



All. 1 alla delib.n. 46 del 31 GEN. 2014

**AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI**



**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  
(2014-2016)**

Redazione Dott.ssa Marilena Moretti  13/01/2014	Verifica Dott. Renato Malaguti  Dott. Nunzio Angelo Buccino	Approvazione Dott. Amedeo Salvatore Tropiano
--	--	---



## IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

### INDICE

1. FINALITA'
2. IL RESPONSABILE
3. IL GRUPPO DI SUPPORTO PER L'ANTICORRUZIONE
4. I SETTORI E LE ATTIVITA' A ELEVATO RISCHIO CORRUZIONE:  
La mappatura del rischio, a sua volta, si articola nelle fasi seguenti:
  - i) identificazione delle aree a rischio
  - ii) analisi e valutazione del rischio
5. MISURE DI PREVENZIONE E DI CONTRASTO
6. FORMAZIONE DEL PERSONALE
7. INTEGRAZIONI CON IL CODICE DI COMPORTAMENTO E IL PIANO DELLE PERFORMANCE
8. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO
9. CRONOPROGRAMMA ADEMPIMENTI
10. IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'



## 1. FINALITA'

Ai sensi della Legge 6 novembre 2012 n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", che ha fornito le misure di prevenzione e di contrasto al fenomeno della corruzione e, in generale, alle forme di illegalità nella Pubblica Amministrazione, l'Azienda Ospedaliera ha provveduto ad adottare il proprio Piano triennale di prevenzione della corruzione, per il triennio 2014-2016, in conformità ai contenuti di cui all'art. 1 della citata legge n. 190/2012 ed alle indicazioni fornite dal Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato dalla CIVIT con Delibera n. 72 dell'11 settembre 2013.

La Circolare 25 gennaio 2013 n.1 del Dipartimento della Funzione Pubblica precisa che la "corruzione "si realizza ogni qual volta un soggetto, nell'esercizio dell'attività amministrativa, abusa del potere che gli è stato affidato al fine di ottenere un vantaggio privato oppure allorquando utilizza finalità pubbliche per perseguire illegittimamente un fine proprio dell'ente pubblico di appartenenza.

Con la recente disciplina anticorruzione (art.1, comma 12, Legge n.190/2012), anche nel settore pubblico (come in quello privato), diventa essenziale prevenire la cd. irresponsabilità organizzativa attraverso l'adozione di un proprio modello organizzativo ispirato al sistema di cui al D.Lgs. 231/2001.

Peraltro con riferimento alla disciplina sancita dal D.Lgs. n. 231 del 2001, l'Azienda Ospedaliera, attualmente certificata uni en iso 9000 2008, sin dal lontano 2007, in conformità alle specifiche Linee Guida regionali, ha adottato il proprio Codice Etico comportamentale e relativo Modello Organizzativo, definitivamente introdotti nel Sistema Sanitario lombardo dalla Legge Regionale 7 marzo 2011 n. 6 con cui Regione Lombardia ha inserito il Codice stesso all'interno del T.U. delle Leggi Regionali in materia di Sanità (art. 13 bis della L.R. n. 33/2009).

Già nel corso del 2013, l'Azienda ha provveduto alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione e, con l'emanazione del Piano Nazionale Anticorruzione in data 11 settembre 2013, ad una prima valutazione, nell'ambito delle diverse aree di attività istituzionale, del diverso livello di esposizione al rischio corruttivo.

Tali attività propedeutiche consentono ora di adottare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per il periodo 2013 – 2016, in conformità a quanto statuito dal Piano Nazionale. In definitiva, il Piano anticorruzione dell'Azienda Ospedaliera quale strumento per combattere gli abusi nell'esercizio della potestà pubblica, ha la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, di individuare gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio e di creare, altresì, un collegamento tra corruzione - trasparenza – performance nell'ottica di una più ampia gestione del "rischio istituzionale".



## **Art. 2 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione predispone ogni anno il Piano triennale della prevenzione della corruzione che sottopone al Direttore Generale per l'approvazione, nei tempi utili a consentirne l'adozione entro il 31 gennaio.

A seguito della sua approvazione, il Piano viene trasmesso, a cura del Responsabile della prevenzione della corruzione, al Dipartimento della Funzione Pubblica e alla Regione Lombardia e pubblicato sul sito aziendale nella sessione dedicata alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, previa proposta dei referenti competenti, individua il personale da inserire nei percorsi formativi sui temi della legalità e della condotta etica, tra il personale che opera nei settori a più alto rischio di corruzione.

Egli vigila sul funzionamento e sull'osservanza del Piano; propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione dell'Azienda.

Il Responsabile provvede, altresì, a pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno, sul sito *web* aziendale, una Relazione sull'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti ricevuti dai referenti, entro il 30 novembre di ogni anno, sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Detta relazione viene trasmessa contestualmente all'OIV per le attività di valutazione dei medesimi dirigenti.

Nell'Azienda, il Responsabile della prevenzione della corruzione, individuato nel Dirigente Amministrativo della S.C. Affari Generali e Legali, coincide con il Responsabile della Trasparenza e Integrità (nominato con deliberazione n. 292 del 19.07.2013).

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ha provveduto alla elaborazione della proposta del Piano anticorruzione, per il triennio 2014-2016, sottoposta all'approvazione della Direzione Strategica.

Il Responsabile, in qualità di coordinatore del gruppo aziendale di supporto per l'anticorruzione di cui al paragrafo successivo, ha il compito di convocarlo ogni qualvolta lo ritenga necessario per procedere alle verifiche sulla concreta attuazione del Piano con particolare attenzione alle eventuali ipotesi di forme e strumenti di rotazione del personale negli uffici a più elevato rischio di corruzione nonché alla individuazione del personale da inserire nei percorsi di formazione anche avanzata.

Oltre agli adempimenti in materia di Trasparenza di cui al D. Lgs 33/2013, il D.Lgs. n. 39/2013 *"Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190"*, ha stabilito che il Responsabile anticorruzione ha il compito di curare il rispetto delle disposizioni in punto di inconfiribilità ed incompatibilità degli incarichi, oltre agli oneri informativi e di denuncia previsti all'art.15 D.Lgs. n.39/2013.

## **3. IL GRUPPO DI SUPPORTO PER L'ANTICORRUZIONE**

In considerazione dell'impegnativo e delicato compito l'Azienda ha ritenuto di assicurare al Responsabile della prevenzione della corruzione il supporto e la collaborazione di un gruppo di lavoro aziendale con funzioni consultive, di programmazione e di controllo.



Il Gruppo di Supporto si riunisce, su richiesta del Responsabile, qualora questi ne ravvisi la necessità o l'opportunità.

Il Gruppo è costituito dai Dirigenti/Direttori delle seguenti Aree:

Approvvigionamenti Servizi economici	URP – Formazione - CUP	SIA
Servizio Tecnico Patrimoniale	Direzione Sanitaria - SITRA - Farmacia	Servizio Prevenzione e Protezione
Personale	Economico Finanziario - ALPA	Risk Management
Controllo di Gestione	Sala operatoria	Qualità, Privacy - Accreditamento

**Inoltre, tutti i Dirigenti per l'area di rispettiva competenza:**

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- osservano le misure contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione (art. 1, comma 14, della l. n.190 del 2012);

I Dirigenti componenti del Gruppo di Supporto sono i Referenti del Responsabile e provvedono ad assicurare l'attività informativa nei confronti del Responsabile stesso, a proporre e valutare modifiche ed azioni correttive d'intesa con tutto il Gruppo di Supporto e con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

I referenti, in particolare, devono provvedere alle seguenti azioni:

- a) monitoraggio delle attività e dei procedimenti maggiormente esposti al rischio di corruzione, anche mediante controlli a sorteggio sulle attività espletate dai dipendenti;
- b) monitoraggio del rispetto dei tempi procedurali e tempestiva eliminazione delle anomalie;
- c) segnalazione dei dipendenti da inserire nei programmi di formazione di cui al presente Piano e trasmissione del relativo elenco al responsabile della prevenzione della corruzione;
- d) segnalazione al responsabile della prevenzione della corruzione di comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione;



- e) adozione degli adempimenti ex d.lgs. n. 33/2013 in materia di pubblicazione degli atti e trasparenza dell'azione amministrativa;
- f) rispondere al Responsabile della Prevenzione della Corruzione in merito a richieste estemporanee di informazione riguardanti atti o comportamenti inquadrabili nell'ambito della corruzione entro 10 giorni lavorativi dalla data della richiesta;
- g) assicurare al Responsabile della Prevenzione della Corruzione il libero accesso a tutti gli atti di pertinenza;
- h) segnalare tempestivamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione comportamenti del personale loro affidato che siano inquadrabili nell'ambito della corruzione.

#### **4. I SETTORI E LE ATTIVITA' A ELEVATO RISCHIO CORRUZIONE:**

##### **i) identificazione delle aree a rischio.**

Al fine di approntare un sistema di organizzazione e gestione delle attività amministrative il più possibile "protetto" contro il fenomeno corruttivo, il presente Piano aziendale individua gli ambiti a più elevato rischio di corruzione rientranti nelle aree comuni e obbligatorie (A, B, C, D) di cui all'allegato 2 del Piano Nazionale Anticorruzione.

In prima battuta, sono state individuate le attività presentanti un potenziale elevato rischio di corruzione.

##### **ii) analisi e valutazione del rischio: individuazione dei processi "sensibili"**

Per analogia ai meccanismi di prevenzione e protezione insiti nel Modello Organizzativo aziendale finalizzato ad impedire i rischi ex D.Lgs. n. 231/2001, la cui applicazione è stata estesa in forza della Legge Regionale 33/2009 anche agli enti pubblici non economici, quali le Aziende Ospedaliere del SSR, le valutazioni, in prima istanza, sono state effettuate dal Responsabile della prevenzione della corruzione, in collaborazione con i Dirigenti/Direttori delle aree di attività a rischio, partendo proprio dalla mappatura dei processi cd. "sensibili", alcuni già descritti nelle schede di sintesi contenute nel sopracitato Modello Organizzativo (ex 231/2001).

Tale analisi si estenderà, nel corso del triennio 2014-2016, anche alle attività rientranti nelle aree a minor sensibilità corruttiva.

In conformità alla "Tabella livello di rischio" di cui all'allegato 5 del Piano Nazionale anticorruzione, il rischio di corruzione è stato valutato dal Responsabile della prevenzione della corruzione con i Dirigenti/Direttori delle aree ad elevato rischio, in base alla probabilità e gravità di accadimento corruttivo con aggiustamenti a seconda del coefficiente di riduzione/limitazione rappresentato dalla rilevabilità/intercettabilità del rischio da parte degli stessi dipendenti nonché dalla rilevanza sia interna che esterna di ogni singolo processo.

Nel prospetto sottoriportato, la valutazione complessiva del rischio è il risultato della diversa collocazione dei rischi all'interno della matrice (come da documentazione di stima depositata in atti), che tiene conto sia del differente grado di rilevanza del rischio in termini di probabilità che esso possa verificarsi sia dell'entità del danno che lo stesso possa arrecare in termini di impatto organizzativo, economico e sull'immagine.



Sulla base della metodologia indicata nell'allegato 5 del Piano nazionale anticorruzione, oltre alla valutazione, nell'ambito delle aree sensibili, del grado di rischio corruzione, sono state individuate le misure di prevenzione/contrasto che potrebbero essere adottate già nel corso dell'anno 2014.

UFFICI	ATTIVITA'	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Appalti di servizi e forniture	Medio-Basso	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizzazione sui bisogni formativi</li><li>• Controlli e monitoraggi sulle procedure aziendali</li><li>• Miglioramento dell'informatizzazione del sistema di gestione dei magazzini</li></ul>
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Gestione cassa economale	Trascurabile	
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Gestione dei magazzini (generale, dispensa e sagbo)	Trascurabile	
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Inventario beni mobili	Trascurabile	
S.C. Gestione degli Approvvigionamenti e Servizi economici	Liquidazione fatture	Trascurabile	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Appalti di lavori, servizi e forniture	Medio-Basso	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizzazione sui bisogni formativi</li><li>• Controlli e monitoraggi sulle procedure aziendali</li><li>• Miglioramento dell'informatizzazione del sistema di gestione dei magazzini</li></ul>
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Liquidazione fatture	Medio-Basso	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione del patrimonio immobiliare	Trascurabile	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Manutenzione delle apparecchiature elettromedicali	Trascurabile	
S.C. Gestione Tecnico Patrimoniale	Gestione del magazzino tecnico	Trascurabile	
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Affidamento borse di studio	Trascurabile	Formalizzazione procedura aziendale
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Concorsi e procedure selettive, progressioni di carriera	Trascurabile	Fissazione preventiva dei criteri di valutazione dei candidati con riferimento alla vigente normativa e alle disposizioni contrattuali attualmente in vigore.



UFFICI	ATTIVITA'	VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO	MISURE DI CONTRASTO
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Strumenti di incentivazione economica	Trascurabile	Fissazione preventiva dei criteri riferiti agli obiettivi prefissati nel rispetto sia dei vincoli regionali sia delle specifiche aree di interesse aziendale; - controlli
S.C. Gestione delle Risorse Umane e Relazioni Sindacali	Conferimento incarichi ai consulenti	Trascurabile	Definizione di protocolli operativi o regolamenti
S.C. Affari Generali e Legali	Accettazione erogazioni liberali/ contributi	Trascurabile	Formalizzazione procedura
S.C. Farmacia	Approvvigionamento farmaci	Trascurabile	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sensibilizzazione sui bisogni formativi</li><li>• Controlli e monitoraggi sulle procedure aziendali</li><li>• Miglioramento dell'informatizzazione del sistema di gestione dei magazzini</li></ul>
S.C. Farmacia	Liquidazione fatture	Trascurabile	
CUP	Prenotazioni visite ambulatoriali e pagamenti	Trascurabile	Verifica delle coerenza tra prestazioni prenotate, erogate e pagate (se non esenti)
S.C. Gestione Risorse economico Finanziarie – ALPA	Attività Libero professionale	Medio-Basso	- Intensificazione controlli; - monitoraggi periodici; - verifica della congruità dell'attività libero professionale rispetto all'attività istituzionale
Direzione Sanitaria	Gestione liste di attesa	Medio-Basso	Controlli periodici sui criteri adottati nel caso di superamento delle liste di attesa per mancato rispetto dell'ordine cronologico delle prenotazioni.
Sorveglianza Sanitaria	Visite e certificazioni	Trascurabile	Intensificazione controlli nelle aree potenzialmente a rischio - calendarizzazione delle visite periodiche dei lavoratori in funzione delle patologie invalidanti riscontrate.

## 5. MISURE DI PREVENZIONE E DI CONTRASTO

L'Azienda per prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, ha già individuato e posto in essere, come da prospetto sopra riportato una serie di strumenti/meccanismi di tutela della legalità ed integrità delle attività amministrative e sanitarie, in conformità ai principali strumenti



indicati dalla Legge 190/2012 e in coerenza con i processi oggetti dell'analisi svolta ex D.Lgs 231/2001, e cioè:

- protocolli a disciplina rinforzata (in sede istruttoria e decisionale);
- specificazione dei protocolli tramite specifiche procedure operative;
- evidenza degli atti decisionali adottati;
- controlli ed *audit* mirati;
- verifiche a campione;
- attività di monitoraggio e verifiche periodiche;
- valutazioni *ex post* dei risultati raggiunti;
- rilevazioni dei costi degli approvvigionamenti;
- rilevazioni dei tempi dei procedimenti;
- iniziative di formazione e diffusione di una cultura di legalità;
- tutela del *whistleblower*, cioè del soggetto che denuncia attività illecite, cui viene garantito l'anonimato.

Inoltre, ai fini della massima trasparenza dell'azione amministrativa, i provvedimenti conclusivi dei procedimenti amministrativi delle attività di cui al punto 4 dovranno essere assunti preferibilmente in forma di determinazione del Responsabile della struttura ovvero in forma di deliberazione del Direttore Generale. Tali provvedimenti devono essere pubblicati all'Albo pretorio *on line*.

Qualora il provvedimento conclusivo sia un atto amministrativo diverso, si deve provvedere comunque alla sua pubblicazione sul sito *web* dell'Azienda.

I provvedimenti conclusivi devono riportare in narrativa la puntuale descrizione del procedimento svolto e devono essere sempre supportati da idonea e congrua motivazione.

Il criterio della rotazione dei dirigenti, nel rispetto del buon andamento della Pubblica Amministrazione, non si ritiene possa attuarsi immediatamente all'interno dell'Azienda ove per svolgere incarichi dirigenziali e per essere assegnato a determinate Strutture afferenti le cd. aree ad elevata esposizione al rischio corruttivo è indispensabile essere in possesso di competenze altamente e professionalmente qualificate. Nel corso del primo anno e in sede di primo aggiornamento del presente documento si valuteranno possibili misure che garantiscano una qualche rotazione del personale.

## **6. FORMAZIONE DEL PERSONALE**

L'Azienda provvederà ad inserire nel Piano di Formazione, a partire dal 2014, un apposito Programma per la formazione e l'aggiornamento del personale che opera nei settori a rischio di corruzione.

Destinatari delle attività di formazione sono: i Referenti delle Strutture, i Dirigenti, i titolari di posizione organizzativa e i dipendenti che svolgono attività nei settori esposti a rischio corruzione. L'Azienda organizzerà almeno un evento generale rivolto a tutti i dipendenti ed un



evento formativo mirato indirizzato al Responsabile della prevenzione della corruzione, al Gruppo di supporto, ai Referenti, ai componenti dell'UPD.

## **7. INTEGRAZIONI CON IL CODICE DI COMPORTAMENTO E IL PIANO DELLE PERFORMANCE**

La Legge 190/2012 ha rafforzato il profilo costrittivo del nuovo Codice di comportamento (art. 54, comma 3, del D.Lgs.165 novellato dalla l. 190/2012) dei dipendenti pubblici approvato con DPR n. 62 del 16 aprile 2013, prevedendo che la violazione dei doveri contenuti nel Codice di comportamento:

- a) è fonte di responsabilità disciplinare;
- b) è rilevante ai fini della responsabilità civile, amministrativa e contabile quando le stesse siano collegate alla violazione di doveri, obblighi leggi o regolamenti;
- c) le gravi o reiterate violazioni comportano l'applicazione della sanzione del licenziamento disciplinare di cui al comma primo dell'art. 55 – *quater*, svincolato, a differenza del comma 2 dal riferimento all'arco temporale di almeno 2 anni. La previsione si aggiunge dunque a quest'ultima, già richiamata dalla "legge Brunetta".

I doveri contenuti nel codice di comportamento si vengono ad aggiungere a quelli già individuati sia dalla stessa Legge 165/2001 (relativamente alla più grave sanzione del licenziamento) sia a quelli sanzionati dai CCNL dei relativi settori della P.A.

Sull'applicazione del codice devono vigilare non solo i Dirigenti responsabili e le strutture di controllo interno, ma anche l'Ufficio di Disciplina (art. 54 comma 6).

L'Azienda Ospedaliera provvederà, contestualmente all'adozione del presente Piano ad approvare il proprio Codice di Comportamento contenente una specifica disciplina per i Dirigenti/Direttori.

Infatti il Codice di comportamento aziendale disciplina gli obblighi di condotta cui è tenuto il Dirigente/Direttore di Struttura che si aggiungono a quelli previsti per tutti i dipendenti.

Il Dirigente è tenuto innanzitutto ad adottare le misure di carattere organizzativo più adeguate per il raggiungimento degli obiettivi; al dirigente spetta creare e mantenere un clima lavorativo sereno, improntato a lealtà e collaborazione tra i vari dipendenti, un clima di "benessere organizzativo" (art. 13, comma 5)

Infine tutti i comportamenti assunti dai Dirigenti/Direttori nel rispetto delle disposizioni contenute nei Codici di comportamento saranno oggetto di valutazione nell'ambito del sistema di misurazione e valutazione delle performance di cui al vigente Piano adottato con deliberazione n.433 del 12/12/2012 che prevede obiettivi collettivi e individuali. L'Azienda integrerà il Piano delle performance agli obiettivi generali e individuali previsti nel presente Piano con particolare riferimento alle misure di contrasto, alla formazione, alla trasparenza, alle situazioni di incompatibilità e di inconfiribilità degli incarichi.



## 8. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO

Qualunque violazione, palese o sospetta, delle legge anticorruzione deve essere riportata immediatamente:

- al Referente della propria Struttura
- al Responsabile anticorruzione

Il sistema di monitoraggio del presente Piano è affidato oltre che ad *audit* mirati e verifiche a campione anche, più capillarmente, alla elaborazione e distribuzione di *check list* di autovalutazione che saranno redatte dal Responsabile della prevenzione della corruzione, secondo le indicazioni ed i parametri di cui all'allegato 5 del PNA.

La metodologia di controllo avrà effettività con interventi di *audit* interni e di processazione delle attività affidata all'Organismo di Vigilanza del Codice etico comportamentale prorogato con deliberazione n. 397 del 30/10/2013.

Il Responsabile ed il Gruppo di Supporto effettueranno due interventi di monitoraggio sull'attuazione del presente Piano entro il 31.7. ed il 30.10.2014.

## 9. CRONOPROGRAMMA

ADEMPIMENTI	SOGGETTI	TERMINI
Elaborazione Piano	Responsabile prevenzione della corruzione	31.01.2014
Nomina Gruppo di Supporto	Direzione Strategica	31.03.2014
Nomina Referenti	Direzione Strategica	31.03.2014
Iniziative formative	Ufficio Formazione in supporto con il Responsabile prevenzione della corruzione	31.12.2014
Nuovo codice di comportamento	Responsabile prevenzione della corruzione	31.01.2014
Divulgazione del Piano nelle strutture	Dirigenti/Direttori delle UU.OO./Servizi	30.04.2014
Censimento di altre attività ad elevato rischio di corruzione	Gruppo di Supporto	31.12.2014
Distribuzione ceck list	Responsabile prevenzione della corruzione	30.09.2014
Raccolta ceck list	Responsabile prevenzione della corruzione	30.11.2014
Relazione finale di monitoraggio	Responsabile prevenzione della corruzione	15.12.2014
Aggiornamento del Piano	Coordinamento del Responsabile prevenzione della corruzione	31.01.2015



## **10. IL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA'**

La trasparenza, definita dalla Legge n. 190/2012 quale “livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell’art. 117, secondo comma, lettera m”, rappresenta uno strumento fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l’efficienza e l’efficacia dell’azione amministrativa.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e il Programma Triennale per Trasparenza e l’Integrità sono stati predisposti quali documenti distinti, garantendone opportunamente il coordinamento e la coerenza fra i contenuti.

L’Azienda ha approvato il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità, triennio 2013-2015 con deliberazione n. 292 del 19.07.2013. Di seguito si riporta integralmente il testo del Programma parte integrante e sostanziale del presente Piano.



**AZIENDA OSPEDALIERA ISTITUTO ORTOPEDICO GAETANO PINI**



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



## **INDICE**

- 1. PREMESSA**
- 2. FINALITA'**
- 3. IL RESPONSABILE E GLI ALTRI SOGGETTI COINVOLTI**
  - 3.1 SOGGETTI INTERNI : O.I.V.**
  - 3.2 SOGGETTI ESTERNI: stakeholders**
- 4. IL GRUPPO DI SUPPORTO**
- 5. I DATI DA PUBBLICARE**
- 6. MODALITA' DI PUBBLICAZIONE DEI DATI**
- 7. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA**
- 8. LA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**
- 9. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA: collegamento con il Piano delle Performance**
- 10. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO SULL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**
- 11. CRONOPROGRAMMA TRIENNALE**



## 1. PREMESSA

Con il presente programma triennale per la trasparenza e l'integrità (2013-2014 - 2015) l'Azienda Ospedaliera intende dare attuazione alla disciplina in materia di trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni a seguito delle recenti innovazioni introdotte dal Legislatore.

In particolare, la Legge 6 novembre 2012 n. 190, intitolata "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*", considera la trasparenza della Pubblica Amministrazione come strumento fondamentale per prevenire e reprimere il fenomeno della corruzione.

Con il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 recante "*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*", nel modificare, in parte, la disciplina in materia di trasparenza dettata dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni*", lo stesso Legislatore ha voluto poi attuare una reingegnerizzazione dei preesistenti obblighi di pubblicazione, trasparenza e diffusione delle informazioni delle Pubbliche Amministrazioni, introducendo per la prima volta, l'istituto dell'accesso civico (art. 5 del D. Lgs. n.33/2013), ciò al fine di consentire l'accesso, da parte dell'intera collettività a tutte le "informazioni pubbliche" e favorire forme diffuse di controllo sul buon andamento e imparzialità della gestione della cosa pubblica.

Ai sensi dell'art. 11 del citato D.Lgs 150/2009 la **trasparenza** e' intesa come accessibilità totale, anche attraverso lo strumento della pubblicazione sui siti istituzionali delle amministrazioni pubbliche, delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione svolta dagli organi competenti, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.



Per **pubblicazione** ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 si intende la pubblicazione, in conformità alle specifiche ed alle regole tecniche di cui all'allegato A) del Decreto, nei siti istituzionali delle pubbliche amministrazioni, dei documenti, delle informazioni e dei dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni.

La trasparenza che favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività della pubblica amministrazione è funzionale a tre scopi:

- sottoporre ad un controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della cosa pubblica per consentirne il miglioramento;
- assicurare la conoscenza, da parte dell'utenza, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione, ampliando il concetto di accessibilità agli atti della P.A. di cui alla L. n.241/90 (c.d. accesso civico);
- prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità dell'operato pubblico.

**L'integrità** è lo strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento delle pubbliche amministrazioni, favorendo il controllo sociale sull'attività pubblica attraverso una sempre più ampia accessibilità e conoscibilità dell'operato delle stesse pubbliche amministrazioni.

Un controllo sociale più generalizzato dell'attività amministrativa è stato riconosciuto a tutti i cittadini attraverso l'esercizio del diritto di **“accesso civico”**.

Ai sensi dell'art. 5 del Decreto legislativo n. 33/2013 “L'obbligo previsto dalla normativa vigente in capo alle pubbliche amministrazioni di pubblicare documenti, informazioni o dati comporta il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione”.

Tale diritto riguarda tutti i documenti ed i dati relativi all'attività amministrativa per i quali sia previsto dalla legge l'obbligo di pubblicazione. Rispetto al diritto d'accesso “tradizionale” garantito dalla Legge n. 241/1990 e s.m.i, tale diritto spetta a chiunque, a prescindere dalla esistenza di una posizione qualificata o differenziata rispetto all'informazione/documento per cui si chiede l'accesso. e, dunque, senza bisogno di indicare *“un interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”* (art. 22 l. n.



241/1990). La nuova norma prevede che la richiesta di accesso debba essere gratuita, non motivata e vada presentata al Responsabile della trasparenza.

L'Amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione.

Il diritto di accesso è espressamente e specificamente tutelato dal legislatore. Infatti, nei casi di ritardo o mancata risposta, il richiedente può presentare la propria istanza al titolare del potere sostitutivo che, ai sensi dell'articolo 2, comma 9-bis, della Legge 241/1990, è una figura apicale espressamente individuata dall'organo di governo della P.A..

## **2. FINALITA'**

Ai sensi dell'art. 10 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 ogni Amministrazione adotta il Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità, da aggiornare annualmente, che indica le iniziative previste per garantire:

- a) un adeguato livello di trasparenza, anche sulla base delle linee guida elaborate dalla Commissione di cui all'articolo 13 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
- b) la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, di cui al comma 1 dell'art.10 del D.Lgs. n.33/2013 definisce le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi di cui all'articolo 43, comma 3 del suindicato Decreto.

Come già richiamato in premessa, la trasparenza intesa come accessibilità totale alle "informazioni pubbliche" da parte dell'intera collettività, è una forma di accesso che assume una dimensione più ampia rispetto a quella collegata al diritto di accesso alle informazioni in funzione della titolarità di un interesse attuale, specifico e soggettivo (art. 22 e ss. della L.241/1990 e s.m.i.).

Elemento centrale della trasparenza diventa la pubblicazione di alcune determinate tipologie di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale



dell'Azienda Ospedaliera ([www.gpini.it](http://www.gpini.it)), all'interno della sezione dedicata "Amministrazione Trasparente" (che sostituisce la precedente sezione "Trasparenza, valutazione e merito" ex art.11, comma 8, del D.lgs. 150/2009) secondo quanto indicato nell'all. A al Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013.

Con la pubblicazione *on line* si offre la possibilità agli *stakeholders* di conoscere sia le azioni ed i comportamenti strategici adottati dall'Azienda Ospedaliera con il fine di sollecitarne e agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento, sia l'andamento della *performance* ed il raggiungimento degli obiettivi espressi nel *ciclo di gestione delle performance*.

Nell'ottica di assicurare una totale e assoluta trasparenza ed accessibilità alle "informazioni pubbliche", il Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 è intervenuto con la previsione di un processo di coordinamento/interazione tra i contenuti del Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità e le misure e gli interventi previsti dal Piano di prevenzione della corruzione e dal Piano delle Performance.

### **3. IL RESPONSABILE E GLI ALTRI SOGGETTI COINVOLTI**

#### **3.1 SOGGETTI INTERNI: O.I.V.**

#### **3.2 SOGGETTI ESTERNI: stakeholders**

Ai sensi dell'art. 43 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 il Responsabile per la Trasparenza svolge i seguenti compiti:

- attività di controllo sull'adempimento, da parte dell'Azienda, degli obblighi di pubblicazione assicurando la completezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- segnalazioni all'organo di indirizzo politico, all'Organismo Indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina dei casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- regolare attuazione dell'accesso civico;
- segnalazioni, in relazione alla gravità, dei casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'Ufficio di disciplina ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare.



L'Azienda Ospedaliera individua quale Responsabile della Trasparenza un Dirigente di Area amministrativa, dipendente dell'Azienda con rapporto di lavoro a tempo indeterminato, nominato con deliberazione del Direttore Generale.

### **3.1 I SOGGETTI INTERNI: l'Organismo Indipendente di Valutazione**

Ai sensi dell'art. 44 l'Organismo Indipendente di Valutazione verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità di cui all'articolo 10 del Decreto Legislativo n. 33 del 14 marzo 2013 e quelli indicati nel Piano delle performance, valutando altresì l'adeguatezza dei relativi indicatori. I soggetti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OIV, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance sia organizzativa, sia individuale del Responsabile e dei dirigenti.

### **3.2 I SOGGETTI ESTERNI: gli stakeholders**

La pubblicità sui dati e su tutte le informazioni relative all'organizzazione ed al funzionamento dei servizi offerti dall'Azienda potrà raggiungere livelli sempre più elevati di trasparenza anche grazie all'apporto partecipativo degli Stakeholders interni (sindacati, dipendenti, utenti, fornitori) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, ecc.), intesi come portatori di interessi diffusi o pubblici di riferimento.

A tal fine potranno essere organizzate iniziative, incontri "aperti al pubblico". Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli *stakeholders* interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, ecc.) è altresì disponibile sul sito web istituzionale una sezione dedicata cui richiedere informazioni e rivolgersi per qualsiasi comunicazione.

## **4. IL GRUPPO DI SUPPORTO**

Il Responsabile della trasparenza e l'integrità è coadiuvato da un gruppo di lavoro aziendale con funzioni consultive, di programmazione e di controllo.

Il Gruppo di Supporto è composto dai Responsabili delle seguenti Aree organizzative:

- Ufficio Relazioni con il Pubblico;



- Formazione;
- Sistemi Informativi Aziendali;
- Controllo di Gestione;
- Direzione Medica di Presidio;
- Qualità;
- Gestione Risorse Umane;
- Approvvigionamenti e Servizio Economico;
- Servizio Tecnico;
- Affari Generali e Legali.

Il Gruppo di Supporto si riunisce, anche in forma disgiunta o ristretta, su richiesta del Responsabile, ogni qual volta quest'ultimo ne ravvisi la necessità o l'opportunità.

E' facoltà del Responsabile convocare il Gruppo di Supporto anche in composizione ridotta per la trattazione di specifiche tematiche ovvero di convocare Responsabili di Aree organizzative diverse da quelle sopra indicate.

Il Responsabile e il Gruppo di Supporto agiscono sinergicamente con la Direzione Aziendale condividendone strategie e programmazione.

Ai Dirigenti/Responsabili delle Strutture Complesse aziendali compete:

- l'individuazione, aggiornamento e pubblicazione sul web degli atti/documenti/informazioni riguardanti la propria struttura, secondo gli obblighi previsti dalla normativa vigente;
- la cura dei rapporti con il Responsabile della trasparenza e con il Gruppo di Supporto;
- il monitoraggio sull'adeguatezza dei protocolli/procedure aziendali di competenza della propria Struttura e/o la valutazione in merito alla proposizione di modifiche ed azioni correttive.

Ai sensi dell'art. 1 comma 33 della Legge 6 novembre 2012 n. 190 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31, costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del Decreto Legislativo 20 dicembre 2009, n. 198, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.



Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei Dirigenti/Responsabili della Struttura come sopra individuati.

## 5. I DATI DA PUBBLICARE

Ai sensi della normativa vigente dovranno essere pubblicati sul sito istituzionale tutti i dati e le informazioni riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda Ospedaliera.

Sulla scorta di quanto previsto dalla Tabella 1 allegata al D.Lgs. n.33/2013 è stata creata la sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale che dovrà contenere i documenti, le informazioni e i dati oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi delle disposizioni del predetto Decreto, classificati per sottosezioni e livelli.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente rimarranno pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e, comunque, fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli articoli 14, comma 2, e 15, comma 4.

In conformità alle disposizioni di cui al D.Lgs. 196/03 "Codice in materia di protezione dei dati personali" i dati sensibili (es. dati di soggetti appartenenti a categorie protette, etc.) e quelli giudiziari, verranno trattati con criteri particolari di pubblicazione (es. anonimato dati), fatto salvo il divieto di pubblicazione dei dati inerenti lo stato di salute.

In ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs. n.33/2013 la sezione "Amministrazione Trasparente", da strutturare secondo la Tabella 1 del Decreto 33/2013 dovrà contenere i documenti, le informazioni e i dati dell'Azienda rientranti nei seguenti settori:

Sotto-sezione livello 1 (macrofamiglie)	Sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimenti normativi
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 8, lett. a



Sotto-sezione livello 1 (macrofamiglie)	Sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimenti normativi
	Atti generali	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 12, c. 1,2
	POA e Modello Organizzativo	
	Oneri informativi per cittadini e imprese	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 34, c. 1,2
<b>Organizzazione</b>	Organi di indirizzo politico-amministrativo	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 13, c. 1, lett. a
		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 14
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 47
	Articolazione degli uffici	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 13, c. 1, lett. b, c
	Telefono e posta elettronica	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 13, c. 1, lett. d
<b>Consulenti e collaboratori</b>		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 15, c. 1,2
<b>Personale</b>	Incarichi amministrativi di vertice	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 15, c. 1,2
		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 41, c. 2, 3
	Dirigenti (contatti – curricula – retribuzioni)	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 8, lett. d
		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 15, c. 1,2,5
		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 41, c. 2, 3
	Posizioni organizzative (curricula)	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 8, lett. d
	Dotazione organica	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 16, c. 1,2
	Personale non a tempo indeterminato	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 17, c. 1,2
	Tassi di assenza	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 16, c. 3
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 18, c. 1	
Codice di disciplina Comparto-Dirigenza	D. Lgs. 27-10-2009 n. 150, art. 68	



<b>Sotto-sezione livello 1 (macrofamiglie)</b>	<b>Sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)</b>	<b>Riferimenti normativi</b>
	Contrattazione collettiva	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 21, c. 1
	Contrattazione integrativa	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 21, c. 2
	OIV	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 8, lett. c
Bandi di concorso		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 19
Performance	Piano della Performance	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 8, lett. b
	Relazione sulla Performance	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 8, lett. b
	Ammontare complessivo dei premi	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 20, c. 1
	Dati relativi ai premi	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 20, c. 2
	Benessere organizzativo	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 20, c. 3
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 24, c. 1
	Tipologie di procedimento	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 35, c. 1,2
	Monitoraggio tempi procedurali	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 24, c. 2
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 35, c. 3
Provvedimenti	Deliberazioni del Direttore Generale	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 23
	Determinazioni dei Dirigenti	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 23
Controlli sulle imprese		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 25
Bandi di gara e contratti		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 37, c. 1,2
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 29, c. 1
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 29, c. 2
Beni immobili e gestione	Patrimonio immobiliare	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 30



Sotto-sezione livello 1 (macrofamiglie)	Sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimenti normativi
	Canoni di locazione o affitto	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 30
Controlli e rilievi sull'amministrazione		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 31, c. 1
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 32, c. 1
	Costi contabilizzati	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 32, c. 2, lett. a
		D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 10, c. 5
	Tempi medi di erogazione dei servizi	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 32, c. 2, lett. b
	Liste di attesa	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 41, c. 6
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 33
	IBAN e pagamenti informatici	D.Lgs. 14-3-2013 n. 33, Art. 36

## 6. MODALITA' DI PUBBLICAZIONE DEI DATI

La pubblicazione delle informazioni sul sito internet dell'Azienda Ospedaliera costituisce la principale modalità di attuazione degli obblighi di trasparenza.

La pubblicazione *on line* delle informazioni dovrà essere effettuata in coerenza con quanto previsto dalle "Linee Guida per i Siti Web delle P.A. – Anno 2011" di cui alla Direttiva n.8 del 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione, con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- trasparenza e contenuti minimi dei siti pubblici;
- aggiornamento e visibilità dei contenuti;
- accessibilità e usabilità;
- classificazione e semantica;
- formati aperti;
- contenuti aperti.

Le modalità di gestione sono affidate alla responsabilità dei Dirigenti/referenti delle singole Strutture Complesse Amministrative e



Sanitarie che, relativamente ai dati/informazioni della propria struttura di afferenza, devono provvedere direttamente alla pubblicazione degli stessi garantendo un costante monitoraggio delle informazioni pubblicate nonché la correttezza, completezza ed il tempestivo aggiornamento dei contenuti.

Tutti i documenti pubblicati riporteranno al loro interno dei dati di contesto, ovvero fonte, data, periodo di riferimento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi.

## **7. INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA**

Nel Programma triennale l'Azienda prevede iniziative per garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità, con istituzione sul sito web aziendale di un'apposita sezione dedicata al pubblico, ove richiedere informazioni, esprimere opinioni ed interloquire con l'Amministrazione.

Le iniziative a sostegno della trasparenza, la legalità e la promozione della cultura dell'integrità potranno riferirsi a due tipologie di iniziative:

- giornata della trasparenza;
- attività di promozione e di diffusione dei contenuti del Programma e dei dati pubblicati.

## **8. LA POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA**

L'Azienda ha reso noto, tramite il proprio sito web istituzionale, una serie di indirizzi di posta elettronica certificata (consultabili alla sezione "contatti-PEC") a cui il cittadino può rivolgersi per trasmettere istanze e richieste di informazione.

Si provvederà all'aggiornamento dell'elenco delle caselle di posta elettronica certificata dedicate a specifici settori/strutture organizzative aziendali che hanno un significativo grado di impatto con l'utenza esterna e/o altri enti istituzionali.

## **9. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA: collegamento con il Piano delle Performance**

La trasparenza rappresenta un profilo dinamico direttamente correlato al concetto di *performance*, pertanto, l'obbligo di pubblicazione dei dati ha lo scopo di assicurare la conoscenza dell'azione dell'Azienda Ospedaliera tra



tutti i pubblici portatori di interessi di riferimento, allo scopo di instaurare una più consapevole partecipazione della collettività.

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

Infatti, il Programma per la trasparenza e l'integrità oltre ad essere uno degli aspetti determinanti della fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo delle *performance*, consente di rendere pubblici i contenuti del Piano e della Relazione sulla Prestazione e sui Risultati, con particolare riferimento agli *outcome* ed ai risultati conseguiti. In tale ottica, attraverso la pubblicazione del Piano e della Relazione, si realizzerà la trasparenza delle informazioni relative alla performance.

Si valuterà altresì l'inserimento, a partire dal 2014, tra gli obiettivi aziendali individuali (in particolare quelli di budget), di iniziative in materia di trasparenza e prevenzione corruzione.

## **10. Il Sistema di monitoraggio interno sull'attuazione del Programma**

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità richiede un'attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile coadiuvato dal Gruppo di supporto aziendale che da parte dell'OIV.

Il Responsabile controlla con continuità l'assolvimento degli obblighi previsti dalla legge e dal presente Programma e riferisce agli organi di governo dell'Azienda sullo stato di attuazione e su eventuali problematiche almeno ogni sei mesi.

Inoltre, il Responsabile propone i necessari adeguamenti al presente Programma dovuti a novità normative o attinenti all'attività ed all'organizzazione dell'Azienda.

Il Nucleo Valutazione Prestazioni (NVP)/OIV aziendale svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di costante audit.

In particolare il NVP/OIV promuove l'assolvimento degli obblighi di trasparenza. I risultati dei controlli confluiscono nella Relazione annuale che il Nucleo Valutazione Prestazioni/OIV deve presentare ai vertici dell'Azienda.



L'audit svolto dal Nucleo Valutazione Prestazioni/OIV aziendale è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11, c. 9 del decreto legislativo n. 150/2009 (in caso di mancata adozione e realizzazione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità o di mancato assolvimento degli obblighi di pubblicazione di cui ai commi 5 e 8 è fatto divieto di erogazione della retribuzione di risultato ai dirigenti preposti agli uffici coinvolti).

## 11. CRONOPROGRAMMA TRIENNALE

ADEMPIMENTI	STRUTTURE REFERENTI	2013	2014	2015
Nomina del responsabile	DIREZIONE STRATEGICA	SI		
Redazione Programma	AFFARI GENERALI E LEGALI	SI		
Riorganizzazione della sezione "Amministrazione Trasparente"	URP	SI		
Monitoraggio e aggiornamento dati pubblicati	URP - RESPONSABILE TRASPARENZA	SI	SI	SI
Promozione della cultura della trasparenza	RESPONSABILE TRASPARENZA		SI	SI
Integrazioni con il Piano delle performance	RESPONSABILE TRASPARENZA		SI	
Relazione annuale	RESPONSABILE TRASPARENZA		SI	SI
Aggiornamento regolamento di accesso agli atti	AFFARI GENERALI E LEGALI		SI	
Caselle di posta elettronica certificata	SIA		SI	
Aggiornamento "Carta dei servizi"	URP			SI
Aggiornamento "Piano della comunicazione"	URP			SI