liberali ricevute a sostegno del contrasto all'emergenza del Coronavirus stabilita dal D.L. 18/20 all'art. 99, «*Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19*», al co. 5;
- ✓ obblighi di trasparenza di cui all'art. 12 del Regolamento gestione sinistri approvato con Deliberazione n. 605 del 23 luglio 2020.

Quotidianamente, sulla base delle informazioni provenienti dal Dipartimento di Prevenzione dell'ASP e dalla Regione Calabria è stata implementata la sezione Amministrazione Trasparente – Interventi Straordinari e di emergenza, interamente dedicata al Covid – 19: aggiornamenti normativi, aggiornamento dati di contagio con infografica, misure di prevenzione, raccomandazioni. Modulistica, FAQ e ogni altra informazione ufficiale utile per il settore sanitario. http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=Interventi_straordinari_emergenza.

Per completare il monitoraggio sulla trasparenza, oltre alle periodiche verifiche sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione è stato chiesto a tutte le strutture aziendali di voler trasmettere i dati relativi agli accessi trattati (documentale, civico, civico generalizzato – FOIA) o di riscontrare negativamente la richiesta, al fine di implementare il Registro degli accessi e di assicurarsi che siano stati registrati tutti gli accessi trattati all'interno dell'ASP, in quanto il dato finora acquisito risulta, a nostro parere, inferiore a quello effettivamente presente in Azienda.

I dati pervenuti nel primo semestre non sono ancora soddisfacenti in quanto la maggior parte delle strutture non ha trasmesso dati e non ha riscontrato negativamente la richiesta. Non si ha pertanto una situazione chiara e definitiva delle richieste di accesso pervenute e trattate.

Purtroppo, tale problematica non potrà essere risolta definitivamente fino a quando non si procederà alla elaborazione automatica del Registro degli accessi, attraverso l'implementazione del sistema del Protocollo informatico e dei flussi documentali con i programmi specifici che interessano il sistema degli accessi, per come raccomandato dal Dipartimento per la Funzione Pubblica.

Per quanto riguarda il sistema degli accessi, si sono riscontrate ulteriori criticità che si intende superare con l'aggiornamento del *Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso agli atti e ai documenti amministrativi, accesso civico semplice e accesso civico generalizzato* di cui alla Delibera 1360 del 10 luglio 2017:

- ✓ ci si rivolge molto spesso all'Ufficio RPCT per richiesta di informazioni e consulenza relativa alla trattazione di pratiche di accesso in relazione alla tutela della privacy, in quanto la previsione di cui all'art. 11 del suindicato Regolamento relativa al rilascio di un *eventuale parere preventivo sul bilanciamento degli interessi in gioco di tutela della riservatezza e diritto alla trasparenza* da parte dell'*Ufficio privacy* sembra non sia più attivabile in quanto non sono stati affidati incarichi per l'Ufficio Privacy dopo che la dipendente che occupava tale posizione è stata collocata in quiescenza e che tali competenze non siano state recepite dall'incaricato DPO;
- ✓ ci si rivolge inoltre molto spesso all'Ufficio RPCT per richiesta di informazioni e consulenza relativa alla corretta identificazione delle istanze di accesso, in particolare se trattasi di accesso documentale o accesso civico generalizzato. Per tale valutazione e selezione, il Regolamento ha previsto, all'art. 28, l'individuazione dei Referenti per l'accesso civico generalizzato, che dovranno costituire un Centro di competenza aziendale, con iniziative di formazione, autoformazione, supporto;
- ✓ in questi anni sono state apportate delle modifiche materiali alle modalità di presentazione delle richieste di accesso civico, in particolare con l'adozione del sistema dei flussi documentali, che dovranno trovare coerenza con le previsioni regolamentari.

4. Monitoraggio ed implementazione delle misure relative all'integrità.

L'attività riguarda in particolare il rispetto del Codice di Comportamento, la procedura di regolamentazione del Conflitto d'interessi di cui alla nota prot. 177397 del 21.12.2017 e l'implementazione della Banca dati Agenas per la successiva compilazione online della dichiarazione sul conflitto d'interessi, per come richiesto con nota prot. 25934 del 16.02.2018.

Il sottoscritto RPCT con nota 14376 del 7.02.2020, pubblicata sul sito aziendale http://www.asp.cosenza.it/images/codice_disciplinare/codice_comportamento-notifica7feb2020.pdf ha sollecitato il rispetto di tutti gli atti e procedure sopra richiamate.

4.1 Codice di comportamento.

Il Codice di comportamento aziendale è stato approvato con Deliberazione 3374 del 16 dicembre 2013. Tale Codice, anche in relazione ai suoi tempi di approvazione richiama quasi integralmente le previsioni di cui al D.P.R. 62/13 senza alcun approfondimento ed adesione alla realtà aziendale e di settore.

Nel corso di questi anni, l'ANAC ha sollecitato l'elaborazione di un Codice di comportamento fortemente aderente alla propria realtà di settore ed aziendale, coerente con il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza, del quale costituisce una misura fondamentale e seguendo un percorso di condivisione con la rete degli stakeholder, da attestare negli atti di adozione, in modo da scoraggiare il “taglia e incolla” o *l'adozione integrale di Codici elaborati in altri contesti o Aziende*, quindi non corrispondenti alle esigenze del proprio Ente.

Tale orientamento, mutuato da altre esperienze di programmazione, privilegia il *percorso di programmazione e l'integrazione fra gli strumenti* dedicati alla specifica finalità, in questo caso la prevenzione della corruzione, piuttosto che l'atto prodotto, che non può rappresentare un documento a se stante, pensato per una amministrazione statica, burocratica e decontestualizzata.

In base a tali considerazioni, si è avviata l'elaborazione del nuovo Codice di Comportamento, seguendo anche le indicazioni delle Linee Guida ANAC di cui alla Determinazione n. 358 del 29.03.2027 ed avviando un percorso di condivisione con i dipendenti, utilizzando alcune attività formative, specificatamente organizzate, per il confronto e la riflessione, sulla base di blocchi di argomenti, materiali preparati in collaborazione con gli Animatori dell'integrità, sondaggi su argomenti di interesse.

Di tale attività si darà conto nella Relazione di accompagnamento al nuovo Codice di Comportamento, la cui bozza è in corso di verifica ed eventuale adeguamento alle nuove Linee Guida ANAC approvate con Delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 e sarà proposta per la consultazione gli stakeholder interni ed esterni a partire dal mese di settembre, per come indicato nel PTPCT 2020 – 2022:

In considerazione dell'importanza delle tematiche, nel corso dell'anno 2019 si sono sviluppate le attività, di studio e consultazione, ai fini dell'aggiornamento del Codice di comportamento e di elaborazione del Codice Etico aziendale, seguendo le indicazioni della Linea Guida ANAC/AGENAS già approvate per il settore sanitario e quelle relative alla parte generale, di prossima pubblicazione. L'attività proseguirà nel corso dell'anno 2020 con ulteriori momenti di confronto con gli stakeholder interni ed esterni, al fine di approvare il nuovo Codice di Comportamento. (PTPCT 2020 – 2022 pag. 28)

Gli obiettivi che si intende raggiungere con l'approvazione del nuovo Codice di Comportamento, che hanno costituito elementi di discussione e condivisione con i dipendenti sono:

- ✓ fornire e promuovere un chiaro strumento di orientamento etico – comportamentale per i dipendenti dell'Azienda;
- ✓ comunicare al pubblico il proprio modello etico – comportamentale;
- ✓ risolvere alcune problematiche relative all'efficacia di alcune previsioni, purtroppo troppo generiche e lacunose nell'attuale Codice, in modo da rendere attivabili e sostenibili i percorsi sanzionatori determinati dalla violazione del Codice.

Tale ultimo obiettivo potrà comunque essere raggiunto solo con il conseguente aggiornamento dei Codici Disciplinari risalenti all'anno 2010, vero ostacolo all'efficacia dell'azione disciplinare.

4.2 La procedura di Regolamentazione del Conflitto d'interessi.

Nelle more dell'approvazione del nuovo Codice di comportamento, proprio al fine di risolvere alcune problematiche relative all'efficacia ed alla sostenibilità di alcune previsioni regolamentari, nell'ambito del PTPCT 2017 – 2019, è stato costituito un Gruppo di lavoro che ha elaborato procedura di regolamentazione del Conflitto d'interessi di cui agli articoli n. 3,4,5,11 del Codice di Comportamento Aziendale approvato con Delibera n. 3374 del 16.12.2013.

La procedura è stata adottata dalla Direzione Strategica e trasmessa a tutte le strutture con nota prot. 177397 del 21 dicembre 2017, per i successivi adempimenti relativi alla sua immediata adozione. La nota, la procedura ed i relativi allegati sono visionabili e scaricabili al seguente link

<http://www.asp.cosenza.it/trasparente/?p=codice-disciplinare-condotta> nella sezione dedicata alla *Procedura di regolamentazione del conflitto d'interessi*.

La procedura ha inteso fornire indicazioni operative al fine di attivare le previsioni degli articoli del Codice dedicati al Conflitto d'interesse che, rendendo efficace la previsione, e consentendo alle Direzioni dei servizi e al RPCT di poter verificare e monitorare la gestione del conflitto d'interesse.

Nell'anno in corso, quindi, per come già comunicato nelle schede di assegnazione degli obiettivi da raggiungere nelle misure di integrità, si intende effettuare un monitoraggio:

- ✓ sull'adozione della procedura e verifica delle situazioni di conflitto d'interesse presente nelle strutture e gli eventuali provvedimenti di gestione assunti;
- ✓ sulla gestione dei casi di astensione per conflitto d'interesse.

Per quanto riguarda l'adozione della procedura e la verifica delle situazioni di conflitto d'interesse presente nelle strutture e gli eventuali provvedimenti di gestione assunti, ogni struttura dovrà:

- ✓ verificare se tutti i dipendenti afferenti hanno compilato e consegnato la *Dichiarazione sul conflitto d'interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio* di cui al Mod.1 CI http://www.asp.cosenza.it/images/codice_disciplinare/MOD1_CI.pdf a seguito dell'avvio della procedura, nell'anno 2018;
- ✓ verificare se tutti i dipendenti assegnati agli uffici della struttura, dopo la prima scadenza dei termini di adempimento della procedura, 31 gennaio 2018, hanno compilato e consegnato la *Dichiarazione sul conflitto d'interesse all'atto dell'assegnazione all'ufficio* di cui al Mod.1 CI, ed eventualmente provvedere alla pronta acquisizione;
- ✓ verificare se per tutte le dichiarazioni acquisite ed agli atti è stata effettuata la verifica del conflitto d'interesse da parte del Dirigente preposto, o in collaborazione con il RPCT/Referenti, per come indicato nella procedura;
- ✓ compilare, per ogni struttura, il quadro sinottico allegato (allegato b)), adottato dalla UOC Igiene degli alimenti e delle produzioni zootecniche e qui recepito come buona prassi;

Per quanto riguarda il monitoraggio relativo ai casi di astensione a seguito di segnalazione di conflitto d'interesse, ogni struttura dovrà trasmettere i dati riportati sul Registro di archiviazione casi di astensione per conflitto d'interessi, Modello Mod.4_CI per gli anni 2018 e 2019 e 2020 http://www.asp.cosenza.it/images/codice_disciplinare/MOD4_CI.xlsx anche se negativi (in tal caso il Mod.4_CI dovrà essere sbarrato ed apposta la dicitura NEGATIVO, con timbro e firma del Direttore della struttura).

Tale ultimo monitoraggio risulta di fondamentale importanza in quanto, dalla data di adozione della procedura, il RPCT non ha mai ricevuto da alcuna struttura comunicazioni circa l'astensione dei propri dipendenti per conflitto d'interessi (Mod.3_CI) che gli consentissero di procedere alla implementazione del previsto sistema di archiviazione dei casi di astensione presenti in Azienda, utilizzando il MOD/4 CI. La mancata acquisizione di tali informazioni potrebbe essere dovuta alla, improbabile, totale assenza di casi di astensione per conflitto d'interesse oppure alla omessa elaborazione e trasmissione del Mod.3_CI o, ancora, alla mancata adozione della procedura di regolamentazione.

4.3 Banca Dati AGENAS.

La Determina ANAC 12 del 28.10.2015 contenente indicazioni per l'aggiornamento del PNA 2015, che ha definito misure specifiche da prevedere nei Piani di prevenzione della corruzione degli Enti del SSN, prevede che i professionisti di area sanitaria e amministrativa che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che li possono coinvolgere nell'espletamento di attività inerenti alla funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Al fine di rendere omogenea la rilevazione delle potenziali situazioni di conflitto e sollevare gli Enti da un gravoso onere nella raccolta ed aggiornamento delle dichiarazioni, l'AGENAS si è fatta carico di rendere disponibile sul proprio sito una modulistica standard visionabile al link <https://pna-sanita.agenas.it/> per agevolare la dichiarazione pubblica di interessi da parte di tutto il personale interessato del Servizio Sanitario Nazionale ed ha attivato una piattaforma sulla quale i professionisti interessati potranno direttamente procedere alla compilazione online.

Per attivare il servizio, si è quindi proceduto, già dall'anno 2017 a trasmettere i nominativi del personale interessato implementando la Banca dati dell'AGENAS.

In considerazione della complessità, diversificazione ed indeterminatezza delle diverse funzione che implicino responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, che non consentono di poter agevolmente identificare esattamente i professionisti interessati, è stata richiesta inizialmente l'adesione di tutti i dipendenti.

Considerata l'ancora bassa implementazione della Banca Dati e, soprattutto la bassa percentuale di professionisti che hanno provveduto alla compilazione della dichiarazione online, per

l'anno 2020 è stato affidato ai Direttori delle strutture l'obiettivo di individuare il personale interessato e trasmettere le relative schede per l'inserimento nella Banca Dati.

Tale personale, così identificato, dovrà quindi procedere alla successiva registrazione sul portale AGENAS ed alla compilazione della dichiarazione online.

Al momento, per come si evince dalle schede allegate, risultano ancora poche le strutture che hanno trasmesso il dato richiesto ma è importante il pieno e totale adempimento nelle prossime settimane, riscontrando, anche negativamente la richiesta.

Le strutture che hanno già a suo tempo trasmesso il dato potranno confermarlo con la trasmissione del solo elenco del personale interessato.

4.4 Formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

L'importanza e obbligatorietà di tale misura quale supporto alla realizzazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza è stata più volte sottolineata e ribadita dai diversi Pini Nazionali anticorruzione.

Tale misura è stata ampiamente utilizzata negli anni scorsi ed ha sicuramente raggiunto l'obiettivo di far conoscere il sistema di prevenzione della corruzione e sensibilizzare tutti i dipendenti sulle tematiche relative all'etica ed all'integrità.

Tenuto conto delle diverse iniziative di formazione che si sono svolte nell'ultimo triennio, nell'ambito del PTPCT 2020 – 2022 si sono identificate le seguenti iniziative, molte delle quali già proposte nell'anno 2019 e non realizzate per la mancata approvazione del Piano annuale della formazione, con l'obiettivo di diffondere ulteriormente la formazione di carattere generale, in materia di etica ed integrità e continuando a “*targettizzare*” la formazione specifica destinandola, in questo caso, esclusivamente agli operatori impegnati nella realizzazione delle misure di prevenzione:

FORMAZIONE RESIDENZIALE GENERALE

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI PRIORITARI	EDIZIONI
Codice di comportamento dell'ASP: aspetti etico comportamentali nei rapporti con l'utenza	Operatori che svolgono attività nei servizi che hanno rapporti con l'utenza, a maggiore rischio corruzione, individuati dai Responsabili delle strutture proponenti, appartenenti a tutte le professioni.	8

FORMAZIONE RESIDENZIALE SPECIFICA

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI PRIORITARI	EDIZIONI
L'attività di vigilanza e ispezione nel Dipartimento di prevenzione: standard, procedure, aspetti etico – comportamentali e prevenzione della corruzione	Medici, veterinari, tecnici della prevenzione, personale amministrativo di supporto, impegnati nelle attività di vigilanza e ispezione	2
Buone prassi operative in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	Medici, psicologi, sociologi, infermieri, assistenti sociali, fisioterapisti, logopedisti, educatori professionali, Tecnici della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, operanti nei servizi di Neuropsichiatria infantile	1
Controllo e verifica dell'appropriatezza delle prestazioni ospedaliere e prevenzione della corruzione: una possibile integrazione	Componenti N.O.C.I. UOC Governo della rete e degli erogatori	1

FORMAZIONE ESTERNALIZZATA SPECIFICA

ATTIVITA'/CONTENUTI	DESTINATARI
Partecipazione ad attività di formazione organizzata dalla Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA) e altre istituzioni pubbliche ed incontri di formazione /informazione/scambio organizzati a livello interregionale da istituzioni pubbliche sulla tematica della prevenzione delle corruzione e della trasparenza.	Responsabile Trasparenza e prevenzione della corruzione. Dirigenti/funzionari dell'Ufficio RTPC, rete dei referenti RTPC, rete dei referenti accesso civico, dirigenti/funzionari operanti nelle aree a rischio

La realizzazione del programma di formazione, per il quale si era già attivato il percorso di progettazione esecutiva, è stato sospeso a seguito della dichiarazione dello stato di emergenza per pandemia da Covid – 19.

L'unica attività formativa che si è intende realizzare, rendendola compatibile con le misure di prevenzione assunte dalla gestione dello stato emergenziale, per la quale è stato elaborato apposito progetto, è la formazione residenziale generale, con l'erogazione del Corso nell'ambito del quale verrà presentato il nuovo Codice di Comportamento aziendale.

Le altre proposte formative verranno inserite nel PTPCT 2021 – 2023, previa verifica della effettiva realizzazione delle misure per le quali risultavano funzionali e di supporto.

Cosenza, 3 agosto 2020

IL RPCT

F.to Dott. Francesco Laviola

PROCESSO:			
INDICATORE DI PROBABILITA' (sbarrare la casella del livello corrispondente)			
n.	Variabile	Livello	Descrizione
1	Discrezionalità: focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	Alto	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		Medio	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		Basso	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	Coerenza operativa: coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	Alto	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa.
		Medio	Il processo è regolato da diverse norme di livello nazionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		Basso	La normativa che regola il processo è puntuale, è di livello nazionale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	Rilevanza degli interessi "esterni" quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	Alto	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Medio	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Basso	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	Livello di opacità del processo, misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", gli eventuali rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza NON INDICARE (A CURA RPCT)	Alto	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		Medio	Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		Basso	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico "semplice" e/o "generalizzato", né rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza

5	Presenza di “eventi sentinella” per il processo, ovvero procedimenti avviati dall’autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell’Ente o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	Alto	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell’ultimo anno
		Medio	Un procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		Basso	Nessun procedimento avviato dall’autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell’Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
6	Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività, desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili NON INDICARE (A CURA RPCT)	Alto	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		Medio	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		Basso	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l’attuazione delle misure
7	Segnalazioni, reclami pervenuti con riferimento al processo in oggetto , intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	Alto	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Medio	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Basso	Nessuna segnalazione e/o reclamo
8	Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa, tali richiedere annullamento in autotutela, revoca di provvedimenti adottati, ecc.	Alto	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		Medio	Presenza di rilievi tali da richiedere l’integrazione dei provvedimenti adottati
		Basso	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
9	Capacità dell’Azienda di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità (Dirigenti, PO) attraverso l’acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l’affidamento di interim	Alto	Utilizzo frequente dell’interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Medio	Utilizzo dell’interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Basso	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

INDICATORE DI IMPATTO (sbarrare la casella del livello corrispondente)			
n.	Variabile	Livello	Descrizione
1	Impatto sull'immagine dell'Azienda misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	Alto	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Medio	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Basso	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2*	Impatto in termini di contenzioso , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Amministrazione	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Ente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Basso	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio, inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Ente	Alto	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda
		Medio	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne
		Basso	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4**	Danno generato a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente molto rilevanti
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente sostenibili
		Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Ente trascurabili o nulli

*variabile 2: se si dispone di un dato quantitativo definire e indicare la media delle spese per la difesa legale dell'Ente e per debiti fuori bilancio riconosciuti per sentenze esecutive nell'ultimo triennio, indicando il valore “Basso” qualora le spese per le fattispecie di cui sopra dell'ultimo anno siano inferiori, “Medio”, qualora siano analoghe, “Alto” nel caso in cui siano superiori;

**variabile 4: se si dispone di un dato quantitativo definire e indicare la media delle sanzioni addebitate nell'ultimo triennio all'Amministrazione, indicando il valore “Basso” qualora le spese per la fattispecie di cui sopra dell'ultimo anno sia inferiori, “Medio” qualora siano analoghe, “Alto” nel caso in cui sia superiore.

QUADRO SINOTTICO CONFLITTI D'INTERESSE- MONITORAGGIO ANNO 2020

DIPARTIMENTO: _____ **UNITA' OPERATIVA** _____ **SERVIZIO/UFFICIO** _____

COGNOME	NOME	QUALIFICA	CONFLITTO SI/NO	DESCRIZIONE CONFLITTO	ATTIVITA' GESTIONE CONFLITTO	ATTIVITA' COMPENSATIVA BILANCIAMENTO

DATA _____

TIMBRO E FIRMA _____

LEGENDA:

DESCRIZIONE CONFLITTO: indicazione del conflitto d'interesse reale o potenziale dichiarato

ATTIVITA' GESTIONE CONFLITTO: provvedimento adottato per la gestione del rischio Es. trasferimento ad altra struttura nell'ambito della stessa area Dipartimentale/Distrettuale, astensione in particolari pratiche, attività presso altre aree, controlli e validazione prestazioni, altre tipologie di provvedimenti coerenti con l'attività prestata. (.....a titolo meramente esemplificativo e assolutamente non esaustivo e di riferimento).

ATTIVITA' COMPENSATIVA BILANCIAMENTO: Attività svolta quale compensazione all'attività di gestione del rischio Es. utilizzo in altri contesti operativi e territoriali (.....a titolo meramente esemplificativo e assolutamente non esaustivo e di riferimento)