



***PIANO TRIENNALE
DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE
E DELLA TRASPARENZA
2022 - 2024***

Sommario

Parte Prima – Sistema di monitoraggio e obiettivi strategici.....	4
a) <i>L’aggiornamento del Piano anticorruzione sulla base dei risultati del monitoraggio.....</i>	4
b) <i>Il contesto estemo.....</i>	5
c) <i>Verifica sul rispetto degli obblighi del Piano e sull’attuazione della gestione del rischio.....</i>	18
d) <i>Controlli sui procedimenti disciplinari.....</i>	21
e) <i>Monitoraggio sui tempi dei procedimenti.....</i>	22
f) <i>Verifica conseguimento obiettivi strategici del 2021.....</i>	23
g) <i>Verifica attuazione misure generali del 2021.....</i>	24
h) <i>Gli obiettivi strategici 2022 - 2024.....</i>	26
Parte Seconda - Soggetti, compiti e responsabilità.....	27
a) <i>Soluzioni organizzative adottate.....</i>	27
b) <i>I soggetti interni.....</i>	28
c) <i>I soggetti esterni.....</i>	34
Parte Terza - La gestione del rischio.....	36
a) <i>I principi alla base della mappatura – valutazione e trattamento del rischio.....</i>	36
b) <i>Il contesto intemo- mappatura dei processi.....</i>	37
c) <i>La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione.....</i>	46
d) <i>Il trattamento del rischio.....</i>	50
e) <i>Attività di auditing.....</i>	51
Parte Quarta - La trasparenza amministrativa.....	53
a) <i>Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all’individuazione, all’elaborazione e alla trasmissione dei dati. Aggiornamento dei dati.....</i>	53
b) <i>Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati.....</i>	54
c) <i>Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi.....</i>	55
d) <i>Procedura di trasmissione dei dati.....</i>	56
e) <i>Collegamento tra performance, trasparenza e P.T.P.C.T.....</i>	58
f) <i>Misure generali di trasparenza.....</i>	58
Parte Quinta - Le misure “generali”.....	63
a) <i>Formazione in tema di anticorruzione.....</i>	64
b) <i>Codici di Comportamento.....</i>	65
c) <i>Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse.....</i>	66
d) <i>Incarichi extra-istituzionali.....</i>	67

e) Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013	67
f) La rotazione del personale	68
g) Revolving doors o pantouflage	69
h) Whistleblowing (Sentinella Civica)	69
i) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.	70
j) Antiriciclaggio	70
k) Patti di integrità	72

Allegati del P.T.P.C.T. :

- **Allegato n. 1: Elenco processi, pagg. 11**
- **Allegato n. 2: Elenco misure specifiche, pagg. 5**
- **Allegato n. 3: Schede mappatura processi e rischi, pagg. pag. 114**
- **Allegato n. 4: Schede misure specifiche, pagg. 30**
- **Allegato n. 5: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori , pagg. 7**
- **Allegato n. 6, Schede di monitoraggio, pag. 46**

Parte Prima – Sistema di monitoraggio e obiettivi strategici

a) L'aggiornamento del Piano anticorruzione sulla base dei risultati del monitoraggio

Il P.T.P.C.T. 2022 – 2024 è stato aggiornato, da un lato, tenendo presente l'analisi del contesto esterno, rivisto a seguito dei cambiamenti intervenuti anche a livello internazionale, dall'altro, dagli esiti del monitoraggio sulle attività svolte dalle Strutture aziendali, con particolare attenzione a tutti gli elementi di criticità riscontrati, criticità non da intendersi come qualcosa di esclusivamente negativo, ma, al contrario, come una opportunità di crescita, al fine di favorire l'elaborazione di un documento che risponda concretamente alle esigenze di miglioramento dell'organizzazione aziendale. Per questo motivo la sezione relativa al monitoraggio è stata collocata all'inizio del documento proprio per sottolinearne l'importanza e il suo ruolo di impulso nella predisposizione delle attività e delle misure di prevenzione delle successive sezioni.

Il livello di attuazione degli obblighi e delle misure del Piano ha tenuto conto delle conseguenze derivanti dalla pandemia che, anche nel 2021 ha assorbito molte energie e risorse, modificando e rimodulando alcuni obiettivi; anche nel corso del corrente anno 2022 potrebbe essere necessario prevedere delle modifiche nella programmazione delle attività di questo triennio, in conseguenza della grave situazione internazionale che stiamo vivendo.

Il presente P.T.P.C.T. si colloca in una linea di tendenziale continuità con il precedente; infatti, da un lato si è proseguito nel percorso di semplificazione già avviato dall'altro è stato mantenuta, anzi rafforzata, l'impostazione in base alla quale le iniziative di prevenzione, inserite nel Piano, non siano rivolte solo a contrastare la corruzione intesa in senso penalistico, ma contribuiscano al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia della performance degli uffici, attraverso una migliore qualità dell'analisi dei processi aziendali partendo dal principio che la corruzione sia strettamente connessa al concetto di malfunzionamento, di malamministrazione, di cattivo uso delle risorse pubbliche, di favoritismi e privilegi, "collocandosi in quelle zone grigie che separano i comportamenti sicuramente leciti da quelli gravemente sanzionati"¹. Ne consegue che le misure inserite nel presente Piano sono state intese come vere e proprie misure organizzative e progettate, quando possibile, con la collaborazione degli uffici stessi che dovranno attuarle. Ogni misura individuata rappresenta, quindi, un obiettivo per migliorare l'organizzazione del lavoro e in grado di innalzare il livello di trasparenza e imparzialità tra i dipendenti al fine di accrescere lo "spirito di corpo" e un maggiore senso di appartenenza all'Azienda.

Di seguito vengono illustrati i seguenti monitoraggi condotti nel corso del 2021:

¹ La corruzione in Italia. Per una politica di prevenzione. Analisi del fenomeno, profili internazionali e proposte di riforma, Rapporto della Commissione per lo studio e l'elaborazione di proposte in tema di trasparenza e prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione, 2012, pag. 50

- verifica sul rispetto degli obblighi del Piano e sull'attuazione della gestione del rischio obblighi contenuti nel PTPCT e del Codice di Comportamento;
- verifica sui procedimenti disciplinari;
- monitoraggio sui tempi dei procedimenti;
- verifica conseguimento obiettivi strategici;
- verifica conseguimento delle misure generali progettate nel corso del 2021.

Sulla base degli esiti di queste verifiche e dell'analisi del "contesto esterno" il Direttore Generale ha individuato i nuovi obiettivi strategici, i quali, assieme alle misure generali e a quelle specifiche saranno portati avanti nel corso del triennio di riferimento del P.T.P.C.T. e annualmente rendicontati per verificarne la loro corretta attuazione.

b) Il contesto esterno

L'analisi del contesto esterno è stato suddiviso nei seguenti ambiti di indagine:

a) le relazioni con portatori di interessi esterni che possono influenzare l'attività istituzionale dell'Azienda, sia in positivo sia in negativo, aggiornando il numero e gli impatti degli "stakeholder" anche sulla scorta delle relazioni e dei rapporti intrattenuti nel corso del 2021. Le relazioni sono sintetizzate in una tabella di "swot";

b) la realtà territoriale in cui l'Azienda è inserita per comprendere se ci siano elementi in grado di agevolare eventuali fenomeni di malamministrazione o di criticità organizzativa attraverso il reperimento dei dati relativi ai seguenti ambiti:

- Sviluppo demografico
- Economia del territorio: impatti pandemia, risorse PNRR, guerra in Ucraina
- Criminalità
- Giurisdizione contabile
- Dinamiche socio – culturali
- Situazione sanitaria

Sulla base di queste analisi sono stati proposti al Direttore Generale alcuni obiettivi strategici e definite alcune misure generali². L'analisi del contesto esterno ha fornito il punto di avvio per predisporre la successiva analisi del contesto interno per l'individuazione di eventuali nuove strutture e processi da mappare e per programmare eventuali ulteriori misure specifiche³.

a) Portatori di interesse

Soggetto	Tipologia di relazione, punti di forza, minacce		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territoriali, culturali, criminologiche, sociali ed economiche, organizzative)	Impatto	Probabilità	Rischio
	Input	Output				
Relazioni Istituzionali (Direzione Generale e Staff Direzione Generale – URP – Collegio Sindacale), Sindacati e Patronati	Indicazioni Direttore Generale Segnalazioni URP Incontri sindacali	Obiettivi R.P.C.T. Verifica P.T.P.C.T. Attivazione procedure accertamento su segnalazioni URP	Sociali tecniche organizzative	Alto	Alto	Alto
Relazioni con Ministero e altri Enti pubblici e istituzionali	Comunicazioni obbligatorie	Inserimento sui Siti delle informazioni richieste dalla normativa	tecniche	Basso	Bassa	Basso
Relazioni con ditte fornitrici di beni/servizi, strutture accreditate, aziende “promoter” e “sponsor”), ordini professionali	Pressioni dal contesto territoriale di settore ed economico sociale, Influenze lobbistiche	Azioni correttive, controlli e verifiche	Sociali tecniche organizzative	Alto	Alto	Alto
Relazioni con cittadini fruitori dei servizi sanitari, associazione dei consumatori	Segnalazioni a vario titolo riguardanti le tematiche di trasparenza e anti-corruzione	Attivazione istruttoria Azioni correttive	Sociali tecniche organizzative	Medio	Media	Alto

² Vedi Parte Quinta – Le misure generali

³ Vedi Parte Terza – La gestione del rischio, b) Il contesto interno – mappature dei processi

Soggetto	Tipologia di relazione, punti di forza, minacce		Eventuale incidenza di variabili esogene (es. territoriali, culturali, criminologiche, sociali ed economiche, organizzative)	Impatto	Probabilità	Rischio
	Input	Output				
Relazioni A.Li.Sa.	Indirizzi A.Li.Sa. Problemi connessi alla tematica anticorruzione	Attivazione tavoli tecnici congiunti Elaborazione documenti comuni	Tecniche organizzative	Altissimo	Altissima	Altissimo
Relazioni con i 1) dipendenti e, in particolare, con i 2) dirigenti	1) Segnalazioni tramite procedura whistleblowing e contestazioni valutazioni individuali; 2) pressioni con richiesta di modificare le procedure in essere e contestazioni incompatibilità	Pressioni indebitate Azioni correttive	Tecniche organizzative	1) Medio; 2)/3) altissimo	1) Media; 2)/3) altissimo	1) Alto; 2)/3) altissimo
Relazione con Strutture ASL, sindacati, patronati	Segnalazioni Richiesta supporto tecnico Richiesta pareri	Istruttoria/azioni correttive Attivazione supporto tecnico/tavoli tecnici Rilascio pareri	Tecniche organizzative	Altissimo	Altissima	Basso
Relazioni con O.I.V.	Supporto per l'adempimento dei compiti dell'O.I.V. in materia di Prevenzione della Corruzione e di trasparenza	Attivazione del supporto. Risposta alle specifiche richieste Messa a disposizione di documentazione	Tecniche organizzative	Alto	Alto	Basso

b) Realtà territoriale

Sviluppo demografico

L'età media della popolazione è piuttosto elevata rispetto alla media nazionale così come risulta dal prospetto sottostante:

	Indice di dipendenza strutturale	Indice di dipendenza anziani	Indice di vecchiaia	Età media
Imperia	63,9	46,0	257,1	48,9
Savona	67,0	49,3	278,4	49,8
Genova	65,9	47,8	264,4	49,3
La Spezia	63,1	44,9	246,4	48,8
Liguria	65,4	47,4	263,2	49,2
ITALIA	56,8	36,8	183,3	45,9

Il prospetto comprende anche altri indicatori di interesse: l'indice di dipendenza strutturale, che mette in rapporto la popolazione >65 con la popolazione attiva (15 – 64 anni) e l'indice di dipendenza anziani, che mette in rapporto la popolazione in età non attiva (0-14 anni e 65 anni e più) e popolazione in età attiva (15-64 anni).

L'indice di vecchiaia, che mette in rapporto la popolazione di 65 anni e più e popolazione di età 0-14 anni, risulta significativamente superiore alla media nazionale.

Ad ulteriore conferma dell'anzianità della popolazione ligure si propone la suddivisione per fasce di età (dato Istat agosto 2021):

	0-14 anni	15-64 anni	65 anni e oltre
Imperia	10,9	61,0	28,1
Savona	10,6	59,9	29,5
Genova	10,9	60,3	28,8
La Spezia	11,2	61,3	27,5
Liguria	10,9	60,5	28,7
ITALIA	12,8	63,8	23,4

Anche l'indicatore sul tasso di crescita della popolazione si presenta, per l'area genovese in netto calo nel triennio 2018/2020⁴ (dato Istat agosto 2021):

⁴ I dati sulla popolazione sono tratti dal portale.istat.it e aggiornati ad agosto 2021

	2018	2019	2020*
Imperia	-5,2	-2,6	-3,8
Savona	-7,2	-7,2	-11,3
Genova	-6,0	-5,9	-11,3
La Spezia	-2,4	-3,2	-8,7
Liguria	-5,6	-5,3	-9,9
ITALIA	-2,0	-3,2	-6,5

Stranieri

Gli stranieri residenti in Liguria sono 149.862 di cui 73.971 maschi e 75.891 femmine. Nella Città Metropolitana di Genova 38.641 maschi, 39.516 femmine per un totale di 77.977⁵.

Flusso migranti

Nel 2014 i migranti sbarcati nelle coste regionali rappresentavano solo lo 0,9% del totale (percentuale minima rispetto alle altre regioni: 81% in Sicilia, 8% in Puglia e 6% in Calabria). Tuttavia la loro ripartizione ha interessato anche la Liguria con numeri consistenti fino al 2017. Successivamente tale flusso si è drasticamente ridotto (75 nel 2018 e 50 nel 2019). Nel 2020 - 2021 non è stato segnalato nessuno sbarco e nessun arrivo di migranti.⁶

Con lo scoppio della guerra russo – ucraina sono progressivamente aumentati i numeri di profughi che sono giunti in Liguria. Fino ad oggi sono stati 4.027 gli ucraini presi in carico dal sistema sanitario della Liguria e di questi 438 in Asl 1, 877 in Asl 2, 1.888 in Asl 3, 420 in Asl 4, e 404 in Asl 5, con 3378 STP (Straniero Temporaneamente Presente) emessi⁷.

Economia del territorio: impatti pandemia, risorse PNRR, guerra in Ucraina

Impatti pandemia

L'economia ligure che fino al 2019 aveva registrato una moderata espansione, sia per quanto riguarda i servizi sia per l'industria ha subito anch'essa le conseguenze della pandemia. A seguito del conseguente "lockdown" imposto dal governo si stima, sulla base dei conti economici territoriali dell'Istat, che la chiusura abbia riguardato in Liguria attività economiche cui è riconducibile direttamente circa il 24% del valore aggiunto, a fronte del 27,7% nella media italiana⁸. Lo conferma anche la movimentazione commerciale complessiva del primo trimestre del 2021 diminuita del 8,5% rispetto allo stesso periodo del 2020.

⁵ I dati sulla popolazione straniera sono presi dal portale.istat.it (aggiornati al 01/01/2022)

⁶ http://www.prefettura.it/genova/contenuti/Banche_dati_e_statistiche-7584.htm

⁷ Le informazioni si riferiscono al 29/03/2022 dal sito web: <https://www.genovatoday.it/cronaca/ucraina-profughi-alberghi.html>

⁸ P.T.P.C.T. 2021 – 2023 Comune di Genova, pag. 15

Nel corso del 2021 tuttavia sono stati rilevati segnali di ripresa come attesta la relazione trimestrale elaborata dalla Camera di Commercio; infatti a fine marzo 2021 il numero di imprese è stato superiore di 769 unità rispetto a quello registrato nel marzo 2020, con un tasso di crescita positivo pari allo 0,6%. Tra queste imprese, i settori economici che maggiormente risentono della crisi sono il commercio e il turismo. In crescita risultano le imprese artigiane che evidenziano una crescita di 120 unità.⁹

Impatto della pandemia dal punto di vista demografico

All'1/1/2021 risultavano in pagamento presso l'INPS 423.009 prestazioni previdenziali con durata quarantennale, erogate cioè a persone andate in pensione nel lontano 1980 o ancora prima; l'anno precedente erano 502.327. Il decremento è del 16%, pari a 79.318 prestazioni eliminate, molte delle quali a causa del nuovo coronavirus, i cui esiti si sono manifestati più severamente nei confronti degli over 65: come evidenzia il Rapporto, il 96,3% dell'eccesso di mortalità registrato nel 2020 ha riguardato persone con età uguale o superiore a 65 anni, per la quasi totalità pensionate e che percepivano in media circa 1,17 pensioni IVS (non disponibili i dati sulle prestazioni assistenziali eliminate). Considerando per compensazione l'erogazione delle nuove reversibilità, la pubblicazione quantifica dunque in 1,11 miliardi di euro il risparmio, tristemente prodotto nel 2020 da SARS-CoV-2 a favore delle casse INPS, e in circa 11,9 miliardi la minor spesa nel decennio (2020-2029)¹⁰.

Risorse PNRR

Alla Regione Liguria sono state assegnate le seguenti risorse del PNRR:

- M6C2 – Intervento 1.2 - “Verso un ospedale sicuro e sostenibile” – Interventi di adeguamento antisismico, € 15.343.202,84, a valere sui fondi PNRR, ed € 34.824.460,18 a valere sul Fondo Complementare (FC);
- M6C2 Intervento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi Apparecchiature), € 28.559.779,96 per interventi di sostituzione delle grandi apparecchiature elettromedicali del SSN ritenute obsolescenti (con oltre 5 anni di vita);
- M6C2 Intervento 1.1.2 "Digitalizzazione e informatizzazione dei sistemi ospedalieri (DEAI e DEA II livello)" € 34.827.102,04;

⁹ DUP 2022 – 2024 Comune di Genova, pag. 29

¹⁰ <https://www.itinerariprevidenziali.it/site/home/ilpunto/pensioni/il-sistema-pensionistico-italiano-soffre-covid-19-ma-regge-anche-nel-2020.html>

- M6C1 1.1 Case della Comunità, € 44.030.926,66 per la realizzazione di almeno 30 Case della Comunità
- M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali:
 - € 2.596.125,00 per la realizzazione di almeno 15 Centrali Operative Territoriali;
 - € 1.066.071,88 per interconnessione aziendale;
 - € 1.450.742,83 per “device”;
- M6C1 1.3 Ospedali della Comunità, € 24.016.869,09 per la realizzazione di almeno 10 Ospedali della Comunità¹¹.

I fondi del PNRR rappresentano non solo delle opportunità di crescita del territorio ma anche delle situazioni a rischio corruttivo per cui è necessario vigilare con particolare attenzione affinché “non vadano a finire in mani sbagliate”. A questo scopo l’08/04/2022 il ministro dell’Interno si è recata a Genova per la sottoscrizione di due protocolli di legalità per la realizzazione della nuova diga foranea di Genova” e per la progettazione definitiva ed esecutiva e l’esecuzione dei lavori relativi all’adeguamento alle norme in materia di sicurezza dei luoghi di lavoro, nonché di razionalizzazione dell’accessibilità dell’area portuale industriale di Genova Sestri Ponente”¹²

Situazione internazionale

Da considerare come rilevante l’impatto che potranno avere in futuro gli aumenti registrati dalle fonti di energia e, in particolare, del rischio sempre più concreto che il flusso di gas possa drasticamente diminuire in conseguenza della guerra, dalle ritorsioni da parte della Russia o da una decisione della UE di rinunciare al gas russo. Tutti questi fattori associati fra loro stanno determinando delle conseguenze negative all’economia (altissimo aumento del tasso di inflazione, previsioni di crescita rivisti al ribasso) che non potranno avere dei risvolti in termini sia sociali sia sanitari, anche nella realtà in cui opera questa Azienda. A ciò si deve aggiungere l’ormai endemica criticità delle autostrade liguri a causa della costante presenza di cantieri che rendono la viabilità un ostacolo alla libera circolazione delle persone e delle merci.

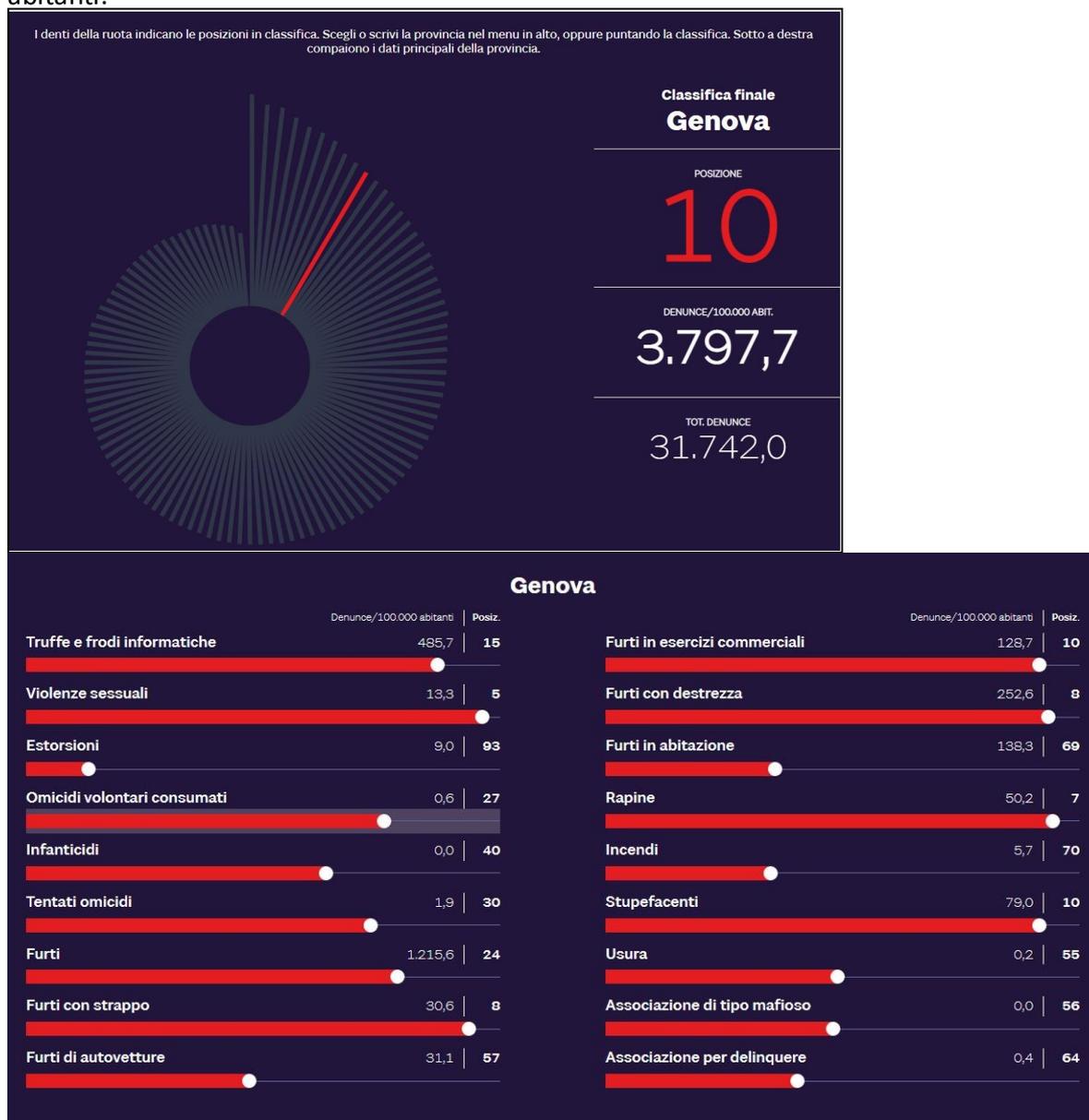
Casistica giudiziaria

¹¹ Sono stati utilizzati i dati della DGR Regione Liguria n. 169/2022: PNRR Missione 6 - PROGRAMMA INTERVENTI M6C1 1.1 Case della Comunità - M6C1 1.2.2 Centrali Operative Territoriali - M6C1 1.3 Ospedali della Comunità - M6C2 1.1 Ammodernamento tecnologico e digitale ospedaliero - M6C2 1.2 Antisismica

¹² Dati tratti da un articolo di “Genovacronaca” della La Repubblica di sabato 9 aprile 2022

- Criminalità
- Antiriciclaggio
- Droga e mafia

Dai dati tratti dall'Indice di criminalità del 2021, elaborati dal "Sole24ore" (in base alle informazioni provenienti dal Dipartimento di pubblica sicurezza), emerge che anche in Liguria sono tornati a salire i reati dopo la brusca flessione nei mesi di chiusura per il Covid. La nostra regione si pone al decimo posto in Italia come numero di denunce registrate ogni 100.000 abitanti:



In particolare Genova si trova fra i primi posti in Italia in quanto a numero di denunce (ogni 100.000 abitanti) dei seguenti reati:

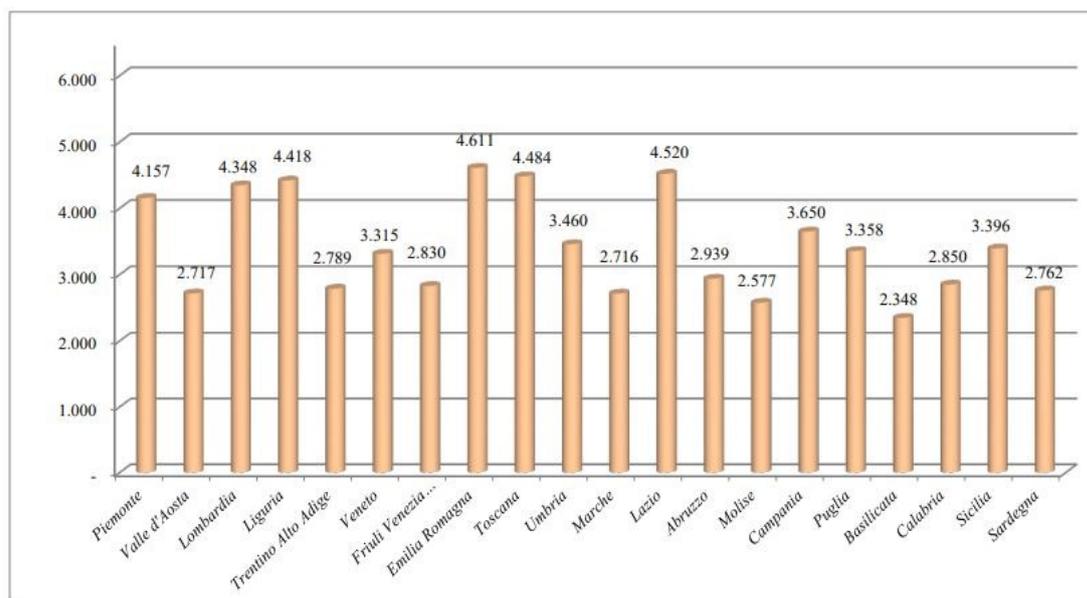
¹³ <https://lab24.ilsole24ore.com/indice-della-criminalita/>

- Rapina in esercizi commerciali, ottavo posto, 88,3 denunce
- Sfruttamento della prostituzione e pornografia minorile: primo posto, 13,9
- Contrabbando, quarto posto, 18
- Danneggiamento, terzo posto, 806
- Furti con strappo, ottavo posto, 30,6
- Furti di motociclo, quinto posto, 90,7
- Furti con destrezza, ottavo posto, 252,6

Anche a livello regionale la Liguria si conferma tra i primi posti di questa classifica (dati riferiti al 2019)¹⁴:

TOTALE GENERALE DELITTI ANNO 2019

Dati regionali - Numero delitti ogni 100.000 abitanti



Riciclaggio

Per quanto riguarda il fenomeno di riciclaggio il numero di denunce depositate è di 2,9 per ogni 100.000 abitanti che colloca la città al trentasettesimo posto in Italia. In particolare il totale delle segnalazioni di operazione sospette ricevuti dalla Unità Informativa Finanziaria (UIF) del 2020

¹⁴ E' stata utilizzata la tabella del rapporto sul numero di delitti denunciati all'autorità giudiziaria dalla FF.PP, 2020

ammontano a 2.574, (di cui 1.319 nella città metropolitana di Genova) mentre nel I semestre 2021 a 1.584 (di cui 850 a Genova)¹⁵.

Droga e mafia

Per quanto concerne la presenza di stupefacenti la nostra regione ha visto aumentarne il traffico. Le operazioni antidroga condotte dalle Forze di Polizia nel corso del 2019 state 1.174 rappresentando il 4,54% del territorio nazionale con un aumento dello 0,86% rispetto ai numeri del 2018. La Liguria si pone al quarto posto nel Nord Italia, dato preoccupante anche in considerazione del numero di abitanti.¹⁶

Nonostante la pandemia che abbia ridotto le transazioni e la mobilità in genere nella prima semestre del 2021 sono state concluse 82 operazioni antidroga il 59,85% hanno interessato la piazza di Genova. Anche la frontiera di Ventimiglia è stata interessata da attività illecite collegate alla droga: sono state sequestrate il 98,38% del totale di hashish e il 44,73% del totale di marijuana intercettati su base nazionale. “Al riguardo pare ormai assodato il coinvolgimento delle consorterie *‘ndranghetiste* radicate sul territorio. [...] oggi la presenza delle mafie in Regione rappresenta un dato consolidato anche sul piano giudiziario” [...] L’attività investigativa svolta in questi anni ha documentato “la presenza di singoli soggetti o di interi gruppi familiari ritenuti proiezioni extraregionali di camorra e di mafia siciliana, attive sia nei mercati illegali, sia nei contesti leciti”¹⁷.

“Nell’ambito del monitoraggio delle infiltrazioni mafiose negli appalti pubblici anche su impulso della DIA i Prefetti liguri hanno adottato alcuni provvedimenti interdittivi nei confronti di ditte operanti prevalentemente nel settore dei trasporti e del commercio all’ingrosso”¹⁸

Giurisdizione contabile

Gli impegni per la spesa sanitaria nel 2020 ammontano a 3,58 miliardi su 4,71 complessivi, costituendo pertanto la componente principale (76%) con un significativo incremento dei fondi assegnati ad A.Li.Sa anche per effetto dei finanziamenti erogati per fronteggiare l’emergenza pandemica.

Il saldo di mobilità dei pazienti è risultato negativo per un costo di 51,1 milioni anche se in miglioramento rispetto al 2019.

¹⁵ Quest’ultimo dato è stato tratto da: “Quaderni dell’antiriciclaggio dell’Unità di Informazione Finanziaria - I semestre 2021, pag. 15.

¹⁶ Questi dati sono stati ricavati dall’Annuario delle statistiche ufficiali del Ministero dell’Interno 2020 (http://ucs.interno.gov.it/ucs/contenuti/Annuario_delle_statistiche_ufficiali_del_ministero_dell_interno_edizione_2020-10302134.htm)

¹⁷ Relazione semestrale DIA I semestre 2021, pag. 269,270

¹⁸ Relazione semestrale DIA I semestre 2021, pag. 271

Nel 2020 la spesa farmaceutica si è attestata al 15,52% del fondo sanitario, inferiore alla media nazionale ma non sufficiente a raggiungere l'obiettivo di contenimento posta dalla legge (14,85%)

L'esame svolto sulle relazioni dei Collegi sindacali aventi ad oggetto i bilanci dell'esercizio 2019 degli enti del SSN della Regione non ha evidenziato criticità di particolare significatività

Di seguito sono riportati i dati in percentuale relativi alla tipologia di giudizi emessi dalla Corte dei Conti (sez. giurisdizionale per la Liguria):

- Irregolarità conti agenti contabili: 24%
- Indebito rimborso spese di funzionamento (Gruppo Cons. Reg.): 18%
- Danno all'immagine: 13%
- Violazione normativa sul rapporto di lavoro: 13%
- Errori sanitari: 9%
- Sanzioni per mancata razionalizzazione partecipazione pubbliche: 7%
- Debiti fuori bilancio – pagamento passività arretrate: 7%¹⁹

Dinamiche socio – culturali

Per avere un'idea delle condizioni sociali delle comunità e del contesto in cui opera l'Azienda sono state utilizzate le informazioni dell'ultimo rapporto "BES" del 2020 (acronimo di Benessere Equo e Sostenibile) il cui ultimo aggiornamento risale al 10 maggio 2021, realizzato dall'Istat. Il rapporto utilizza un ampio set di indicatori, per fotografare l'insieme degli aspetti che concorrono alla qualità della vita dei cittadini.

Sono stati resi disponibili anche i dati su base regionale (in formati Excel o .pdf). Gli indicatori regionali proposti sono numerosi. In questa sede sono riportati quelli che risultano più problematici per la Liguria (a livello della media delle regioni settentrionali o della media nazionale) e che hanno, o che possono avere in futuro, delle ricadute anche in termini sociosanitari ²⁰:

¹⁹ I dati sono stati tratti dalle relazioni di inaugurazione dell'anno giudiziario 2022 della Corte dei Conti della Liguria

²⁰ <https://www.istat.it/it/benessere-e-sostenibilit%C3%A0/obiettivi-di-sviluppo-sostenibile/gli-indicatori-regionali>

Indicatori proposti		Valori		
		Liguria	Nord	Italia
Goal 1	SDG 1.2.2 - Percentuale di uomini, donne e bambini di ogni età che vivono in povertà (in tutte le sue dimensioni) in base alle definizioni nazionali			
	<i>Percentuale di popolazione che vive in condizione di povertà o esclusione sociale (Istat, 2018, %)</i>	18,8	15,9	27,3
	<i>Grave deprivazione materiale (Istat, 2018, %)</i>	4,4	3,4	8,5
	<i>Bassa intensità lavorativa (Istat, 2018, %)</i>	7,3	6,4	11,3
	<i>Rischio di povertà (Istat, 2018, %)</i>	14,0	11,5	20,3
	SDG 3.3.1 - Numero di nuove infezioni da HIV per 1.000 persone non infette, per sesso, età e gruppi di popolazione			
	<i>Incidenza delle infezioni da HIV per 100.000 residenti (per regione di residenza) (Istituto Superiore di Sanità, 2017, per 100.000)</i>	6,5	5,6	5,7
	SDG 3.4.1 - Tasso di mortalità attribuita a malattie cardiovascolari, cancro, diabete o malattie respiratorie croniche			
	<i>Tasso standardizzato di mortalità per le maggiori cause di morte tra 30-69 anni (Istat, 2017, per 100.000)</i>	210,9	204,4	220,1
	SDG 3.5.2 - Consumo alcol pro capite (per la popolazione di età compresa tra 15 anni e più) in un anno in litri di alcol puro			
	<i>Alcol (Istat, 2019, %)</i>	18,2	17,8	15,8
	SDG 3.6.1 - Tasso di mortalità per incidenti stradali			
	<i>Tasso di mortalità per incidente stradale (Istat, 2018, per 100.000)</i>	7,8	5,6	5,3
	SDG 3.8.1 - Proporzioni della popolazione target coperta dai servizi sanitari essenziali			
	<i>Posti letto in degenza ordinaria in istituti di cura pubblici e privati (Elaborazioni Istat su Open Data del Ministero della Salute, 2017, per 10.000 abitanti)</i>	33,5	35,0	31,8
	SDG 3.a.1 - Consumo di tabacco relativo alle persone di 15 anni e più, standardizzato per età			
	<i>Proporzioni standardizzate di persone di 15 anni e più che dichiarano di fumare attualmente (Istat, 2019, %)</i>	20,1	18,1	19,0
	SDG 3.b.1 - Percentuale della popolazione coperta da tutti i vaccini inclusi nel programma nazionale			
	<i>Copertura vaccinale antinfluenzale età 65+ (Ministero della Salute, 2018/2019, per 100 abitanti)</i>	50,1		53,1
	SDG 8.5.2 - Tasso di disoccupazione, per sesso, età e persone con disabilità			
	<i>Tasso di disoccupazione (Istat, 2019, %)</i>	9,6	6,1	10,0
	<i>Occupati in lavori a termine da almeno 5 anni (Istat, 2019, %)</i>	16,6	12,6	17,1
	SDG 8.6.1 - Percentuale di giovani (di età compresa tra 15-24 anni) che non seguono un corso di istruzione o di formazione e non lavorano			
	<i>Giovani che non lavorano e non studiano (NEET) (15-29 anni) (Istat, 2019, %)</i>	17,7	14,5	22,2
	SDG 8.8.1 - Numero di infortuni mortali e non mortali per 100.000 lavoratori, per sesso e status di migrante			
	<i>Tasso di infortuni mortali e inabilità permanente (Inail, 2017, per 10.000 occupati)</i>	14,7	10,2	11,4
	SDG 11.1.1 - Percentuale di popolazione che vive in baraccopoli urbane, insediamenti informali o alloggio inadeguato			
	<i>Percentuale di persone che vivono in abitazioni con problemi strutturali o problemi di umidità (Istat, 2018, %)</i>	12,3	11,0	13,2
	SDG 11.5.1 - Numero di morti, dispersi e delle persone direttamente colpite, attribuito a disastri per 100.000 abitanti			
	<i>Popolazione esposta al rischio di alluvioni (Ispra, 2017, %)</i>	17,5	15,6	10,4
	SDG 11.6.2 - Livelli annuali medi di particolato sottile (PM2,5 e PM 10) nelle città (ponderato sulla popolazione)			
	<i>Qualità dell'aria urbana - Biossido di azoto (Istat, 2018, %)</i>	31,6	13,4	11,9
	SDG 11.7.1 - Percentuale media dell'area urbanizzata delle città che viene utilizzata come spazio pubblico, per sesso età e persone con			
	<i>Incidenza delle aree di verde urbano sulla superficie urbanizzata delle città (Istat, 2018, m2 per 100 m2 di superficie urbanizzata)</i>	4,2	11,5	8,9
	SDG 11.7.2 - Percentuale di persone vittima di molestie fisiche o sessuali, per sesso, età, stato di disabilità e luogo di ritrovamento, negli ultimi			
	<i>Persone di 14-65 anni che hanno subito almeno una molestia a sfondo sessuale negli ultimi 12 mesi (Istat, Donne e uomini, %)</i>	5,0	4,2(*)	5,1
	SDG 13.1.1 - Numero di morti, dispersi e delle persone direttamente colpite, attribuito a disastri per 100.000 abitanti			
	<i>Popolazione esposta al rischio di alluvioni (Ispra, 2017, %)</i>	17,5	15,6	10,4
	<i>Popolazione esposta al rischio di frane (Ispra, 2017, %)</i>	5,8	1,3	2,2
	<i>Impatto degli incendi boschivi: Superficie percorsa dal fuoco (Istat, Elaborazione su dati Corpo forestale dello Stato e Protezione Civile (2005-2015) e Comando Carabinieri Tutela forestale, Nucleo Informativo Antincendio Boschivo (2016-2017), 2018, per 1.000 kmq)</i>	0,2	0,1	0,6
	SDG 15.1.1 - Aree forestali in rapporto alla superficie terrestre			
	<i>Aree forestali in rapporto alla superficie terrestre (FAO e INFC, 2015, %)</i>	66,3	33,2	30,8
	<i>Coefficiente di boscosità (Elaborazioni ISPRA su dati FAO e Istat su dati INFC, 2015, %)</i>	73,4	36,4	36,8
	SDG 16.3.2 - Percentuale di detenuti senza sentenza sulla popolazione carceraria complessiva			
	<i>Percentuale di detenuti adulti in attesa di primo giudizio sul totale dei detenuti adulti (Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria - Ministero della Giustizia, 2018, %)</i>	17,8	14,7	16,5
	<i>Affollamento degli istituti di pena (Istat, 2018, Numero detenuti per 100 posti disponibili)</i>	130,7	126,0	117,9
	SDG 16.5.1 - Percentuale di persone che negli ultimi 12 mesi ha/hanno avuto almeno un contatto con un pubblico ufficiale e che ha/hanno pagato una tangente a un pubblico ufficiale, o ricevuto una richiesta di tangente da pubblici ufficiali			
	<i>Famiglie che hanno avuto richieste di denaro, favori o altro o che hanno dato denaro, regali o altro in cambio di favori o servizi (Istat, Almeno un caso di corruzione negli ultimi 12 mesi, %)</i>	1,2	1,0(*)	1,2
	SDG 16.6.2 - Percentuale di popolazione soddisfatta dell'ultima esperienza con i servizi pubblici			
	<i>Famiglie che dichiarano molta difficoltà a raggiungere almeno 3 servizi essenziali (Istat, 2017-2019, %)</i>	5,7	4,8	6,9
	SDG 17.6.2 - Abbonamenti Internet con connessione a banda larga fissa, per 100.000 abitanti, per velocità			
	<i>Famiglie con connessione a banda larga fissa e/o mobile (Istat, 2019, %)</i>	74,0	76,6	74,7
	<i>Imprese con almeno 10 addetti con connessione a banda larga fissa o mobile (%) (Istat, 2019, %)</i>	81,8	96,3	94,5
	SDG 17.8.1 - Percentuale di individui che utilizzano internet			
	<i>Persone di 6 anni e più che hanno usato Internet negli ultimi tre mesi, per 100 persone (Istat, 2019, %)</i>	68,0	70,8	67,9
	<i>Imprese con almeno 10 addetti che hanno un sito Web/home page o almeno una pagina su Internet (%) (Istat, 2019, %)</i>	66,0	79,3	72,1

Situazione sanitaria (Covid)²¹

Con DL n. 24 del 24/03/2022 lo stato di emergenza, deliberato dal Consiglio dei ministri il 31/01/2020 e via via prorogato, è stato dichiarato concluso il 31 marzo 2022. Tuttavia la trasmissibilità del virus continua ad essere al di sopra della soglia epidemica anche se si osserva una stabilizzazione dell'incidenza. La Liguria è in linea con la situazione nazionale:

- Casi totali: 372.992; incidenza cumulativa: 24.704.65 per 100.000

- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 21/3/2022-27/3/2022: 9.496 | Incidenza: 628.96 per 100.000 - **Rt: 1.09**



Proprio in considerazione di questi dati sono state mantenute alcune misure di contenimento del virus tra cui la possibilità prorogare gli incarichi di collaborazione esterna di medici e infermieri negli Enti Sanitari anche per proseguire la campagna vaccinale nel corso del 2022 (ai sensi dell'art. 10 c.2 del D.L. n. 24/202): Infatti "le nostre autorità sanitarie hanno

disposto il secondo richiamo, la cosiddetta quarta dose, per ottantenni, ospiti delle Rsa e anziani fragili. In autunno valuteremo un richiamo più esteso anche per le altre fasce d'età"²². Dopo l'estate è probabile che tutti, a prescindere dalle fasce di età, dovranno nuovamente vaccinarsi contro il Covid. La conferma arriverà solamente con i nuovi studi scientifici, anche perché il proliferare di nuove varianti – soprattutto con una circolazione del virus che resta elevatissima – può cambiare le regole del gioco diverse altre volte da qui a settembre-ottobre. Potrebbero arrivare nuovi vaccini per il richiamo, o potrebbero essere escluse le fasce più giovani della popolazione. Quello che è certo è che la programmazione del prossimo inverno dovrà cominciare molto prima di settembre. Per evitare di incappare ancora una volta in un'ondata devastante in termini di vittime e restrizioni.

Conseguenze del Covid a lungo termine

"La riduzione degli interventi chirurgici è drammatica, questa purtroppo è l'altra faccia del Covid [...] Posti letto di chirurgia dimezzati, blocco dei ricoveri in elezione, terapie intensive riconvertite per i pazienti Covid, infermieri e anestesisti delle sale operatorie trasferiti ai reparti Covid. In questo modo l'attività chirurgica in tutta Italia è stata ridotta nella media del 50% con punte dell'80%, riservando ai soli pazienti oncologici e di urgenza gli interventi. [...] Ci avviamo verso la stessa situazione del 2020 che ha portato come conseguenza 400.000 interventi chirur-

²¹ I dati sono stati presi da:

<https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?area=nuovoCoronavirus&id=5351&lingua=italiano&menu=vuoto>

²² Da una intervista del Ministro Speranza rilasciata alla Stampa l'11/04/22. Le considerazioni successive sono state tratte da: <https://www.fanpage.it/politica/quarta-dose-di-vaccino-covid-al-via-per-anziani-e-fragili-quando-dovremo-farla-tutti/>. Vedi anche pag. 44.

gici rinviati, notevole aumento del numero dei pazienti in lista di attesa e, ciò che è più pesante, si è assistito all'aggravamento delle patologie tumorali che spesso sono giunte nei mesi successivi in ospedale ormai inoperabili”²³.

Solo parzialmente, a partire da ottobre 2021 e, presumibilmente, per tutto il 2022, si è proceduto ad effettuare il recupero delle liste di attesa e delle prestazioni di area chirurgica mediante l'introduzione di sedute operatorie/prestazioni a gettone, valorizzate ai sensi dell'art 29 D.L. 14/8/2020 n. 104, convertito, con modificazioni in legge 13/10/2020 n. 126 (€ 80,00/ora per il personale medico e € 50,00/ora per il personale del comparto).

c) Verifica sul rispetto degli obblighi del Piano e sull'attuazione della gestione del rischio

Questo tipo di monitoraggio è stato maggiormente approfondito e articolato rispetto agli anni precedenti e si è strutturato su due livelli:

- Il **I livello** è consistito in una verifica in autovalutazione, richiedendo cioè ai Responsabili di Struttura, sotto la supervisione dei Referenti aziendali, di compilare delle schede di monitoraggio costituite da due sezioni: la **Sezione I**, composta da 17 item (indicatori di monitoraggio) sulla prevenzione della corruzione, con particolare riferimento alla gestione del rischio, e del Codice di Comportamento. La Sezione II, composta dagli obblighi di trasparenza, di cui attestare il livello di completezza e aggiornamento. Riguardo alla sezione I sono state predisposte le colonne “numero” (da inserire il numero delle attività eseguite) e “descrizione” (da riportare in modo sintetico le attività svolte e le criticità riscontrate). Riguardo alla sezione II sono state create due colonne a destra della tabella sugli obblighi di trasparenza²⁴: la prima per verificare se nel corso del 2021 siano stati prodotti atti e/o dati soggetti a pubblicità obbligatoria e la seconda per conoscere il livello di completezza (in termini percentuali) dei dati pubblicati. Le schede sono state compilate e inserite nelle cartelle di rete condivise a tutti gli uffici dell'Azienda. Successivamente le schede sono state analizzate dal RPCT per confrontare i dati immessi dalle Strutture con quelli a propria disposizione e per individuare le anomalie e criticità più significative. Questa verifica è stata il punto di partenza per una condivisione con i Referenti degli aspetti problematici che sono stati riscontrati nel corso del 2021 e per concordare con loro una ulteriore scadenza per il completamento delle attività di competenza non ancora concluse. I risultati di questi incontri sono stati appositamente verbalizzati.

²³ Intervista al Presidente della Società Italiana di Chirurgia (SIC), prof. Francesco Basile su <https://www.insalutenews.it/in-salute/la-traccia-del-covid-drammatica-riduzione-degli-interventi-chirurgici-ecco-le-proposte-della-sic/> del 10/01/2022

²⁴ Per un approfondimento si rinvia alla Parte Quarta lett. a)

- **Il II livello**, più approfondito rispetto al precedente, ha riguardato unicamente il monitoraggio sull'attuazione della gestione del rischio ed è stato svolto attraverso l'attivazione di audit interni su alcune misure collegate ai processi a rischio.

Gli indicatori di monitoraggio di I livello utilizzati per favorire l'autovalutazione da parte delle Strutture sono stati i seguenti:

item Indicatori di monitoraggio: 2021

- 1 Attuazione obiettivi di performance
- 2 Processi aggiornati
- 3 Nuovi processi analizzati
- 4 Nuove misure progettate
- 5 Attuazione misure progettate (se non inserite come obiettivi di performance)
- 6 Componenti gruppo di lavoro gestione del rischio individuati per ogni settore dell'ufficio
- 7 Partecipanti corso di formazione anticorruzione (base)
- 8 Partecipanti corso di formazione sulla gestione del rischio
- 9 Procedimenti aggiornati ex art. 35 D.Lgs. n 33/2013
- 10 Nuovi procedimenti aggiornati ex art. 35 D.Lgs. n 33/2013
- 11 Procedimenti monitorati ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012
- 12 Nuovi procedimenti monitorati ex art. 1 c. 28 L. n. 190/2012
- 13 Informativa ai nuovi dipendenti sul Codice di Comportamento
- 14 Comunicazioni di avere ricevuto regali di valore superiore ai 150 €. -art. 4 del Codice
- 15 Adesioni ad organizzazioni/associazioni - art 5 DPR n. 62/2013
- 16 Comunicazioni interessi finanziari art. 6 del DPR n. 62/2013
- 17 Obbligo di astensione art. 7 del DPR n. 62/2013

Di seguito sono riportate le misure progettate da applicare entro il 2021 precisando l'area di rischio di appartenenza e il loro livello di attuazione:

Conteggio di TIPOLOGIA DELLE MISURE (
Livello di attuazione	AREA A RISCHIO	Totale
☑ ATTUATA	Acquisizione e gestione del personale	2
	Affari legali e contenzioso	2
	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico	5
	Attività libero professionale e liste di attesa	5
	Contratti pubblici	4
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	2
	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	2
	Incarichi e nomine	1
	☑ NON ATTUATA	Acquisizione e gestione del personale
☑ PARZIALE	Acquisizione e gestione del personale	4
	Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico	1
	Contratti pubblici	2
	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1
Totale complessivo		33

In questo riquadro sono indicate le misure, suddivise per aree di rischio, verificate direttamente dal RPCT attraverso un audit interno:

Il livello	Livello di attuazione	AREA A RISCHIO	Totale
☑ Audit	☑ ATTUATA	Acquisizione e gestione del personale	1
		Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	2
		Incarichi e nomine	1
	☑ NON ATTUATA	Acquisizione e gestione del personale	2
	☑ PARZIALE	Acquisizione e gestione del personale	4
		Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con o senza effetto economico	1
Totale complessivo			11

Lo svolgimento del monitoraggio si è articolato come segue::

- I livello, compilazione schede: entro il 05/11/2021
- I livello, incontri con i Referenti aziendali:
 - Referente²⁵ Dipartimento Tecnico Amministrativo: 25/11/21
 - Referente Area Tecnico (Dipartimento Tecnico Amministrativo): 01/12/2021

²⁵ I compiti dei Referenti e degli altri soggetti che collaborano con il RPCT sono descritti nella Parte Seconda

- Referente Dipartimento Salute Mentale: 01/12/2021
 - Referente Dipartimento Giuridico: 02/12/2021
 - Referente Dipartimento Cure Primarie: 10/12/2021
 - Referente Dipartimento di Prevenzione: 13/12/2021
 - Referente Direzione Sociosanitario: 25/12/2021
 - Referente Direzione Sanitaria: 25/12/2021
- Il livello, gli incontri auditing si sono svolti nel corso dell'anno interessando i seguenti processi e Strutture:

Struttura sottoposta ad internal auditing	Processo attenzionato
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Attuazione della rotazione del personale quale misura generale di prevenzione della corruzione nell'ambito del settore concorsi (audit ancora in corso)
S.C. Bilancio e Contabilità	Innalzare il livello di trasparenza: attuazione di una rendicontazione separata e apertura di un C/C dedicato alle donazioni Covid
S.C. Bilancio e Contabilità	Innalzare il livello di trasparenza: pubblicazione report trasmessi ad Alisa su amministrazione Trasparente anche secondo la Del. n. 312/2020 di Anac
S.C. Economato e Logistica	individuazione di un fornitore dotato di ticket elettronici e implementazione programma per la richiesta online
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Verifica del contenuto dei contratti (aggiornamento situazioni incompatibilità)
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Verifica attività svolta dai consulenti per emergenza straordinaria Covid19 (audit ancora in corso)
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Aggiornamento "Amministrazione Trasparente": 1) Pubblicazione elenco conferimenti incarichi ai sensi dell'art. 42 D.Lgs. n. 33/2013; 2) Verifica compilazione dati su Perlapa ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. n. 33/2013
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Monitoraggio a campione dei dati sui vincitori delle selezioni (incarichi di funzione): audit ancora in corso
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Pubblicazione dati infortuni su Amministrazione Trasparente
S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane	Verifica rapporto domande presentate/accolte per lo svolgimento attività di smart - working
S.C. Laboratorio Analisi	Implementazione di un programma da fornire al Medico competente che sia collegato con l'anagrafe dei dipendenti e con il programma di gestione dei lavoratori

Le singole schede di monitoraggio sono state inserite come all.to n. 6 del presente documento²⁶.

d) Controlli sui procedimenti disciplinari

Sulla base degli incontri avuti nel corso del 2021 l'UPD ha predisposto la consueta scheda sui dati riguardanti i procedimenti disciplinari, le aree e le strutture in cui si sono verificate le viola-

²⁶ Il monitoraggio relativo alla trasparenza è trattato nella Parte Quarta lett. c).

zioni, la tipologia delle infrazioni e le sanzioni irrogate di cui la tabella sotto riportata ne sintetizza gli esiti²⁷:

Tipologia procedimenti	Indicare se la segnalazione riporta un articolo del Codice	Totale
maggiori	Art. 11, c. 7 punto V	1
	Art. 11, comma 7, punto XIV	1
	Nessuna violazione del Codice	22
maggiori Totale		24
minori	Nessuna violazione del Codice	3
minori Totale		3
Totale complessivo		27

e) Monitoraggio sui tempi dei procedimenti

L'art. 1 c. 28 della L. n. 190/2012 è stato modificato dal c. 4-bis alla L. n. 241/90 che ha previsto che le P.A. misurino e rendano pubblici i tempi effettivi di conclusione dei procedimenti amministrativi di maggiore impatto per i cittadini e per le Imprese, comparandoli con i termini previsti dalla normativa vigente, e dalle disposizioni previste dal DL n. 76/2020, che modifica i tempi di conclusione di alcuni procedimenti di acquisizione di lavori, beni e servizi per favorire la ripresa economica a seguito del Covid. I dati relativi al 2021 (e agli anni precedenti), raggruppati per Dipartimenti aziendali, sono stati inseriti in tabelle in Excel in modo da potere confrontare i dati dei quattro trimestri dell'anno:

- Area tecnica - monitoraggio tempi procedurali 2021
- Dipartimento Tecnico amministrativo - monitoraggio tempi procedurali 2021
- Dipartimento Giuridico - monitoraggio tempi procedurali 2021
- Dipartimento Prevenzione - monitoraggio tempi procedurali 2021
- Dipartimento Cure primarie e attività distrettuali - monitoraggio tempi procedurali 2021
- Dipartimento Salute mentale e dipendenze - monitoraggio tempi procedurali 2021
- Staff Direzioni - monitoraggio tempi procedurali 2021

²⁷ Gli altri dati sono riportati nella relazione recanti i risultati dell'attività svolta del RPCT pubblicata su Amministrazione Trasparente

f) Verifica conseguimento obiettivi strategici del 2021

Obiettivi strategici	Indicatori	Modalità di attuazione
Prosecuzione attività di auditing delle “procedure di assunzione straordinarie” a seguito del Covid	Incontri "sul campo" per verificare l'aderenza delle procedure mappate con casi specifici	Incontri audit e relazione di sintesi e allegati
Gestione del rischio del processo di smart - working	Svolgimento del “trattamento del rischio”	Incontri con S.C. Aggiornamento e Formazione. Predisposizione tabella con dati incrociati con dati estratti dal settore “rilevazione presenze” della S.C. Gestione e Sviluppo del personale
Gestione del processo relativo alla sanificazione delle aree di degenza COVID (Servizio alberghiero, lavanolo e pulizia e SPP)	Numero di e tipo di interventi di sanificazione delle aree di degenza Covid	Incontri con DEC contratti per sanificazione e lavanolo I e II lotto. Relazione di sintesi e allegati
Verifica gestione attività dei GSAT	Numero richieste attivate	Incontri con Direzione Socio – Sanitaria. Acquisizione dati da Sportello Polifunzionale. Relazione di sintesi e allegati
Mappatura, trattamento del rischio e monitoraggio del processo di acquisizione ed utilizzo diagnostiche pro Covid	Compilazione schede relative al monitoraggio e del trattamento del rischio del processo; b) monitoraggio costi tamponi	Acquisizione tabelle dalla S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture e analisi dei dati: relazione e allegati
Aggiornamento Codice di Comportamento a procedura aperta come stabilito dall’art. 17 del Codice di comportamento interno vigente (termine previsto entro il 2017)	Bozza del documento entro 30 novembre 2021	Adozione del nuovo Codice di Comportamento con Del. n. 665 del 15/12/2021
Prosecuzione gestione del rischio e attività di audit dei processi condizionati dal Covid	Numero verbali trasmessi al DG	Incontri e verbali audit dei processi: Incarichi di funzione, rotazione segreterie concorsi (area personale); Buoni pasto (Economato, SIA, Personale); Laboratori, Consultorio (smart - working)

g) Verifica attuazione misure generali del 2021²⁸

ID	MISURA GENERALE	FASE SPECIFICA 2021	Livello di attuazione	NOTE
1	Formazione in tema di anticorruzione	Aggiornamento corsi FAD su gestione del rischio	ATTUATA	Attivazione del nuovo corso (esteso a tutti gli enti sanitari della Liguria)
2	Codice di Comportamento	Aggiornamento Codice di Comportamento specifico	ATTUATA	Publicato sul sito e sulla intranet (a tutti i soggetti coinvolti)
3	Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	Elaborazione linee guida sul conflitto di interesse	Rinviato al 2022 (Gruppo di Lavoro Regionale)	Misura rimodulata: adozione di appositi regolamenti sulla gestione del conflitto di interessi in ambito sanitario
4	Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013	Predisposizione di una relazione sulle modalità di effettuazione dei controlli	ATTUATA	E' stata predisposta una linea guida
5	Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2014	Verifica sulle dichiarazioni rese da parte dei dirigenti PTA	Attuata per i dirigenti di vertice dal 2013	La verifica dei dirigenti di vertice sono state svolte
6	Rotazione del personale	Individuare altri ambiti in cui sia possibile attuare la rotazione del personale	PARZIALE	E' stata solo pubblicata l'informativa su intranet per raccogliere l'adesione del personale a far parte delle segreterie delle Commissioni di Concorso
7	Pantouflage	Verifica sul rispetto della normativa richiedendo alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane i moduli ricevuti dai dirigenti cessati	ATTUATA	Invio da parte della S.C. Gestione e Sviluppo del Personale di tutte le note inviate ai dirigenti cessati

²⁸ Le schede delle misure generali programmate per il 2022 - -2024 sono riportate nella Parte - Quinta

8	Whistleblower (Sentinella Civica)	Elaborazione di linee guida in-terne per la gestione delle segnalazioni e per la tutela del segnalante	ATTUATA	Elaborate linee guida da parte del Gruppo di Lavoro
9	Incarichi extraistituzionali	Compilazione di una tabella relativa ai dati di cui all'art. 53 sui dati relativi agli incarichi extraistituzionali	ATTUATA	A partire dal 1 ottobre 2021 nuovo sistema più avanzato
10	Formazioni di commissioni	Richiesta moduli conflitto di interessi di gare/concorsi accertandosi della pubblicazione delle dichiarazioni	NON ATTUATA	Non verificata. Riproposta nel 2022
11	Antiriciclaggio	1) Frequentazione del corso: "L'antiriciclaggio: strumenti e opportunità" e 2) Promozione di almeno un incontro formativo con i responsabili antiriciclaggio	ATTUATA	Oltre a queste fase sono state realizzate altre fasi previste per il 2022
12	Trasparenza	Modifiche al protocollo informatico in uso per la gestione delle procedure di accesso attraverso l'adozione degli schemi di metadati predisposti dal DFP	PARZIALE	Procedura non ancora attivata essendo in corso attivazione nuovo programma del protocollo collegato al protocollo informatico degli accessi

h) Gli obiettivi strategici 2022 - 2024

Con mail del 16/03/2022 il Direttore Generale ha definito i seguenti obiettivi per il triennio 2022 – 2024:

ID_OB	TIPOLOGIA OB.	ID	Obiettivi strategici
1	Coordinamento, approfondimento ed estensione del processo di gestione del rischio di corruzione	a	Organizzare periodici incontri (in presenza o in remoto) con i Referenti aziendali (e personale di supporto) per illustrare loro gli adempimenti di competenza e le relative tempistiche, fornendo supporto pratico per la mappatura, la valutazione e il trattamento del rischio
		b	Descrizione più estesa del contesto - mappatura dei processi/valutazione del rischio
		c	Estensione del processo della gestione del rischio alle strutture sanitarie anche sulla base dei test predisposti dai partecipanti del corso di anticorruzione sulla gestione del rischio (ed. 2020)
2	Promuovere un maggior livello di trasparenza	a	Individuazione di tutti i database/programmi informatici utilizzati dal RPCT per i controlli sui "fattori abilitanti" o riportati nelle schede dei processi avvalendosi del supporto degli uffici che li utilizzano
		b	Predisposizione di una proposta di revisione del sito internet aziendale ai fini di aumentare il livello di trasparenza richiedendo una tempistica certa per l'aggiornamento
3	Controllo su determinati processi e attività emerse dall'analisi del contesto esterno	a	Gestione, monitoraggio e controllo degli interventi (M6C2 Interventi 1.1.1 e 1.2/M6C1 Intervento 1.2.2) previsti dal Pnrr anche attraverso il coordinamento con lo Struttura Tecnica di Missione della Regione Liguria. Individuare una sezione denominata "Attuazione Misure PNRR" in cui pubblicare gli atti normativi adottati e gli atti amministrativi emanati per l'attuazione delle misure di competenza
		b	Monitoraggio relativo al servizio straordinario di accoglienza sociosanitaria per far fronte all'emergenza profughi. Pubblicazione su "Amministrazione Trasparente" dei dati salienti rilevati

Parte Seconda - Soggetti, compiti e responsabilità

a) Soluzioni organizzative adottate

Si possono riassumere in cinque punti:

1. Creazione di una rete di referenti e soggetti di supporto che possano facilitare il dialogo tra il RPCT e le varie Strutture Aziendali.
2. Creazione di cartelle di rete suddivise per Dipartimenti, organizzate in sottocartelle in cui sono state salvate le tabelle relative alla gestione del rischio e dei procedimenti amministrativi con file che ne illustrano le modalità di compilazione e nelle quali gli uffici, per il tramite della figura dei “coordinatori” (vedi lett. f), inseriscono i dati relativi alla prevenzione della corruzione e al monitoraggio sui tempi dei procedimenti di propria competenza (senza obbligo di trasmissione formale dei documenti). Gli indirizzi da cui accedere alle cartelle sono reperibili anche sulla intranet aziendale alla pagina “anticorruzione” dove è stata pubblicata anche la modulistica e la normativa di riferimento.
3. Organizzazione di frequenti incontri (da marzo 2020 esclusivamente in video conferenza) con il personale delle aree a rischio in modo da concordare le attività da svolgere e appianare le difficoltà che possono presentarsi nello svolgimento degli adempimenti richiesti.
4. Costituzione di gruppi di lavoro interni alle Strutture aziendali che concorrano ad analizzare i processi e ad individuare specifiche misure di prevenzione in una logica di partecipazione allargata.
5. Indicazioni sulle attività principali da svolgere nel corso dell’anno, e delle relative tempistiche, attraverso la predisposizione di obiettivi di budget specifici (previa condivisione con le Strutture degli obiettivi e delle scadenze)
6. In prospettiva sarebbe opportuno prevedere un gestionale dedicato alla gestione dell’anticorruzione a supporto dei RPCT e delle strutture aziendali.

Di seguito si elencano i soggetti che contribuiscono a realizzare le politiche di prevenzione indicando sinteticamente il loro ruolo e le loro responsabilità.

b) I soggetti interni

a) Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

Il RPCT è considerato il soggetto fondamentale “in grado di far girare il meccanismo della prevenzione nell'ambito dell'amministrazione”. Di seguito un elenco dei compiti più importanti ad esso affidati:

- 1) elabora in via esclusiva della proposta del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (art. 1 c. 8);
- 2) trasmette alla Direzione Generale la relazione recante i risultati svolti ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012;
- 3) segnala alla Direzione Generale e all'OIV di “disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza” (art. 1 c. 7)
- 4) dà avvio ad appositi audit interni;
- 5) invia alla Direzione Generale tutti i verbali degli incontri audit e della relazione conclusiva;
- 6) riceve il riscontro dalla Direzione Generale alle segnalazioni dei punti 3) e 5)
- 7) verifica l'efficace attuazione del PTPCT (art. 1 c. 10)
- 8) effettua attività di controllo sugli obblighi di pubblicità in capo ai dirigenti (art. 43 D.Lgs. n. 33/2013) segnalando alla Direzione Generale, all'OIV, all'ANAC e nei casi più gravi all'Ufficio procedimenti disciplinari (UPD) il mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- 9) cura la diffusione della conoscenza dei Codici di Comportamento e il monitoraggio della loro attuazione (art. 15 c. 3 DPR n. 62/2013)
- 10) vigila sul rispetto delle disposizioni sulle inconferibilità e incompatibilità degli incarichi – che per quanto riguarda gli enti del SSN è limitata alla Direzione Strategica (art. 15 D.Lgs. n. 39/2013)

Nell'ambito delle sue competenze il RPCT secondo l'art. 8 del Codice di comportamento Aziendale, può “in ogni momento, verificare e chiedere delucidazioni scritte e/o verbali a tutti i dipendenti su comportamenti che possono costituire – anche solo potenzialmente – atteggiamenti corruttivi o comunque non conformi ai principi di legalità e trasparenza”. Tutte le Strutture sono pertanto chiamate ad una costante collaborazione ad informare il RPCT e il suo assistente delle attività svolte come previsto dall'art. 1 c. 9 lett. c).

b) Direzione Generale

Il Direttore Generale individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT), impegnandosi a tutelarne l'indipendenza, adotta il Piano e definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Riceve dal RPCT i verbali e le relazioni conclusive degli audit interni e eventuali segnalazioni di non attuazione delle misure e di mancato rispetto degli obblighi contenuti nel P.T.P.C.T. attivandosi per risolvere le criticità ravvisate.

Riceve la relazione, di cui all'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012, predisposta dal RPCT, presentando eventuali osservazioni o chiarimenti prima della pubblicazione su "Amministrazione Trasparente".

c) Referenti della prevenzione della corruzione e della trasparenza

I Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sono i Direttori dei Dipartimenti rientranti nelle aree a rischio.

Possono essere considerati gli anelli di congiunzione tra il RPCT e i dirigenti delle strutture aziendali afferenti ai Dipartimenti: i dirigenti hanno il compito di svolgere il processo di pertinenza del rischio all'interno dei propri uffici, mentre i Referenti coordinano le attività di analisi delle singole strutture, accertandosi che i compiti in materia di prevenzione della corruzione in capo

d) Dirigenti e loro collaboratori

Sono responsabili del rispetto degli obblighi contenuti nel Codice di Comportamento, della trasparenza e dell'attuazione della gestione del rischio interna al proprio ufficio e delle conseguenti misure di prevenzione specifiche di propria competenza programmate nel PTPCT. In particolare sono tenuti a eseguire gli obiettivi di performance e verificare nel corso dell'anno che le fasi di cui si compongono le misure generali e specifiche di propria competenza siano regolarmente attuate.

Informano il proprio Referente delle attività svolte in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Sia i referenti sia i dirigenti in caso di mancato rispetto degli obblighi previsti dal P.T.P.C.T. e, in particolare quelli relativi alla mancata attuazione della gestione del rischio e dell'attuazione delle misure di prevenzione previste sono sanzionati secondo quanto previsto dal Codice di Comportamento aziendale a cui si rinvia.

Per rendere più snello, concreto ed efficace il coordinamento tra il RPCT e i Referenti e tra questi e i responsabili di struttura rientranti nelle aree a rischio, sono state individuate due figure di collegamento denominate coordinatori (o facilitatori) scelti tra quei dipendenti con significative conoscenze, all'interno della Struttura di appartenenza, dell'organizzazione e dei processi di competenza. Lo scopo dell'introduzione di queste figure è volta, da, i quali, pur rimanendo responsabili delle attività di prevenzione della corruzione e della un lato, ad agevolare e velocizzare le procedure e i tempi degli adempimenti in capo ai Referenti ed ai dirigenti trasparenza delle proprie strutture, sono sgravati da compiti meramente operativi; dall'altro, a rendere più omogenee, tra gli uffici, le attività della prevenzione. Per le attività collegate alla gestione del rischio di corruzione i dirigenti sono invitati a coinvolgere il proprio personale istituendo appositi gruppi di lavoro (si rinvia alla lett. g).

e) OIV – Organismo Indipendente di Valutazione

Con la recente Del. n. 102 del 24/02/2021 è stato nominato il nuovo presidente dell'OIV in sostituzione del presidente dimissionario.

Nell'ambito della prevenzione della corruzione i compiti di quest'organo possono essere così riassunti:

- fornire supporto nell'individuazione e nella valutazione delle misure ulteriori nella fase del trattamento, all'interno del processo della gestione del rischio;
- fornire un supporto nelle attività di monitoraggio sul rispetto del PTPCT da parte del RPCT;
- rendere un parere obbligatorio sul Codice di Comportamento interno;
- attestare la coerenza della pubblicazione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013.
- verificare la coerenza dei Piani triennali (P.T.P.C.T.) con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale dell'Azienda;
- tenere conto, nell'ambito della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzativa sia individuale, gli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verificare il contenuto della Relazione sulla performance in rapporto agli obiettivi di prevenzione della corruzione e della trasparenza.
- riferire all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza
- ricevere segnalazioni riguardanti disfunzioni inerenti all'attuazione del P.T.P.C.T.

f) Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.)

Questa Azienda già da tempo ha provveduto ad istituire l'ufficio deputato allo svolgimento dei procedimenti disciplinari (art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001) e alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 331 c.p.p.).

Alla luce di quanto previsto dal Codice di Comportamento Nazionale, approvato con DPR n. 62/2013, si evidenzia che l'U.P.D. Aziendale:

- cura e propone, sulla base degli esiti di cui all' art. 55-bis D.Lgs. n. 165/2001, l'aggiornamento del Codice di Comportamento, con la supervisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- tiene la raccolta delle segnalazioni delle condotte illecite e sanzionate con particolare riguardo alle violazioni dei Codici predisponendo, con cadenza periodica secondo le indicazioni del RPCT le schede annuali nelle quali vengono diffusi in forma anonima, i seguenti dati:
 - tutte le segnalazioni pervenute di possibili violazioni del Codice di Comportamento e di quello Disciplinare;
 - tutti i procedimenti disciplinari che hanno avuto luogo in Azienda, con specifica evidenza di quelli che prefigurano violazioni penali e dei procedimenti disciplinari legati a fatti di corruzione, con indicazione del codice penale violato;
 - le aree, le strutture in cui si sono verificate le suddette violazioni e le sanzioni irrogate;
- attiva il relativo procedimento disciplinare in caso di violazione dell'art. 53 del D.Lgs. n. 165/2001
- fornisce, in raccordo con il RPCT, assistenza e consulenza ai dipendenti in materia di corretta attuazione e applicazione delle norme del Codice di Comportamento.

g) Dipendenti – Gruppi di Lavoro

I dipendenti sono chiamati ad osservare con scrupolo le disposizioni riportate nel presente P.T.C.P.T., così come richiesto dalla L. n. 190/2012, art. c. 14, in particolare:

- osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.;
- segnalano al proprio Responsabile di Struttura le situazioni di illecito ai sensi dell'art. 54 – bis del D.Lgs. n. 165/2001;
- osservano le misure previste dagli artt. 4, 5, 6 e 7 del Codice di Comportamento ex DPR. n. 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale.

Inoltre, coloro che svolgono attività rientranti tra quelle a rischio corruzione:

- danno il proprio contributo al processo della gestione del rischio, con compiti e mansioni assegnate dal proprio responsabile, in accordo con il Referente aziendale, attraverso la partecipazione di appositi gruppi di lavoro (un elenco dei componenti dei gruppi di lavoro è riportata sui Questionari del monitoraggio o è desumibile dai verbali degli incontri)
- relazionano il proprio Dirigente in merito al rispetto dei tempi procedurali e a qualsiasi anomalia accertata, indicando per ciascun procedimento, che ha comportato sfioramento dei termini fissati, le motivazioni, in fatto ed in diritto, che giustificano il ritardo, ai sensi dell'art. 3 della L. n. 241/1990.

h) Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico, presente sul territorio in cinque sedi (via Assarotti, via Camozzini, via Bonghi, Fiumara, Ospedale Villa Scassi), si pone come primo punto di ascolto e informazione dei cittadini. Si occupa anche dell'attività di tutela ossia della gestione dei reclami ed elogi, presentati direttamente dagli utenti, tramite associazioni di volontariato ed Enti (es. Difensore Civico), inerenti ai servizi svolti e/o di pertinenza dell'ASL3. Gli uffici sono a disposizione degli utenti, oltre che presso le postazioni fisiche indicate, anche tramite e-mail (urp@asl3.liguria.it e tutelaepartecipazione@asl3.liguria.it), telefono (circa dieci linee telefoniche), Messenger Facebook (Pagine "Asl3 Genova" e "Centro Giovani ASL3 Genovese"). L'attività dei reclami è relativa alle segnalazioni pervenute all'Azienda sia a carattere sanitario sia tecnico-amministrativo e vengono gestiti, con percorso certificato RINA ISO 9001, mediante richiesta alle Strutture Complesse e Semplici, ai Dipartimenti e ai Distretti competenti per la fattispecie del reclamo stesso. Tramite i reclami si esplicitano inoltre le conseguenti proposte di miglioramento alla Direzione riguardo alle aree rilevate critiche, al coordinamento dei rapporti con le

Associazioni di Volontariato e il Terzo Settore anche tramite il loro coinvolgimento nel Comitato Misto Consultivo aziendale, organismo obbligatorio ai sensi dell'art. 14 del D.Lgs. n. 502/1992. L'Ufficio Relazioni con il Pubblico assume un ruolo sempre più importante nei rapporti con la cittadinanza anche in riferimento alle politiche di prevenzione alla corruzione. Inoltre, con l'introduzione dell'accesso civico generalizzato ex. D.Lgs. n. 97/2016, l'invio delle richieste dei cittadini può avvenire tramite la consegna manuale alle sedi URP aziendali (sempre firmate ed accompagnate da fotocopia di un documento di identità in corso di validità), che provvedono a scansionare la richiesta e ad attribuire un protocollo generale per l'avvio della procedura del reclamo/segnalazione/elogio.

l) RASA

“Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della SA [stazione Appaltante] stessa [...] L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione” (PNA 2016, pag. 22). L'attuale responsabile in Azienda è la Dottoressa Daniela Gavaciuto.

m) Responsabile della Protezione dei Dati – RPD

Il Responsabile della Protezione dei Dati – RPD, figura introdotta dal Regolamento UE n. 679/2016 ha il compito valutare e organizzare la gestione del trattamento di dati personali, e dunque la loro protezione, all'interno di un'azienda, di un ente o di una associazione, affinché questi siano trattati in modo lecito e pertinente. Di conseguenza è necessario stabilire una stretta collaborazione tra questo soggetto e il RPCT per garantire che i dati pubblicati su “Amministrazione Trasparente” rispettino la normativa sulla privacy. A tal fine il RPCT così come tutti i Dirigenti del sistema privacy aziendale, qualora ritenuto opportuno, possono chiedere un parere al RPD.

Tale forma di collaborazione è ancor più auspicabile qualora venissero presentate delle istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato, a seguito di richiesta negata o differita a tutela della riservatezza. In tali situazioni, come prevede la norma, il RPCT è chiamato a pronunciarsi dopo aver sentito il Garante della Privacy. In questi casi si ritiene opportuno che il RPCT informi prima il RPD per avere un parere.

n) Responsabili delle segnalazioni antiriciclaggio (e gli altri soggetti obbligati)

Con Del. 268 del 20/09/2020 è stato approvato un regolamento interno in materia di comunicazioni di operazioni sospette di riciclaggio individuando nel RPCT il Responsabile antiriciclaggio anche denominato “Gestore”. Il Regolamento ha previsto l'individuazione dei Referenti, denominati Responsabili, nei Direttori/Responsabili di ogni struttura aziendale che instaura rapporti

contrattuali/di servizio o che effettua transazioni di natura economica con soggetti esterni all'organizzazione. I Responsabili oltre a fornire supporto al Gestore devono individuare, tra il proprio personale, gli "operatori di I livello" che si occupano di riscontrare gli indicatori di anomalia nei processi/procedimenti di competenza.

n) Responsabile della Transizione Digitale (RTD)

Figura introdotta dall'art. 17 del CAD (Codice di Amministrazione Digitale) con il compito di favorire il passaggio alla modalità operativa digitale ed i conseguenti processi di riorganizzazione finalizzati alla realizzazione di una amministrazione digitale ed aperta. Il collegamento con le attività del RPCT sono molto evidenti soprattutto nell'ambito della trasparenza. Il RDT della Asl3 è la Dott.ssa Pareto, Responsabile della S.C. Sistemi Informativi Aziendali

c) I soggetti esterni

m) I collaboratori esterni

Tutti i collaboratori esterni, dai consulenti alle ditte appaltatrici, devono rispettare, per quanto a loro compatibili i contenuti e gli obblighi presenti nel Piano e nel Codice di Comportamento, che vengono consegnati, anche per via telematica all'avvio della attività di collaborazione/consulenza.

n) I portatori di interesse (stakeholder)

Oltre ai Portatori di Interesse o Stakeholder identificati nella tabella di swot (analisi del contesto esterno) sono ancora da considerare le seguenti ulteriori categorie interessate o direttamente coinvolti nelle attività aziendali: i media, gli studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari, le Associazioni di volontariato e le Associazioni di Malattia. In particolare le associazioni di Tutela, Malattia e Volontariato sono rappresentate nel Comitato Misto Consultivo (C.M.C.) con il quale l'Azienda comunica attraverso modalità e canali permanenti. I rilievi e le criticità segnalate dal Comitato sono prese in considerazione dal RPCT per approfondire quelle aree e quei processi a rischio di malfunzionamento coinvolti nelle segnalazioni.

o) Gruppo di Lavoro delle Aziende sanitarie della Regione Liguria

Il Gruppo di Lavoro interaziendale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza è costituito dai RPCT e dai loro collaboratori e afferisce al Dipartimento Salute di Regione Liguria, come previsto nella recente DGR n. 957/2021. Il coordinatore del Gruppo è l'Avv. Laura Oliveri che è anche RPCT del San Martino.

Lo scopo del Gruppo è quello di favorire un supporto alle attività dei RPCT degli Enti sanitari liguri, di omogeneizzare alcune procedure comuni e di mettere a confronto esperienze e attività per favorire una crescita delle politiche di prevenzione in Regione e di rafforzare la collaborazione con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza di Regione Liguria. Le attività svolte nel corso del 2021 sono state descritte con accuratezza in una relazione che è stata pubblicata sul sito della Regione Liguria a cui si rinvia.

Parte Terza - La gestione del rischio

a) *I principi alla base della mappatura – valutazione e trattamento del rischio*

Al fine di consentire agli uffici di svolgere adeguatamente il processo relativo alla gestione del rischio è stato aggiornato il corso di formazione a distanza predisposto nel 2020, in piena pandemia, nel quale sono state illustrate i principi e la metodologia impiegata da questa Azienda sulla base delle indicazioni di cui all'allegato n. 1 del PNA 2019. Il corso è stato formalmente riattivato anche per il 2022 ed è rivolto principalmente ai dipendenti inseriti nei gruppi di lavoro anticorruzione delle varie Strutture aziendali.

I principi adottati per la gestione del rischio sono stati i seguenti:

- 1) **Concetto di corruzione “allargata”:** inteso come cattiva gestione dei processi: tutto ciò che contro il buon andamento di un processo può essere considerato corruzione (intesa quindi come “malamministrazione”). In altre parole l’obiettivo della gestione del rischio non è quella di trovare “corrotti” o “tangenti” all’interno degli uffici ma di far emergere disfunzioni a livello organizzativo e trovare rimedi adeguati.
- 2) **Gradualità e approfondimento:** nel senso che le varie fasi del processo dovrebbero essere svolte per gradi; all’inizio partendo da un’analisi più generale e sintetica per arrivare ad un’analisi più approfondita e analitica perché un comportamento a rischio non individuato in fase di mappatura non potrà essere valutato nella successiva fase di trattamento del rischio. Ciò comporta, ad esempio, che una determinato processo, ancorché sia stato già mappato l’anno precedente deve essere comunque rivisto l’anno successivo non solo alla luce di eventuali novità normative intervenute ma anche per affinarlo meglio, per migliorarlo. La gestione del rischio, dunque, non si configura come un lavoro statico ma dinamico sempre in continua evoluzione.
- 3) **Specializzazione:** nel senso che i processi devono essere analizzati per far emergere le “prassi operative” in uso dai vari uffici per lo svolgimento delle attività del processo; non è sufficiente, ad esempio, descrivere un processo riferendosi semplicemente alla legge o al regolamento di riferimento ma avendo a mente le modalità organizzative proprie del contesto in cui esso si svolge.
- 4) **Prudenza:** nel senso che le scelte sulle valutazione del rischio devono evitare il pericolo di sottostimare il rischio con la conseguenza di escludere dalla mappatura o dal trattamento alcuni processi che almeno potenzialmente potrebbero essere meritevoli di indagine.
- 5) **Partecipazione del personale:** nel senso che tutte le fasi della gestione del rischio dovrebbero essere attuate in “autovalutazione”: sotto il coordinamento del RPCT le attività di identificazione dei rischi e del trattamento dovrebbero risultare da una

riflessione che coinvolga il più possibile i dipendenti degli uffici rientranti nelle aree a rischio e non ridursi a decisioni a tavolino, prese magari all'ultimo momento, da una persona sola: ciò per evitare il pericolo di un lavoro astratto e burocratico fine a sé stesso. Con il PNA 2019 è stata introdotta una fase "trasversale" al processo della gestione del rischio denominata "consultazione e comunicazione" proprio per rafforzare i canali di comunicazione, di coinvolgimento e di condivisione dei dipendenti (e dei portatori di interesse) nel ciclo del rischio.

- 6) **Misure organizzative e programmate:** nel senso che le misure di prevenzione sono individuate dopo avere rintracciato le variabili di contesto, ovvero i "fattori abilitanti" (organizzativi, sociali e ambientali) che rendono possibile l'evento corruttivo. Non possono perciò essere frutto di "mero formalismo" e ridursi a generici "proclami" a rispettare le norme che regolano un determinato processo o al vago rispetto degli obblighi di trasparenza.
- 7) **Collaborazione:** gli uffici, i gruppi di lavoro e i discenti del corso di formazione operativo sono state costantemente assistite mediante incontri a distanza e continui confronti al fine di arrivare ad un risultato più efficace e condiviso possibile.
- 8) **Flessibilità:** nel senso che a seguito della pandemia, in atto anche nel 2021, non è stato possibile coinvolgere tutti gli uffici rientranti nelle aree a rischio. I settori più esposti all'emergenza sanitaria sono stati esonerati anche per evitare che il lavoro di analisi risultasse affrettato e pertanto poco significativo.
- 9) **Operatività:** nel senso che i gruppi di lavoro che si occupano della gestione del rischio devono analizzare i processi secondo un approccio pragmatico e concreto e non dedicarsi alla meccanica applicazione di parametri e formule o al mero inserimento di dati in tabelle preimpostate.
- 10) **Responsabilizzazione:** nel senso che le misure individuate, dal momento del loro inserimento nel P.T.P.C.T. diventano obbligatorie e devono essere applicate e in caso di mancata attuazione delle stesse il dirigente della Struttura e/o il Referente è chiamato a risponderne.

b) Il contesto interno- mappatura dei processi

Analisi del contesto interno: inquadramento generale

L'analisi del contesto interno – mappatura dei processi, segue logicamente l'analisi del contesto esterno (vedi Parte Prima lett. b); esso risulta suddiviso nelle seguenti parti :

- descrizione sommaria della struttura organizzativa, i ruoli e le responsabilità interne dell'organizzazione;

- illustrazione delle misure organizzative già attivate/progettate per far fronte ad alcune variabili analizzate nel contesto esterno;
- descrizione di alcune misure intraprese per fronteggiare alcuni “impatti” (descritti nell’analisi del contesto esterno);
- descrizione della metodologia per la mappatura dei processi aziendali.

Compito primario dell’Azienda è quello di assicurare i livelli essenziali uniformi di assistenza definiti nell’ambito del Piano Sanitario Nazionale e Regionale. Tale obiettivo viene perseguito attraverso una rete territoriale a matrice distrettuale.

In particolare, sono riservati al Direttore Generale:

- a) la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore Sociosanitario;
- b) la nomina dei membri del Collegio Sindacale, su designazione delle Amministrazioni competenti;
- c) la nomina dei responsabili delle strutture Aziendali ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali, in conformità a quanto stabilito dal D.Lgs. n. 502/1992, dal D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., dai contratti collettivi di lavoro nel tempo vigenti e dal Regolamento Aziendale;
- d) l’adozione dell’atto aziendale, nonché le modificazioni e integrazioni allo stesso;
- e) gli atti di bilancio compresa l’adozione del budget;
- f) gli atti di programmazione sanitaria locale;
- g) le funzioni non delegabili in materia di sicurezza, salute ed igiene sul lavoro.

Altri organi dell’Azienda sono il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

La Pianificazione Strategica è il processo attraverso il quale l’Azienda definisce le finalità dell’organizzazione e le principali linee strategiche nel medio/lungo periodo, partendo dalle indicazioni che provengono dal livello sovraordinato, quindi dalla traccia di riferimento istituzionale dello Stato e della Regione, e dall’ambiente esterno ossia i portatori di interesse.

Il processo di definizione della “meta” a cui tendere, pertanto, si sviluppa analizzando la domanda di bisogno e le aree di intervento, attraverso la selezione degli obiettivi istituzionali individuando le priorità e valutando, in rapporto alle disponibilità economiche, le risorse e i tempi necessari al raggiungimento degli obiettivi stessi.

Il Processo di Programmazione si occupa dell'implementazione delle strategie e del raggiungimento delle finalità assunte in sede di pianificazione strategica attraverso la definizione del percorso da seguire per raggiungere gli obiettivi partendo dalla gestione corrente e dalla conoscenza del proprio ambiente anche in ordine ai cosiddetti "punti di forza e di debolezza" dell'Azienda.

E' quindi un processo continuo e regolare nel quale si stabiliscono le azioni, le modalità e i mezzi economici ed organizzativi da porre in essere per raggiungere la "meta" definita dalla pianificazione strategica.

Lo strumento operativo del controllo di gestione è il budget, in quanto raccoglie gli obiettivi da perseguire e le risorse da impiegare nell'anno, suddivise per centri di responsabilità; la logica del budget è quella di tradurre i macro obiettivi aziendali in obiettivi specifici delle strutture organizzative aziendali, collegando le risorse ai risultati da conseguire per centro di responsabilità con ampia autonomia organizzativa, sviluppando così la responsabilizzazione economica all'interno dei tipici processi sanitari.

La rilevanza di questo processo deriva dal fatto che pone l'attenzione sui risultati conseguiti e sulle risorse impiegate nei processi aziendali e permette di correlare le responsabilità organizzative ai risultati economici.

La Asl3 ha optato per un processo di "budgeting" di tipo "bottom up", in cui però la formulazione delle proposte dei centri di responsabilità viene indirizzata dalle linee di indirizzo della Direzione Generale.

L'azienda ASL 3 è composta da 6 distretti e 4 ospedali, che costituiscono il presidio ospedaliero unico.

I sei distretti sono così articolati (fonte dati Comune di Genova – Demo Istat all'1/1/2021):

DISTRETTO	ABITANTI	KM 2	ABITANTI PER KM 2	ABITANTI nel 2018 ²⁹
DSS 8	90.822	263,1	345	94.584
DSS 9	122.203	25,83	4.731	128.987
DSS 10	104.349	346,3	301	113.372
DSS 11	148.782	148,692	1.001	148.692
DSS 12	138.783	310,1	45	143.867
DSS 13	92.776	97,9	948	95.745

²⁹ Dal confronto con i dati sulla demografia del 2018, riportati nel P.T.P.C.T. 2019 – 2021, si può notare una diminuzione della popolazione distrettuale (ad esclusione del DSS 11) confermando il trend al ribasso registrato già negli anni precedenti (vedi anche i dati sul tasso di crescita regionale del "contesto esterno" a pag. 9).

Gli Ospedali che formano il Presidio Ospedaliero Unico sono:

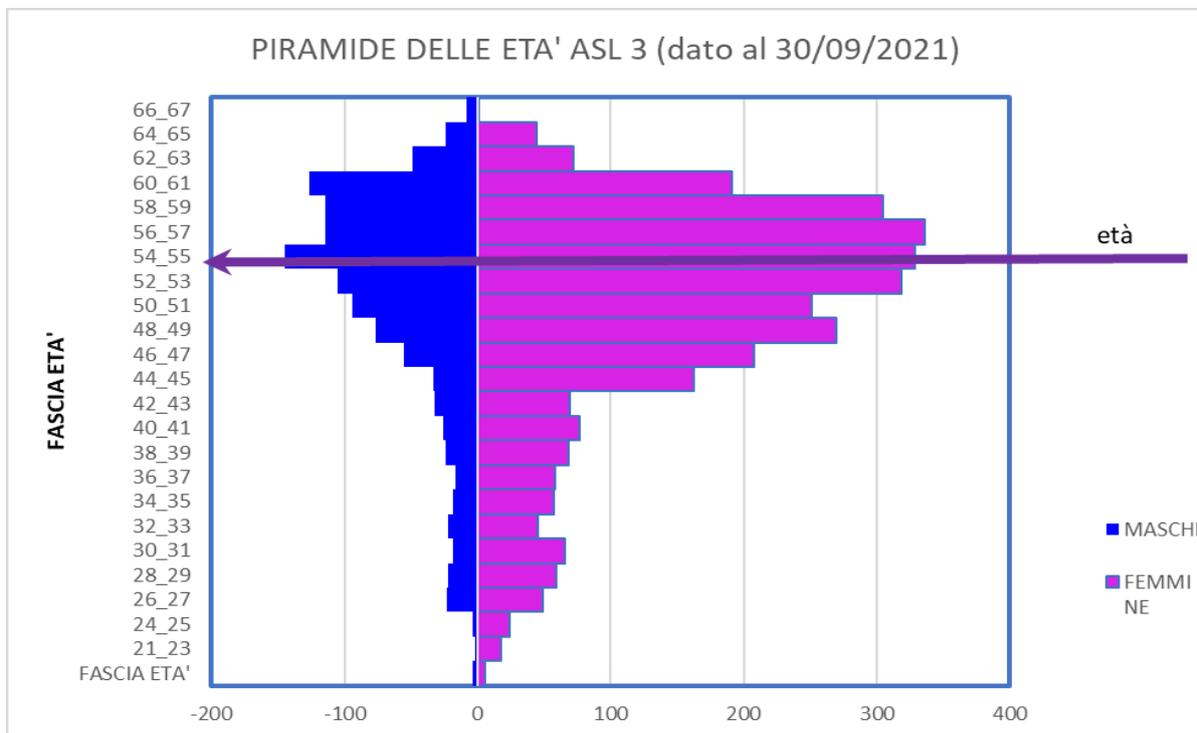
- Ospedale Villa Scassi
- Ospedale Padre Antero Micone
- Ospedale A. Gallino
- Ospedale La Colletta

La popolazione residente (dato Istat agosto 2021) è così composta:

maschi	femmine	totale
323.486	353.107	676.593

L'Azienda Sociosanitaria ASL 3 ha 4.241 dipendenti di cui 3.085 donne e 1.156 uomini (dato al 30/09/2021)

In azienda ci sono 404 rapporti di lavoro part time di cui 376 assegnati a personale femminile e 28 a personale maschile. L'età media dei dipendenti è di 53, 11 per gli uomini e di 51,75 per le donne, la sottostante piramide delle età mostra che la maggior numerosità del personale nella fascia tra i 52 e i 53 anni di età.



L'età media si è lievemente innalzata per effetto dell'inserimento di nuove unità di personale infermieristico dal 2018 a seguito di concorso unificato a livello regionale.

Impatto Covid

Il tasso di contagio³⁰, ancora alto in regione, è evidente anche da una lettura dei dati sulle denunce di infortuni per Covid registrati tra i dipendenti di Asl3, nel periodo gennaio prima metà di aprile 2022, denunce che sono superiori a quelle registrate nel 2021:

Tipologia	Totale
consulenti (cococo/colipro)	20
dipendenti Asl3	348
Totale complessivo fino al 13/04/2022	368

Con le Del n. 160 e 161 del 31/03/2022 questa Azienda ha prorogato gli incarichi di consulenza (di lavoro autonomo e di collaborazione coordinata e continuativa) per i medici in quiescenza entro il 30/06/2022 e per i medici laureati e specializzandi fino all'01/04/2022 (per questi ultimi eventualmente prorogabili al 31/12/2022)³¹ al fine di garantire gli standard assistenziali anche nel periodo post emergenziale e per consentire la prosecuzione degli obiettivi del Piano Vaccinale³².

Le squadre GSAT³³ del mese di marzo 2022 (gruppi costituiti per garantire l'assistenza ordinaria e la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid che non necessitano di ricovero ospedaliero) presenti nel territorio della Asl3 sono sette (una per Distretto e due per il DS 10): nel periodo ottobre 2020 - maggio 2021 la media per Distretto era di 3,4.

I consumi settimanali dei dispositivi individuali (DPI) continuano ad essere consistenti soprattutto per quanto concerne le Strutture sanitarie e il Pronto Soccorso di Villa Scasi: in particolare per quanto riguarda le mascherine (FP2, FP3), i calzari, i camici (chirurgico e non chirurgico).³⁴

³⁰ Il numero di tamponi totali effettuati al personale in base ai dati aggiornati al 27/03/2022 ammonta a 15.318 di cui 463 risultati positivi pari all'3,34%, 147 debolmente positivi pari a 1,06% e 116 da ripetere pari allo 0,84% (valori pubblicati sulla intranet aziendale sezione "nuovo Coronavirus"). Le prenotazioni della quarta dose per le persone con più di 80 anni e le persone con più di 60 anni con elevata fragilità partiranno dal 19 aprile 2022: www.regione.liguria.it

³¹ Le deliberazioni e gli allegati con gli elenchi dei consulenti a cui è stato prorogato l'incarico sono pubblicati su "interventi di emergenza/Emergenza Covid 19" della sezione di Amministrazione Trasparente di Asl3 (oltre ai dati sugli altri consulenti e sui costi).

³² Per i dati relativi ai medici convenzionati (di continuità assistenziale) nel periodo Covid si rimanda ai verbali di un audit svolto nel 2021 presso la SSD Gestione Rete Medici e Convenzionati

³³ Per le statistiche di dettaglio sull'attività GSAT durante l'emergenza pandemica si rimanda alla "Relazione GSAT" trasmessa alla Direzione Generale (rientrante in un obiettivo strategico del RPCT per il 2021).

³⁴ Dati tratti dalla intranet aziendale, sezione "nuovo Coronavirus". Per un approfondimento del tema si veda: Indagine sulle procedure di acquisizione di forniture di dpi durante l'emergenza covid evidenziando gli aspetti più critici riscontrati ed eventuali specificità e mettendo a confronto i prezzi medi delle categorie merceologiche principali con i dati rilevati da Anac a livello nazionale oltre a raffrontarli con i prezzi di alcuni dpi acquistati nel 2019 (rientrante in un obiettivo strategico del RPCT per il 2021).

Per quanto riguarda l'utilizzo dello “smart – working” l'Azienda con nota Id. n. 93704661 del 28/03/2022 ha allegato il nuovo modello da utilizzarsi per l'attivazione del lavoro agile che potrà essere svolto, salvo proroghe, fino al 31/07/2022 (i criteri in base ai quali il dirigente valuterà l'autorizzazione sono stati elencati all'interno della nota Id n. 91687914 del 17/01/2022)³⁵.

Telemedicina

Le conseguenze dell'epidemia da Covid 19 hanno determinato un minor ricorso alle cure ospedaliere ed ambulatoriali, per cui si è cercato di fare ricorso a modalità alternative di cura, ove praticabili, quali la telemedicina e la “telerefertazione”. In alcuni settori, cardiologia, diabetologia, riabilitazione funzionale, psichiatria, si è fatto ricorso all'attività da remoto, consentendo l'accesso alle cure anche nel periodo di chiusura delle strutture ambulatoriali.

Impatto Covid di lungo periodo

Una riprova della diminuzione degli interventi chirurgici programmati, anche all'interno dei presidi ospedalieri di Asl3, a causa dell'alto numero di pazienti ricoverati per Covid, può essere indirettamente fornita dalla relazione sulla “gestione del processo relativo alla sanificazione e lavanolo” nella quale sono stati analizzate, tra l'altro, le attività di pulizia e di consegna della teleria sterile durante la pandemia: “la teleria è risultata diminuita anche in considerazione del fatto che molte sale operatorie hanno accolto malati di Covid, trasformandosi di fatto in sale di rianimazione (che non hanno bisogno di teleria). Inoltre durante il Covid la domanda è diminuita a seguito della diminuzione di interventi chirurgici”³⁶

Al fine di recuperare le prestazioni perse a causa del Covid, A.Li.Sa. già con una serie di incontri tenutisi in data 5 e 11 agosto 2021 aveva illustrato alle Aziende Sanitarie il progetto “Restart” con il quale si intendeva recuperare la produzione ospedaliera ed ambulatoriale riferita all'ultimo trimestre 2019 incrementata del 20% così da recuperare le prestazioni perse nel periodo di pandemia. Successivamente con Deliberazione n.717/2021, sulla base dei dati inviati dalle Aziende Alisa procedeva ad approvare il programma “Restart” individuando le aree di maggior interesse collegate al progetto:

- Ortopedia (Chirurgia protesica e interventi maggiori)
- Area cardiovascolare
- Oncologia

³⁵ Le note sono state pubblicate nella sezione “interventi di emergenza - Emergenza Covid19” di Amministrazione Trasparente del sito internet aziendale. Per un approfondimento sul lavoro agile nel periodo della pandemia si rimanda alla relazione “Gestione del rischio del processo di smart – working” prevista da un obiettivo strategico per il 2021 e dai verbali audit relativi ad una verifica sui dati del personale autorizzato allo smart – working della SSD Consultorio.

³⁶ Da “La gestione del processo relativo alla sanificazione e lavanolo”, pag. 2 (questa analisi rientra nell'obiettivo strategico n. 4 del RPCT assegnato dal Direttore Generale per l'anno 2021)

- Attività di sceening
- Urologia e ginecologia
- ORL
- Oculistica (cristallino e intravitreali)
- Neuroriabilitazione
- Specialistica ambulatoriale

Per i riferimenti normativa si rinvia a pag. 19 (Conseguenza del Covid a lungo termine – contesto esterno)

Detto progetto è stato esteso anche al 2022 ed illustrato in apposita riunione relativa agli obiettivi del Direttore Generale del 09/12/2021. L'attività "Restar" è oggetto di costante monitoraggio da parte dell'Azienda e di Alisa.

Impatto Risorse Recovery Fund

Questa Azienda ha confermato i fabbisogni relativamente alle missioni M6C2 Intervento 1.1.1 Ammodernamento del parco tecnologico delle strutture sanitarie (Grandi Apparecchiature), M6C2 – Intervento 1.2 - "Verso un ospedale sicuro e sostenibile" – Interventi di adeguamento antisismico, M6C1 Interventi: 1.2.2: Case della Comunità, 2 Centrali Operative Territoriali, 3 Ospedali di Comunità adottando le seguenti deliberazioni:

- Adeguamento Antisismico n. 90 del 22/02/2022;
- Case della Comunità, Centrali Operative Territoriali, Ospedali di Comunità n. 89 del 22/02/2022
- Grandi Apparecchiature n. 63 del 21/02/2022.

Particolarmente importante risulta essere l'intervento contrassegnato con la sigla M6C2 – Intervento 1.2 il quale si propone di cambiare le modalità di cura attraverso un nuovo modello organizzativo per soddisfare i bisogni di salute del cittadino non bisognoso di cure ospedaliere attraverso:

- le Case di Comunità, organizzate capillarmente sul territorio, caratterizzate dalla presenza degli MMG sulle 12 ore, della Continuità assistenziale sulle 24 ore, dalla presenza dell'infermiere di famiglia e degli specialisti cui fare riferimento per i bisogni di salute.
- il potenziamento dell'ADI (Assistenza domiciliare integrata) estendendo l'orario di operatività dalle 7 alle 21, compresi i giorni festivi e ricomprendendo anche le cure palliative

- la previsione di impiegare l'infermiere di famiglia quale elemento fondamentale di supporto per i cittadini più fragili
- la creazione dell'Ospedale di comunità, anch'esso distribuito capillarmente sul territorio, a prevalente gestione infermieristica, caratterizzate da bassa intensità clinica, destinate ad accogliere il paziente con cronicità semplice, al quale viene fornita assistenza h 24.

Le attività vengono coordinate attraverso la Centrale operativa territoriale che prende in carico il cittadino/paziente e raccorda i servizi e soggetti coinvolti nel processo assistenziale: attività territoriali, sanitarie, sociosanitarie, ospedaliere e della rete di emergenza – urgenza.

Impatto guerra russo - ucraina

Nel corrente anno 2022, all'emergenza da Covid 19, si sono aggiunte l'emergenza profughi provenienti dalle zone di guerra (Ucraina) ASL 3, su indicazioni di A.Li.Sa., ha organizzato un servizio straordinario di accoglienza sociosanitaria presso le sedi di Villa Bombrini e presso l'Hub vaccinale di Sala Chiamata del Porto, al fine di:

- coordinare le attività con enti ed istituzioni coinvolte nella gestione dell'Emergenza Ucraina;
- identificare e registrare i profughi;
- attivare dello screening sanitario e verificare della documentazione sanitaria;
- identificazione dei soggetti "fragili" da inserire in percorsi dedicati;
- attivare la prevenzione primaria e secondaria, incluse le attività di diagnostica infettivologica e/o le vaccinazioni;
- inserimento nei canali di assistenza sanitaria ed avvio di percorsi sanitari specialistici e/o di II livello.

E' stato attivato, tramite il Consultorio Familiare, un percorso pediatrico e ostetrico ginecologico.

Impatto della PSA (peste suina africana)

Per quanto attiene l'emergenza PSA, il Dipartimento di Prevenzione, attraverso le strutture competenti, ha attivato un percorso di monitoraggio della peste suina, di eventuale abbattimento dei capi infetti detenuti in allevamenti bradi e semi bradi e delle specie selvatiche infette, nonché la rimozione delle carcasse infette.

Mappatura dei processi

L'elenco dei processi mappati o aggiornati nel 2021 è presente nell'all.to n. 1: - Elenco processi. Sono stati suddivisi per le seguenti aree di rischio (generali e specifiche):

Acquisizione e gestione del personale
 Affari legali e contenzioso
 Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico
 Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico
 Attività libero professionale e liste di attesa
 Contratti pubblici
 Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
 Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio
 Incarichi e nomine
 Rapporti contrattuali con privati accreditati
 Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni
 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

L'estensione dei processi analizzati ha consentito di ricomprendere tutte le aree di rischio identificate dall'Autorità Anticorruzione. Tutte le schede suddivise per Dipartimento sono visibili nell'all.to n. 3 – Mappature e valutazione del rischio. La scheda relativa alla mappatura dei processi, utilizzata nel 2021, si suddivide nelle seguenti sezioni:

1. Fasi del processo
2. Descrizione della fasi/azioni
3. Perimetro di competenza delle varie fasi/azioni (esterno all'Azienda o interno)
4. Esecutore della fase (denominazione dell'ufficio competente allo svolgimento della fase/azione)

Rispetto al 2020 è stato allargato il perimetro delle attività e degli uffici coinvolti nella mappatura:

DIPARTIMENTO	n.
DIPARTIMENTI SANITARI	1
DIPARTIMENTO DEI SERVIZI	1
DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE	8
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	19
DIPARTIMENTO GIURIDICO	32
DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE	2
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE	3
DIPARTIMENTO TECNICO AMMINISTRATIVO	27
DIREZIONE GENERALE	1
DIREZIONE SANITARIA	10
DIREZIONE SOCIO SANITARIA	10
Totale complessivo	114

c) La valutazione del rischio: identificazione, analisi e ponderazione

Identificazione del rischio

Nello stessa matrice di mappatura è presente un'altra sezione relativa alla fase dell'identificazione dei rischi, rimasta invariata, e così composta:

- a) individuazione del rischio corruzione (evento);
- b) indicazione delle "modalità – comportamento (corruttivo)" (che possono essere molteplici) e dei "fattori abilitanti" (che si presentano in un numero limitato e sono stati individuati durante una preventiva analisi anche basandosi sull'analisi del contesto);
- c) l'indicazione dei "fattori abilitanti" ovvero delle variabili ambientali che agevolano il verificarsi delle modalità di comportamento di cui alla lett. b)

Il rischio di corruzione da individuare (lett a); presenta due caratteristiche da considerare: il soggetto destinatario del processo che potrebbe ricavare dei vantaggi illeciti e l'oggetto del beneficio. Per modalità di comportamento si intende il comportamento corruttivo (lett. b) ovvero la "traduzione" del rischio nelle azioni concrete che da potenziale lo trasformino in effettivo; quindi il comportamento è la prassi operativa, la procedura che potrebbe essere adottata non conforme alle norme o comunque rientrante in quel concetto di corruzione allargato collegato alla malamministrazione o alla disparità di trattamento nei confronti di soggetti esterni ovvero tra i dipendenti interni all'Azienda.

Come per la mappatura, anche la ricognizione dei rischi (eventi di rischio e comportamenti corruttivi) è visionabile all'interno delle schede dei processi (allegato n. 3). Tali schede costituiscono pertanto il registro dei rischi" individuati nel corso del 2021:

Fattori abilitanti: si è scelto di non proporre un elenco chiuso di fattori abilitanti ma di lasciare che ogni Struttura li individuasse liberamente al fine di rendere l'analisi più completa. Successivamente sono stati aggregati in "macro – fattori". Essi costituiscono anche un quadro del contesto interno potenziale presente in Azienda (l'elenco dei fattori abilitanti di ogni singola Struttura è riportato nell.to n. 4 del P.T.P.C.T. 2021 – 2023 al quale si rinvia):

n.	Elenco dei "macro" fattori abilitanti individuati
1	Assenza/scarsità del personale/impossibilità a garantire la rotazione del personale/Accentrimento di funzioni ad un unico operatore
2	Mancanza di controlli
3	Assenza di meccanismi di controllo ex post
5	Mancanza di trasparenza
6	Eccessiva discrezionalità
7	Assenza di procedure (amministrative, informatiche, tecniche)/assenza di criteri pre-ordinati e/o di regole
8	Scarsità di competenze del personale (monopolio di competenze)
9	Bassa professionalità (monopolio di competenze amministrative, professionali, tecniche)
10	Esercizio prolungato ed esclusivo di responsabilità (monopolio di potere)
11	Sopralluogo effettuato da un unico operatore/mancanza rotazione del personale
12	Mancata verifica conflitti di interesse
13	Inadeguata diffusione della cultura della legalità/subcultura organizzativa
14	Pressione commerciale
15	Comportamento orientato/conflitto di interesse/complicità (ad es. dei componenti di una Commissione)

Analisi del rischio - premessa

La metodologia di analisi del rischio impiegata nel corso del 2021 per la valutazione del rischio di corruzione dei processi è stata concordata dal Gruppo Regionale Anticorruzione della Regione Liguria ed è stata preferita rispetto al metodo adottato dall’Autorità Anticorruzione. Si basa sulle indicazioni contenute nella norma ISO 31000 “Gestione del rischio - Principi e linee guida” e nelle “Le linee guida per la valutazione del rischio di corruzione” elaborate all’interno dell’iniziativa delle Nazioni Unite denominata “Patto mondiale delle Nazioni Unite” - Global Compact - (la stessa metodologia impiegata per la valutazione del rischio Covid). Si tratta di una versione semplificata rispetto alla metodologia suggerita da Aanc ma è stata scelta per agevolare il lavoro di analisi degli uffici. Infatti il metodo proposto, pur rispettando le indicazioni di Anac, fornisce già delle motivazioni standard precostituite per ogni valutazione di rischio risparmiando agli uffici coinvolti questo passaggio che avrebbe richiesto un ulteriore dispendio di tempo e di risorse. Inoltre, sempre in una logica di semplificazione, comunque consentita dall’all.to. n 1 del PNA 2019, si è scelto di valutare il processo nella sua interezza e non le singole fasi di cui è composto, riducendo quindi i tempi per la valutazione e l’analisi.

Procedura:

Il metodo “Global Impact” prevede due indicatori, denominati “probabilità” e “impatto”, ognuno dei quali è composto da più variabili:

➤ La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l’evento rischioso accada in futuro.

➤ L’impatto valuta l’effetto qualora il rischio si verifichi, ovvero l’ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (impatto e probabilità) si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili caratterizzati da un nesso di causalità tra l’evento rischioso e il relativo accadimento:

PARAMETRI INDICATORE PROBABILITÀ

p1 – discrezionalità

p2 – coerenza operativa

p3 – rilevanza interventi esterni

p4 – livello di opacità del processo

p5 – eventi sentinella

p6 – misure di prevenzione

p7 - segnalazioni, reclami

p8 – gravi rilievi

p9 – ruoli di responsabilità

PARAMETRI INDICATORE IMPATTO

i1 – impatto sull’immagine dell’ente

i2 – impatto in termini di contenzioso

i3 – impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio

i4 – danno generale

Al fine di rendere applicabile la metodologia proposta sono state attuate le seguenti fasi (di cui solo la prima risulta di competenza delle Strutture aziendali mentre le altre sono riservate al RPCT sempre con lo scopo di ridurre gli obblighi in capo alle Strutture aziendali):

- Misurazione (qualitativa) del valore di ciascuna delle variabili (P e I), sopra indicate, attraverso valutazioni espresse **dai gruppi di lavoro** dei singoli uffici/settori afferenti ai processi oggetto di valutazione mediante l'utilizzo di una scala di misura uniforme di tipo ordinale articolata in ALTO, MEDIO, BASSO e sulla base delle motivazioni preimpostate presenti sul file "descrizione parametri probabilità e impatto" (e inserito nella cartella di rete condivisa relativa all'aggiornamento del rischio 2021 e denominata: 2)analisi del rischio).
- Valutazione complessiva (sintesi del valore sintetico: giudizio di probabilità e giudizio di impatto) dei valori delle variabili di entrambi gli indicatori da parte del **RPCT** attraverso l'impiego di un indice di posizione, la "moda", (il valore che si presenta con maggiore frequenza). Nel caso in cui i due valori si dovessero presentare con la stessa frequenza si è preferito individuare comunque il più alto dei due (conformemente al principio di prudenza richiesto da Anac). In caso i valori assegnati alle variabili di un determinato processo siano troppo bassi è stato innalzato il valore in modo da evitare una sottostima del rischio complessivo e rendere coerente il giudizio sul rischio rispetto alla eventuale presenza di rischi e dalla risultanze del trattamento del rischio.
- Attribuzione di un livello di rischio, da parte del RPCT, a ciascun processo considerato, sulla base di una matrice di rischio (già impiegata per il calcolo del rischio del 2020) che risulta strutturata applicando, anche in questo caso, la "moda", ai giudizi di probabilità e di impatto della fase precedente. La matrice, di seguito riprodotta, risulta articolata su sei livelli di rischio: altissimo, alto, medio, basso, molto basso. Attraverso l'incrocio della sintesi del valore sintetico dei due indicatori si attiene il livello di rischio complessivo del processo:

<u>MATRICE DI RISCHIO</u>	IMPATTO				
	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
PROBABILITA'					
ALTISSIMA	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO	ALTISSIMO	ALTISSIMO
ALTA	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTO	ALTISSIMO
MEDIA	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO	ALTISSIMO
BASSA	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO	ALTO
MOLTO BASSA	MOLTO BASSO	MOLTO BASSO	BASSO	MEDIO	MEDIO

Le singole valutazioni dei processi sono state acquisite e inserite in una tabella riassuntiva e denominata: Schede analisi del rischio. Dei 113 processi mappati i gruppi di lavoro anticorruzione-

ne delle Strutture aziendali hanno effettuato la stima del rischio nel 52% circa dei casi (pari a 59 processi). Gli altri processi sono stato oggetto di diretta valutazione da parte del RPCT o attraverso un confronto con i gruppi di lavoro sulla base dell'esperienza degli operatori coinvolti oppure sulla base del valore dell'anno precedente.

La ponderazione del rischio

Il collocamento di ciascun processo dell'Azienda, in una delle fasce di rischio consente di definire il rischio "lordo" (intrinseco), ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di misure idonee a contrastarlo, individuando allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento. Nel calcolo del rischio è stato adottato un criterio improntato alla prudenza, volto ad evitare una sottostima del rischio al fine di escludere dal trattamento del rischio di quei processi che avrebbero invece bisogno di adeguate misure correttive.

d) Il trattamento del rischio

Il trattamento del rischio cioè l'individuazione di concrete misure per affrontare i rischi individuati nella fase precedente è stato svolto con l'ausilio di una matrice (matrice del trattamento del rischio) composta dalle seguenti sezioni:

- a) **Individuazione delle misure già esistenti (analisi as is):** qualora l'analisi evidenziasse una copertura sufficiente a contrastare i fattori abilitanti non è stato richiesto di procedere alle fasi successive
- b) **Analisi di efficacia, efficienza e sostenibilità delle misure presenti e il loro grado di incidenza sulle cause del rischio:** in questa sezione della matrice è stato richiesto di individuare delle proposte correttive per contrastare i rischi e di valutare se le stesse fossero realizzabili.
- c) **Selezione e progettazione delle misure:** In caso dalle analisi a) e b) risultassero misure sostenibili con i tempi e le risorse a disposizione le stesse devono essere adeguatamente progettate onde evitare che le stesse si riducano a delle previsioni astratte precisando le fasi, i tempi i soggetti responsabili e gli indicatori. E' stato posto l'accento sull'importanza di programmare le misure in termini di precisi obiettivi da raggiungere da parte di ciascun ufficio. La progettazione delle misure saranno individuate come uno specifico obiettivo di performance organizzativa³⁷. I dati richiesti di questa sezione sono stati i seguenti: 1) Fase per l'attuazione della misura, 2) risultato atteso, 3) Tempi di realizzazione, 4) Ufficio responsabile (della realizzazione della misura: coincide con il dirigente della Struttura stessa); 5) Indicatori.

³⁷ Vedi anche la Parte Quarta lett. e)

Per quanto riguarda le sezioni a) e b) esse sono state acquisite agli atti mentre la sezione c) ovvero le singole schede di progettazione sono riportate nell'allegato 4 - Progettazione misure il cui elenco è possibile consultare nell'all.to. n. 2 – Elenco misure. Sotto il titolo sono precisati i fattori abilitanti individuati nella fase precedente della valutazione che si vogliono limitare con l'attuazione della misura specifica di prevenzione del rischio. Durante la fase nell'analisi del rischio qualora il valore del rischio sia risultato pari a "altissimo" o "alto" si è cercato di individuare almeno una misura specifica di prevenzione. Nella tabella che segue vengono riportate il numero delle misure specifiche programmate suddivise per le aree di rischio di corruzione e per la tipologia delle misure indicate dai Piani Nazionali Anticorruzione:

TIPOLOGIA DELLE MISURE PROGRAMMATE	AREA A RISCHIO	Totale
CONTROLLO	Acquisizione e gestione del personale	1
CONTROLLO	Contratti pubblici	2
CONTROLLO	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	4
CONTROLLO	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico	1
DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	1
DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI	Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni	3
DISCIPLINA DEL CONFLITTO DI INTERESSI	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico	1
REGOLAMENTAZIONE	Affari legali e contenzioso	1
REGOLAMENTAZIONE	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni	2
REGOLAMENTAZIONE	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico	1
REGOLAMENTAZIONE	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari senza effetto economico	1
ROTAZIONE	Acquisizione e gestione del personale	1
ROTAZIONE	Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero	1
ROTAZIONE	Incarichi e nomine	2
TRASPARENZA	Acquisizione e gestione del personale	3
TRASPARENZA	Affari legali e contenzioso	1
TRASPARENZA	Contratti pubblici	3
TRASPARENZA	Incarichi e nomine	2
Totale complessivo		31

e) Attività di auditing

Per verificare la concreta attuazione e l'efficacia delle misure di prevenzione e monitorare la qualità della gestione del rischio (vedi lett c. Parte Prima) ogni anno sono attivati appositi audit³⁸ quale strumento aggiuntivo per rafforzare il sistema dei controlli finalizzati alla prevenzione della corruzione. Lo strumento viene impiegato anche per approfondire la mappatura dei processi, soprattutto nei casi in cui l'analisi dei gruppi di lavoro non risultino adeguati, per verificare le procedure implementate per situazioni straordinarie (come nel caso della pandemia di Covid) e per sottoporre a verifica i processi/misure oggetto di segnalazioni di illeciti da parte di dipendenti anonimi. Attualmente il processo di audit si articola nelle seguenti fasi:

- 1) Costituzione di un apposito gruppo di lavoro che si deve occupare dell'audit.
- 2) Identificazione del soggetto di coordinamento del processo dell'audit (in mancanza del dirigente del SS Servizio Ispettivo è stato individuato temporaneamente il RPCT).
- 3) Identificazione delle strutture da sottoporre a controllo
- 4) Contattare i Direttori delle strutture coinvolte per richiedere la documentazione, le informazioni e i dati oggetto dell'audit.
- 5) Analizzare la documentazione relativa ai processi (o delle misure) sottoposti a verifica.

³⁸ Gli audit svolti nel 2021 sono riportati all'interno della tabella sul rendiconto degli obiettivi strategici, Parte Prima, lett. f)

- 6) Predisporre una check – list per verificare la completezza delle attività svolte
- 7) Concordare con i Responsabili delle Strutture coinvolte il giorno in cui avrà luogo la verifica “sul campo” da parte del gruppo di lavoro, in modo da essere certi che nei giorni stabiliti sia presente il personale che abitualmente attende allo svolgimento dei processi sottoposti ad esame.
- 8) Conduzione di una verifica sul campo coinvolgendo il dirigente responsabile oltre che i dipendenti che si occupano del processo e quelli coinvolti nell’applicazione delle misure di prevenzione.
- 9) Predisposizione di un report (verbale) finale condiviso con i gruppi audit e trasmesso alla Direzione Aziendale.

Parte Quarta - La trasparenza amministrativa

La promozione della trasparenza e dell'integrità è considerato un obiettivo prioritario dell'Asl3. Essa è intesa come "uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa" e costituisce livello essenziale delle prestazioni" (art. 117, c. 2, lett. m della Costituzione),

Già partire dal D.Lgs. n. 150/2009 (e confermato dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.), la trasparenza amministrativa è intesa come "accessibilità totale dei dati", che si traduce nell'obbligo di rendere pubbliche molte delle informazioni e dei documenti prodotti dai soggetti pubblici.

Allo scopo di rendere la trasparenza non un adempimento formale ma uno strumento di miglioramento organizzativo, di conoscenza e di sostegno ai cittadini risulta fondamentale assicurare che le informazioni riportate su "Amministrazione Trasparente" si attengano ai principi elencati nell'art. 6 del D.Lgs. n. 33/2013 e, in particolare garantire: un costante aggiornamento, completezza, tempestività, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità, facile accessibilità dei dati pubblicati.

La presente sezione del Piano dedicata alla Trasparenza comprende, come elementi essenziali:

- gli obiettivi strategici in materia di trasparenza, definiti per la Asl3 dalla Direzione Generale (riportati congiuntamente agli obiettivi strategici di prevenzione della corruzione del presente Piano);
- l'organizzazione dei flussi informativi, identificando i soggetti interni a cui compete la responsabilità relativa alla gestione dei documenti obbligatori da pubblicarsi su "Amministrazione Trasparente".

a) Organizzazione dei flussi informativi: i soggetti preposti all'individuazione, all'elaborazione e alla trasmissione dei dati. Aggiornamento dei dati

L'altro contenuto essenziale della sezione relativa alla trasparenza è costituito da uno schema che individua i vari uffici e i relativi Responsabili a cui compete l'identificazione, l'elaborazione, la trasmissione dei documenti ex D.Lgs. n. 33/2013, che sono pubblicati sulla pagina di "Amministrazione Trasparente, all'interno del sito internet istituzionale, contrassegnato come Allegato n. 5: Elenco responsabili trasmissione e pubblicazione dati obbligatori del presente Piano. Tutti i dirigenti (anche coloro che non sono considerati rientranti nelle aree a rischio), devono verificare, tra la serie di documenti, informazioni e dati presenti nell'all.to n. 5 quelli di propria competenza.

Proprio per rendere più approfondita questa verifica, e non meramente formale, quest'anno nella tabella che contiene l'elenco dei dati soggetti a pubblicità obbligatoria(all.to 5) è stata inserita una colonna aggiuntiva denominata: “% di pubblicazione del dato rispetto agli atti adottati” in cui i dirigenti oltre a specificare gli obblighi di propria competenza hanno dovuto precisare il livello di completezza, in termini percentuali, della pubblicazione dei dati prodotti che avrebbero dovuto essere trasmessi nel sito nel corso del 2021 (in analogia con le annuali attestazioni che richiede Anac alle PP.AA. le percentuali sono state le seguenti: 0 – 33%, 34% - 66%, 67% - 100%). Inoltre le sezioni di cui si compone Amministrazione trasparente sono state separate in fogli distinti ognuno dei quali contiene i dati di competenza di ogni singolo Dipartimento aziendale in modo da consentire al cittadino di orientarsi più agevolmente tra le sezioni molto complesse di cui si compone la sezione di Amministrazione Trasparente e verifica il livello di aderenza alla normativa e gli aspetti ancora critici presenti. La revisione della tabella è avvenuta all'interno delle attività di monitoraggio (vedi let. c) Verifica sul rispetto degli obblighi del Piano, Parte Prima)

b) Organizzazione dei flussi informativi: la pubblicazione informatizzata dei dati

L'attività di pubblicazione di informazioni sul sito Aziendale è affidata all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP che si avvale della società informatica “Liguria Digitale s.c.p.a.” fornitrice della manutenzione del portale aziendale.

L'informatizzazione del flusso dei dati a pubblicità obbligatoria ex D.Lgs. n. 33/2013 è garantita dall'utilizzo dell'applicazione web denominata “Redmine”, che si basa su di un sistema di apertura di richieste informatizzato in modo da consentire automaticamente la loro tracciabilità. In questo modo l'ufficio che ha inviato la richiesta è in grado, in ogni momento, di conoscerne lo stato di avanzamento, con la certezza che la pratica verrà correttamente evasa.

A seguito di una richiesta di pubblicazione di dati soggetti a pubblicità obbligatoria l'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP pubblica i file, senza alterarne i contenuti, la grafica e senza modificarne l'estensione, nella sezione del sito web istituzionale denominata “Amministrazione Trasparente”, inserendoli nella corretta sottosezione così come precisata dal richiedente.

La tempistica di conclusione della richiesta varia a seconda dei seguenti fattori:

- la chiarezza nell'esposizione del problema da parte dell'operatore;
- l'urgenza e della complessità dell'intervento: se la richiesta riguarda il semplice aggiornamento dei dati essa è evasa nell'arco di poche ore; viceversa se riguarda, ad

esempio, una modifica strutturale di una sezione di Amministrazione Trasparente, i tempi vengono preventivamente stabiliti dai tecnici, informando l'interessato;

- le priorità dell'intervento (nel caso, ad esempio, sia obbligatoria per legge la pubblicazione di un certo documento entro un determinato periodo di tempo, viene assegnata la precedenza a questo intervento).

Questo sistema consente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di monitorare efficacemente i flussi di trasmissione dei dati obbligatori ex D.Lgs. n. 33/2013 da parte degli uffici responsabili, di verificare i tempi di pubblicazione, di intervenire qualora sorgessero problemi di comunicazione, di ritardo o per altre criticità.

c) Disposizioni organizzative per assicurare la regolarità dei flussi informativi

Come previsto dall'art. 10 del D.Lgs. n. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 sono stati indicati i soggetti tenuti alla individuazione, elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente, deputati ad assicurare l'aggiornamento di "Amministrazione Trasparente". Ai fini del controllo da parte del Responsabile sugli adempimenti previsti per la dirigenza in termini di obblighi di trasparenza è fondamentale l'instaurazione di un rapporto di interlocuzione e di stretta collaborazione tra i dirigenti ed il Responsabile.

Per rafforzare ulteriormente questo rapporto di collaborazione in Asl3 sono stati nominati i Referenti della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (vedi parte Prima, b) - I soggetti interni).

Come per la prevenzione della corruzione anche per la trasparenza i dirigenti hanno individuato un coordinatore (facilitatore) con lo scopo di sgravarli delle attività meramente operative riguardo alla trasparenza, per velocizzare gli scambi di informazione tra Referenti e Responsabile e aiutare i Referenti negli obblighi previsti dal D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.. Di norma il coordinatore (facilitatore) della trasparenza coincide con quello della prevenzione della corruzione.

Di seguito si precisano i compiti dei dirigenti e dei Referenti in ordine alla puntuale esecuzione delle disposizioni di cui alla normativa sulla trasparenza amministrativa.

d) Procedura di trasmissione dei dati

Ogniqualevolta si ravvisa l'obbligo di pubblicazione dei dati (sulla base del succitato all.to n. 5) i dirigenti devono:

- inviare, per il tramite dei coordinatori (facilitatori) della trasparenza, la documentazione di cui al punto precedente all'Ufficio Stampa, Comunicazione e URP – Liguria Digitale, al seguente indirizzo mail: Redazione.Sito@asl3.liguria.it (e per conoscenza al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza all'indirizzo prev.corr@asl3.liguria.it), affinché sia pubblicata sul sito aziendale nella sezione di “Amministrazione Trasparente”;
- nell'invio a redazione.sito@asl3.liguria.it i dirigenti responsabili di struttura devono:
 - specificare in quale delle sezioni previste dall'allegato del D.Lgs. n. 33, siano da ricomprendere i dati e gli atti, di propria pertinenza, destinati alla pubblicazione;
 - riportare nell'oggetto della mail la dicitura “Amministrazione Trasparente”, specificando se si tratta di aggiornamento o di nuovo inserimento e indicando il nome della sotto –sezione in cui inserire/aggiornare la documentazione;
 - trasmettere, ai fini della loro pubblicazione sul portale istituzionale dell'Azienda, dati aperti, aggiornati, integri, completi, tempestivi, di semplice consultazione, comprensibili, omogenei, facilmente accessibili, nonché conformi ai documenti originali in possesso dell'amministrazione. Tali caratteristiche sono indicate negli artt. 6 e 7 del D.Lgs. n. 33/2013;
 - trasmettere i file per la pubblicazione nel formato definitivo, di dimensioni più leggere possibili, in modo da rendere il download esterno più veloce;
 - verificare che la pubblicazione dei dati sia effettivamente avvenuta; in caso contrario contattare via mail la redazione del sito per appurare il problema;
- trasmettere esclusivamente per mail, senza nota di accompagnamento senza trasmettere la documentazione in formato cartaceo, via fax o altra modalità che non sia quella informatica;

- inviare la documentazione obbligatoria al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza solo per conoscenza;
- comunicare al proprio Referente Aziendale di riferimento le attività svolte per ottemperare alla normativa ex D.Lgs. n. 33/2013, il numero di dati pubblicati ed aggiornati.

I Referenti della Prevenzione; in particolare essi devono:

- predisporre adeguate misure organizzative in modo da assicurarsi che i propri Dirigenti subordinati abbiano trasmesso tutti i dati a pubblicità obbligatoria, di competenza del proprio Dipartimento (ovvero una volta acquisiti dai propri dirigenti trasmetterli direttamente).

Qualora i Referenti o i Dirigenti ad essi sotto-ordinati risultassero inadempienti, anche parzialmente, agli obblighi ed ai compiti a loro spettanti dalla normativa e dalle disposizioni presenti sulla sezione “trasparenza” del presente Piano, il responsabile ha la facoltà di segnalare tali casi “all’ufficio di disciplina, ai fini dell’eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il Responsabile segnala altresì gli inadempimenti al vertice politico dell’amministrazione [vertici dell’amministrazione], all’OIV ai fini dell’attivazione delle altre forme di responsabilità” (art. 43 c. 5 D.Lgs. n. 33/2013). Tra l’altro a decorrere dal 1 gennaio 2020 le sanzioni per i dirigenti a seguito di inadempimenti relativi agli obblighi di trasparenza sono stati ulteriormente inaspriti con l’ *art. 1, comma 163, lett. b), n. 2), della L, n. 160/2019*.

Ciascun dirigente si farà carico altresì di ottemperare al generale divieto di diffusione dei dati idonei a rilevare lo stato di salute dei singoli interessati. Per i beneficiari di provvidenze di natura economica, occorre che non siano diffusi ulteriori dati non pertinenti quali l’indirizzo di abitazione, il codice fiscale, le coordinate bancarie. A questo proposito si rinvia all’art. 5 e all’art. 6 del Regolamento Generale per la protezione dei dati personali n. 679/2016.

Sono state recepite le disposizioni del D.Lgs. n. 82/2005 art. 68 (Codice dell’amministrazione digitale) sulle caratteristiche dei dati informatici da pubblicare in formato aperto. A questo riguardo, il presente P.T.P.C.T. fa proprie le indicazioni presenti nelle Linee Guida dell’ex CIVIT di cui alla Del. n. 105/2010, le quali, tra l’altro prevedono che i dati dovranno essere:

- pubblicati in almeno uno dei formati aperti: pdf (non immagine), odf, xml ecc...(avendo cura di creare queste estensioni mediante l’utilizzo dei programmi “Li-

bre-office” recentemente installati a seguito dell’attivazione del programma “Civilia” per la gestione degli atti amministrativi).

- raggiungibili direttamente dalla pagina dove le informazioni di riferimento sono riportate.

e) Collegamento tra performance, trasparenza e P.T.P.C.T.

Il collegamento tra il Piano della Performance e il P.T.P.C.T. è assicurato dalla presenza di diverse misure di prevenzione strutturate secondo elementi simili a quelle delle schede della performance: fasi, indicatori, risultati attesi, responsabile dell’attuazione della misura. In questo modo le misure di prevenzione diventano precisi obiettivi sebbene non inseriti nel Piano della Performance ma nel P.T.P.C.T. Tali schede di progettazione saranno prese come punto di riferimento per verificare il livello di performance organizzativa connessa alla prevenzione della corruzione per il triennio di vigenza del Piano. Per non rendere questo collegamento astratto e poco utile ai fini della crescita del livello complessivo della trasparenza e della prevenzione della corruzione è importante identificare obiettivi il più possibile “sfidanti” che non siano degli adempimenti normativi rientranti nelle proprie attività istituzionali. Questo principio, naturalmente riguarda sia le misure di trasparenza di seguito indicate sia le altre misure generali le cui fasi sono descritte nell’ultima parte del presente documento.

f) Misure generali di trasparenza

Novità principali

In sintesi le misure programmate riguardano principalmente l’informatizzazione dei processi:

- 1) automatizzazione del registro degli accessi;
- 2) pubblicazione dei dati su Amministrazione Trasparente;
- 3) aggiornamento del sito interne(per la parte relativa agli adempimenti della Trasparenza - sezione di Amministrazione Trasparente).

Di seguito sono riportate le singole schede di progettazione:

Numero misure generali di trasparenza da attuare entro il 2022 - 2024	Misure generali (fasi ancora da attuare)
4	Accesso civico
2	Informatizzazione flusso dati
1	Aggiornamento Atto Aziendale
1	Aggiornamento sito internet istituzionale
8	

Misura generale: Trasparenza - Attivazione del registro informatico degli accessi (civico e atti): 4 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato: Nota prot. n. 0015058 del 20-04-2021 di Alisa	Elaborazione di un percorso comune per l'attuazione del Registro e di aggiornamento degli attuali sistemi informatici/protocollo secondo le disposizioni della Circolare FOIA n. 2/2017	incontri con responsabili sistemi informatici	RPCT/S.C. SIA/S.C. Affari Generali
30/06/2022	Adeguamenti tecnici del fornitore del programma "Folium" relativo al fine di renderlo pienamente operativo	numero di giornate erogate dal fornitore per una certa implementazione (giornate uomo che si sono rese necessarie)	Fornitore esterno
30/07/2022	Rendere operativo il registro degli accessi all'interno di "Folium"	numero di giornate erogate dal fornitore per una certa implementazione	S.C. SIA/ S.C Affari Generali

		(giornate uomo che si sono rese necessarie)	
31/12/2022	Estrazione dei dati sulle richieste di accesso ex L. n. 241/90 e D.Lgs. n. 33/2013 da pubblicare su "Amministrazione Trasparente"	Numero tabelle estratte da "Folium"	S.C. Affari Generali
01/03/2023	Informatizzazione del flusso di dati degli accessi all'interno della sezione: "Altri contenuti – accesso civico"	Attivazione informatizzazione della sezione	S.C. S.I.A./ S.C. Affari Generali
Misura generale Trasparenza: informatizzare il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente" – 2 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato dal 2013	Informatizzazione delle richieste di trasmissione e pubblicazione dei dati ex D.Lgs. n. 33/2013 secondo tempistiche predefinite	numero di giornate erogate dal fornitore per una certa implementazione (giornate uomo che si sono rese necessarie)	Liguria Digitale / URP
Attuato: 31/12/2021	Identificare almeno una sezione di Amministrazione Trasparente alimentata da flussi informatizzati di dati	Numero e denominazione delle sezioni da informatizzare	RPCT
Entro il 30/04/2022	Prendere contatto con la ditta che gestisce il nuovo applicativo per le delibere e determine (CIVILIA) per concordare le modifiche tecniche da attuare	numero di giornate erogate dal fornitore per una certa implementazione (giornate uomo che si sono rese necessarie)	S.C. SIA/Ditta Deda Group
Entro il 31/12/2022	Informatizzare il flusso di dati	Attivazione in-	S.C. SIA/Ditta

	delle seguenti sezioni: a) elenchi semestrale degli atti dirigenziali; b) bandi di gara e contratti	formatizzazione della sezione ex art. 23	Deda Group
--	---	--	------------

Misura generale Trasparenza : Aggiornamento Atto Aziendale – 1 misura generale			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 30/05/2022	Aggiornamento delle attività di prevenzione della corruzione, trasparenza e anticiclaggio da inserire nell'Atto Aziendale	numero di pagine aggiornate	S.C. Affari Generali

Misura generale Trasparenza : Aggiornamento sito internet – 1 misura generale			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 31/12/2022	Prevedere la costituzione di un apposito gruppo di lavoro con il quale organizzare almeno un incontro per concordare le modifiche al sito	1) costituzione e numero componenti gruppo di lavoro; 2) numero di incontri effettuati	URP/RPCT

Parte Quinta - Le misure “generali”

Novità principali

Per il triennio di valenza del Piano è stata programmata una nuova misura generale, che negli anni precedenti non era stata ancora avviata riguardante l'introduzione dei Patti di Integrità. È stata rimodulata la misura relativa alla gestione del conflitto di interesse: al fine di rendere questa misura più concreta, invece di linee guida generali, saranno adottati appositi regolamenti per l'adozione del conflitto di interesse in specifici settori sanitari. Proseguono le fasi attuative per introdurre un sistema di controlli anticiclaggio in azienda; così come la graduale applicazione della rotazione del personale o, in sua sostituzione, misure alternative quali quella della articolazione delle competenze (c.d. “segregazione delle funzioni”) con cui sono attribuiti a soggetti diversi i compiti relativi allo svolgimento di istruttorie e accertamenti, adozioni di decisioni, attuazione delle decisioni prese: introducendo un albo da cui individuare docenti interni e un albo da cui attingere per la scelta dei segretari dei concorsi. Obiettivo previsto per il 2022 sarà anche quello di accertarsi dell'effettiva verifica effettuata dagli uffici competenti del rispetto degli obblighi di cui all'art. 35 -bis del D.Lgs. n. 165/2001.

Di seguito è riportata una sintesi delle misure generali progettate nel corso del 2021 per il triennio 2022 – 2024 (per trasparenza e chiarezza espositiva, nelle singole schede sono state riportate misure già attuate nel 2021 che, comunque, non sono state conteggiate come nuove misure):

Numero misure generali da attuare entro il 2022 - 2024	Misure generali (fasi ancora da attuare)
2	misure di disciplina del conflitto di interesse: obblighi di comunicazione e di astensione
1	verifica inconferibilità degli incarichi di DG, DS, DSS e DA
2	Rotazione del personale
2	attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving – doors)
1	Sentinella civica (whistleblowing)
1	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la

	P.A.
4	Attività di formazione
2	Codici di comportamento
2	Attività extraistituzionale
7 (di cui 4 per il registro accessi; 2 per il flusso informatizzato; 1 per l'aggiornamento del sito)	Trasparenza
5	Antiriciclaggio
29	

a) Formazione in tema di anticorruzione

Misura generale: formazione – Individuate 4 misure generali³⁹			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attivazione formale con nota id n. 84782397 del 09/06/2021. Riapertura dei corso FAD (base e specifico) anche nel 2022: richiesta con mail del 17/02/2022 alla S.C. Aggiornamento e Formazione	Attivazione secondo edizione del corso FAD: "La gestione del rischio"	Numero di domande compilate per i test	Aggiornamento curato dal Gruppo Regionale anticorruzione;
Nel corso del 2022	1) Organizzare periodici incontri (in presenza o in remoto) con i Referenti aziendali (e personale di supporto) per illustrare loro gli adempimenti di competenza	n. incontri effettuati nel corso dell'anno	RPCT e suo collaboratore/Referenti e propri coordinatori
Entro il 31/12/2022	Partecipazione al corso: la disciplina del-	Frequenza del	RPCT e suo collabora-

³⁹ Per comodità il corso relativo all'antiriciclaggio è stato descritto all'interno di questa misura generale a cui si rinvia

	la trasparenza e dell'anticorruzione [...] proposto da Università degli Studi di Genova nell'ambito del progetto "Valore PA"	corso	tore
Entro il 30/06/2022	Partecipazione ad un aggiornamento sulla normativa antiriciclaggio	Numero di corsi/webinar seguiti	RPCT e suo collaboratore
Entro 30/09/2022	Predisposizione di un documento denominato "Piano in Pillole" in cui illustrare i contenuti del Piano anticorruzione e del Codice di Comportamento	Documento in .pdf da pubblicare sulla intranet e sul sito internet aziendale	RPCT o suo collaboratore

b) Codici di Comportamento

Misura generale: Codice di Comportamento - individuate 2 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Adottata Del n. 508 del 29/09/2021 (ipotesi di aggiornamento) e Del. n. 665 del 15/12/2021	Aggiornamento del Codice di Comportamento interno sulla base della specificità aziendale, della semplificazione e della normativa "anticovid".	Numero di articoli modificati	RPCT
Entro il 31/12/2022	Incontro illustrativo dei contenuti del Codice aggiornato al personale del P.O. Micone	Incontro in presenza	RPCT o suo collaboratore
Entro il 31/07/2022	Illustrazione a tutte le categorie sindacali dell'Azienda (comparto e dirigenza) degli obblighi contenute	Numero di incontri in remoto o in presenza	RPCT o suo collaboratore

c) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Misura generale: conflitto di interesse - individuate 2 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 31/12/2022 (indicatori n. 1, 3, 4). Entro il 31/12/2023 (indicatore n. 2)	Gestione del conflitto di interesse nell'area sanitaria con riferimento a: 1)	1) Sponsorizzazioni comprese quelle in ambito formativo (ricognizione contratti in essere nelle rispettive Aziende - ipotesi regolamento condiviso). 2) Sperimentazioni e ricerca. 3) Rapporti con gli informatori scientifici (ipotesi regolamento per l'accesso) 4) Partecipazione a convegni come relatori o responsabili scientifici nell'ambito delle comunicazioni sullo svolgimento di attività extra – istituzionali (vedi scheda misure generali incarichi extraistituzionali)	1) n. verbali sottogruppo di lavoro, n. regolamenti adottati
Trasmissione da parte della S.C Programmazione e Gestione delle Forniture al RPCT a partire dal 15/04/2022	Verifica conflitto di interesse nell'ambito delle acquisizione di apparecchiature elettromedicali incrociando i dati sulle donazioni di immobili	Numero di verifiche effettuate	S.C. Affari Generali (trasmissioni trimestrale dati donazioni) - S.C Programmazione e Gestione delle Forniture (comunicazione ditte in gara)

d) Incarichi extra-istituzionali

Misura generale: incarichi extra-istituzionali – individuate 2 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato	Compilazione di una tabella relativa ai dati di cui all'art. 53 sui dati relativi agli incarichi extra-istituzionali: realizzato un programma in Excel nel quale sono indicati anche gli sponsor che hanno finanziato i convegni e l'importo delle forniture	il numero di richieste autorizzate e non, distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti e numero di segnalazioni e numero di segnalazioni di incarichi autorizzati	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – settore attività extra - istituzionali
Entro il 31/07/2022	Aggiornamento regolamento attività extra - istituzionale con particolare riferimento alla gestione del conflitto di interessi	Bozza di regolamento; adozione del regolamento	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – settore attività extra - istituzionali/RPCT
Entro il 31/07/2022	Introduzione di specifici moduli gestione del conflitto di interesse in relazione alla partecipazione a convegni finanziati da ditte farmaceutiche	n. 2 moduli	RPCT/S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane – settore attività extra - istituzionali/RPCT

e) Inconferibilità – incompatibilità ex D.Lgs. n. 39/2013

Misura generale: inconferibilità/incompatibilità – individuata 1 misura generale			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Con prot. n. 67260 del 06/05/2021 è stata trasmessa alla S.C. gestione e Sviluppo del Personale	Predisposta una procedura interna per la verifica delle dichiarazioni sulla inconferibilità/incompatibilità dei dirigenti ex D.Lgs. n. 39/2013 al fine di dare attuazione in concreto alle verifiche richieste dalla normativa	Numero soggetti dirigenziali controllati Numero modalità per acquisizione dei dati per la ve-	RPCT e Gruppo Regionale Anticorruzione

		rifica	
Nel corso del 2022 (la verifica dei moduli per la Direzione strategica attuata dal 2013)	Verifica incompatibilità di tutti i dirigenti amministrativi, tecnici e professionali assunti nel corso dell'anno. Verifica a campione delle situazioni annuali di incompatibilità	Numero di dirigenti PTA sottoposti a verifica	RPCT e S.C. Gestione e Sviluppo del Personale

f) La rotazione del personale

Misura generale: rotazione del personale – individuate 2 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Da attuare nel corso del 2022	Individuare un ambito in cui utilizzare il criterio della c.d. “segregazione delle funzioni (albo segretari concorso)	Verifica alternanza segretari che svolgono selezioni a pagamento e gratuite	S.C. Gestione Sviluppo delle Risorse Umane
Da attuare entro il 30/06/22: Misura inserita come specifica nel presente P.T.P.C.T	Nell'ambito delle attività di vigilanza dello PSAL (verifica dei cantieri) prevedere una rotazione “territoriale”	Tabella con i turni prestabiliti (da inserire nel server dello S.C. PSAL)	S.C. PSAL
Entro il 30/09/2022	Trasmissione di una proposta di modalità di rotazione del personale sulla base delle nuove schede più approfondite della gestione del rischio da applicare in vista dell'aggiornamento dei processi di rotazione	Nota trasmessa ai Direttori di Dipartimento e Referenti della Prevenzione della Corruzione	RPCT

g) Revolving doors o pantouflage

Misura generale: attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro - individuate 2 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuata nel dicembre 2021 (trasmissione dei moduli compilati al RPCT)	Verifica sul rispetto della normativa richiedendo alla S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane i moduli ricevuti dai dirigenti cessati	Numero di moduli ricevuti	S.C. Gestione e Sviluppo delle Risorse Umane
Entro il 30/05/2022	Modifica del modello per le dichiarazioni relative al pantouflage (c 16 - ter art. 53 D.Lgs. n. 165/2001) da sottoscrivere all'atto della sua cessazione	Pubblicazione modulo aggiornato	RPCT
Entro il 31/12/2022	Far confluire la clausola di pantouflage, all'interno dei Patti di integrità	Pubblicazione modulo aggiornato	RPCT

h) Whistleblowing (Sentinella Civica)

Misura generale: whistleblowing – individuata 1 misura generale			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuata nel 2021	Elaborazione di linee guida interne per la gestione delle segnalazioni e per la tutela del segnalante	Adozione formale di un apposito Regolamento	Gruppo di Lavoro Regionale
Entro il 30/06/2022	Adozione formale delle linee di guida interne elaborate dal Gruppo di Lavoro Regionale	Delibera di adozione	RPCT

i) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la P.A.

Misura generale: Formazione di commissioni – Individuata 1 misura generale			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Entro il 30/06/2023 (prevista nel 2021 ma non attuata)	Graduale Verifica della compilazione della modulistica accertandosi che gli uffici abbiano svolto le verifiche sulle dichiarazioni anche in relazione all'art. 35 – bis del D.Lgs. n. 165/2001	numero moduli verificate e pubblicate	Aree: “Acquisizione e gestione del personale” e “contratti pubblici”

j) Antiriciclaggio

Misura generale: Antiriciclaggio – individuate 3 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato: 30/09/2021	Sulla base dei contenuti del corso IFEL, seguito nel 2021, promuovere almeno un incontro con i “Responsabili delle segnalazioni” per definire le procedure di analisi e di valutazione dell’esposizione dei rischi di riciclaggio e di auto-riciclaggio in relazione alla propria attività istituzionale	numero di incontri effettuali e verbali sottoscritti dai partecipanti	Gestore e Responsabili
Attuato: 08/10/2021	Predisposizione di batterie di indicatori di riciclaggio, trasmessi ai Responsabili degli uffici rientranti nelle aree a rischio riciclaggio.	Numero batterie trasmesse da RPCT con nota prot. n. 146734	RPCT
Attività svolta da novembre 2021 a gennaio 2022	Contestualizzazione degli indicatori di anomalia per adeguarli alla specificità della propria organizzazione attraverso la compilazione delle tabelle trasmesse ad antiriciclaggio@asl3.liguria.it	Numero di tabelle in Excel compilate	Responsabili della segnalazione di antiriciclaggio

Misura generale: Antiriciclaggio – individuate 3 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato: 10/01/2022	Predisposizione e invio delle “griglie di controllo” composte dagli indicatori specifici che dovranno essere incrociati con le singole procedure indicate dalle Strutture aziendali	Nota con allegato (griglie di controllo)	RPCT
Attuato entro il 31/01/2022	Individuazione di un obiettivo di performance organizzativa riguardante l’obbligo di verifica in capo agli uffici rientranti nelle aree a rischio	Numero di obiettivi assegnati	RPCT
Entro il 15/04/2022	Trasmissione dei nominativi degli “operatori di I livello” (come da nota Prot. 98662 del 06/07/2021)	Nominativi personale coinvolto	
Entro il 15simo giorno successivo ad ogni trimestre del 2022 (tempestivo in caso di rilevazioni anomale)	Compilazione trimestrale delle griglie di controllo	Griglie di controllo compilate	Responsabili della segnalazione di antiriciclaggio
Entro il 30/06/2022	Incontro con un ufficiale dell’arma dei Carabinieri, esperto in riciclaggio, per richiedere sostegno per le attività ispettive successive per la verifica di II livello)	Incontro	RPCT/Carabinieri
Entro 30/07/2022	Sulla base della fase precedente: rivedere la procedura interna e rianalizzare la batteria degli indicatori, attrezzare un adeguato sistema informativo (banche dati) e prevedere l’individuazione di “analisti” interni che effettuino le verifiche di II livello	Definizione delle responsabilità e del modello procedurale per verifica e approfondimenti sulle segnalazioni	RPCT/ Responsabili della segnalazione di antiriciclaggio
Entro il 30/06/2023	Predisporre un percorso di formazione a beneficio degli operatori di I livello e degli altri soggetti coinvolti	Slide per un corso FAD (o incontri in presenza)	RPCT/suo collaboratore

k) Patti di integrità

Misura generale: Patti di integrità – individuate 3 misure generali			
Stato di attuazione	Fasi di attuazione	Indicatori	Soggetto Responsabile
Attuato: 10/03/2022	Verifica e confronto dei documenti già adottati da altre PPAA	Numero di verifiche effettuate	Sotto - gruppo di Lavoro (Gruppo Anticorruzione Regionale)
Entro 30/06/2022	Predisposizione di una bozza condivisa dei Patti da sottoporre al Gruppo Regionale	Predisposizione bozza; numero obblighi previsti	Sotto - gruppo di Lavoro (Gruppo Anticorruzione Regionale)
Entro 30/10/2022	Sulla base dello schema tipo predisposto dal Gruppo Regionale Anticorruzione: approvazione dei Patti di Integrità e formale adozione degli stessi	Delibera di adozione e sua pubblicazione sul sito istituzionale nella sezione A.T - sottosezione "Altri Contenuti – Prevenzione Corruzione	RPCT
In tempi immediatamente successivi	Nei bandi di gara e nelle lettere prevedere la sottoscrizione del patto di integrità come condizione generale di ammissibilità. Una copia verrà firmata dal legale rappresentante degli operatori economici	Numero di Patti di Integrità sottoscritti	Area Tecnica e S.C. Programmazione e Gestione delle Forniture