



ASL Cagliari

# Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione

2015 - 2017

AREA "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE"

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE****ASL CAGLIARI****2015 – 2017**

Premessa	4
Contesto di riferimento	5
<b>A - Azioni e misure generali finalizzati alla prevenzione della corruzione</b>	
1. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione	6
1.1 I contenuti tipici del PTPC	6
1.2 La gestione del rischio	7
2. Trasparenza	14
2.1 Organizzazione e funzioni dell'amministrazione	14
2.2 Principali novità	18
2.3 Procedimento di elaborazione e adozione del programma	18
2.4 Iniziative di comunicazione della trasparenza	22
2.5 Processo di attuazione del programma	24
2.6 Dati ulteriori	27
2.7 Sanzioni	28
3. Codici di comportamento	29
4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	30
5. Astensione in caso di conflitto di interesse	32
6. Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali	33
7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors)	35
8. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali	36
9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)	37
10. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	38
11. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)	40
12. Formazione	42
13. Patti d'integrità	46
14. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	46

<b>B - Le responsabilità</b>	
1. La responsabilità del responsabile della prevenzione	47
2. La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione	48
3. La responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte	48
<b>C – Cronoprogramma delle attività</b>	49

## Premessa

Il presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione della ASL di Cagliari (di seguito Piano) viene adottato tenuto conto delle indicazioni fornite dalla Legge. n. 190 del 6 novembre 2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", dal Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) approvato dalla CIVIT – Autorità Nazionale Anticorruzione - con Delibera n.72 del 11.09.2013, dalla Circolare n.1 del 25 gennaio 2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Legge n.190 del 2012-Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", dal Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con DPR del 16.04.2013, n. 62, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, dal D. Lgs.vo del 14.03.2013, n.33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", dal D. Lgs.vo del 8.04.2013, n.39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n.190." e dalle indicazioni fornite dalla CIVIT e reperibili online.

Visto il D.L. n. 90 del 24.06.2014 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.", convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, L. 11 agosto 2014, n. 114.

Si precisa sin da subito che nel presente Piano si fa riferimento all'accezione più ampia del concetto di corruzione che comprende le varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione e si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Si vengono pertanto a configurare situazioni rilevanti più ampie della fattispecie penalistica di cui agli artt. 318, 319 e 319 ter c.p. e dell'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale.

La stesura del presente documento non si configura come un'attività compiuta bensì come un programma di attività da svilupparsi in una logica di gradualità. Pertanto il nuovo Piano verrà progressivamente affinato, con modifiche o sostituzioni degli strumenti ipotizzati nel presente documento, in relazione al *feedback* ottenuto dalla loro applicazione, al rafforzarsi nel tempo dell'esperienza, nella consapevolezza che in un sistema sanitario complesso, un adeguato livello di trasparenza, legalità e imparzialità dell'amministrazione non possa essere garantito da sole misure o interventi, per quanto accurati e tempestivi.

## Contesto di riferimento

Nell'Atto aziendale, approvato con delibera regionale n. 18/9 del 26 marzo 2008, viene definito l'assetto organizzativo e il funzionamento dell'Azienda in linea con quanto stabilito dalla L.R. 10 del 2006 relativa a "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna".

Si riporta qui di seguito il link web aziendale con il documento "Atto Aziendale":

[http://www.aslcagliari.it/documenti/8\\_35\\_20090305171115.pdf](http://www.aslcagliari.it/documenti/8_35_20090305171115.pdf)

Gli studi e le ricerche, i dati e le statistiche a livello nazionale e internazionale, mettono spesso in luce il carattere sommerso della corruzione, evidenziando un fenomeno complesso e difficile da combattere e per il quale è necessario intervenire alla fonte con adeguate strategie di prevenzione. A tal fine si condividono gli obiettivi principali individuati dal PNA:

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

con l'indicazione delle azioni e delle misure di contrasto finalizzate al raggiungimento degli obiettivi, sia in attuazione del dettato normativo sia mediante lo sviluppo di ulteriori misure.

I principali strumenti che verranno disciplinati nel presente Piano sono:

- gestione del rischio di corruzione
- adempimenti di trasparenza, con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, che costituisce una sezione del presente Piano
- codice di comportamento
- rotazione del personale
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse
- disciplina specifica in materia di svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage — revolving doors*)
- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione
- disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage — revolving doors*)
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. *whistleblower*)
- formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

Il presente documento viene coordinato rispetto al contenuto degli altri strumenti di programmazione e in particolare con il Piano delle Performance, e strutturato anch'esso come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

## **A- Azioni e misure generali finalizzati alla prevenzione della corruzione**

### **1. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione**

#### **1.1 I contenuti tipici del PTPC**

Con la deliberazione n. 1417 del 8.8.2013 è stato nominato il dirigente amministrativo Dott. Antonio Tognotti quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione ai sensi della Legge n. 190 del 06.11.2012 e Responsabile della Trasparenza ai sensi del D.Lgs.vo n. 33 del 14.03.2013.

Con la deliberazione n. 2015 del 15.11.2013 sono stati individuati i referenti aziendali del Responsabile della Prevenzione della Corruzione (di seguito Responsabile della prevenzione) e degli altri soggetti tenuti a relazionare al responsabile, sia per la stesura del Piano sia per la sua applicazione, che corrispondono ai seguenti dirigenti, Responsabili di Unità Operativa:

Dott.ssa Patrizia Sollai - Servizio Personale  
Dott.ssa Savina Ortu - Sviluppo Organizzativo, Gestione e Valutazione del Personale  
Ing. Raffaele Peralta - Servizi Generali, Alberghieri e Logistica  
Ing. Massimo Masia - Patrimonio e Servizi Tecnici  
Dott.ssa Maria Alessandra Devirgiliis - Servizio Acquisti  
Dott.ssa Marisa Udella - Servizio Affari Generali  
Dott.ssa Angela Pingiori - Area Amministrativa Presidi Ospedalieri  
Dott. Maddalena Giua - Area Amministrativa Territoriale  
Ing. Marco Galisai - Sistemi Informativi  
Dott. Giuseppe Frau – Punto unico di Accesso (PUA)  
Dott. Pierpaolo Cherchi - Gestione liste d'attesa e CUP  
Dott.ssa Silvana Tilocca – Dipartimento Prevenzione

Nella medesima deliberazione si è dato atto che le attività svolte per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C. verranno inserite sotto forma di obiettivi nel Piano della Performance.

In questa fase di attuazione del Piano si è ritenuto opportuno coinvolgere i dirigenti responsabili delle seguenti aree/unità operative:

Servizi Generali, Alberghieri e Logistica  
Servizio Tecnico e Patrimonio  
Servizio Acquisti

Servizio Personale  
Servizio Bilancio  
Servizio Affari Generali  
Area Amministrativa Presidi Ospedalieri  
Area Amministrativa Territoriale  
Servizio Programmazione e Controllo  
Affari Legali  
Sistemi Informativi  
Sviluppo Organizzativo, Gestione e Valutazione del Personale  
Area Comunicazione  
Gestione liste d'attesa e CUP  
Punto Unico di Accesso (PUA)  
Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI)  
Assistenza protesica  
Commissioni Invalidi Civili  
Dipartimento del Farmaco

La scelta effettuata tende a considerare le "aree di rischio comuni e obbligatorie" individuate dalla normativa per tutte le pubbliche amministrazioni, come l'elenco minimale riportato nell'Allegato 2 del PNA e le ulteriori aree di rischio individuate sulla base delle specificità della ASL Cagliari, inoltre risponde all'esigenza di iniziare a focalizzare l'attenzione su alcune aree che operano più a stretto contatto con il complesso mondo sanitario.

Nei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2013, sono state inoltrate direttive esplicative dal Responsabile della prevenzione e indette diverse riunioni collegiali con i dirigenti responsabili delle aree/unità operative coinvolte nel percorso di gestione del rischio, con il coordinamento dello stesso Responsabile della prevenzione e la partecipazione del Direttore Amministrativo. L'intento perseguito di dare contenuti allo strumento della "gestione del rischio di corruzione", ha visto, come fase preliminare, la ricostruzione del sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione a quei processi e/o fasi degli stessi processi nel cui ambito possono verificarsi episodi di corruzione.

Sono stati svolti anche incontri individuali tra i dirigenti responsabili e il Responsabile della prevenzione, al fine di analizzare congiuntamente nel dettaglio i singoli processi, i rischi collegati e le misure di prevenzione da adottare.

Al momento della stesura del presente documento di programmazione è ancora in corso di predisposizione la nomina dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV).

## 1.2 La gestione del rischio

La metodologia utilizzata per la “gestione del rischio” corrisponde a quella raccomandata dal PNA, nell'Allegato 1, par. B.1.2., in cui si afferma:

*Per “gestione del rischio” si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.*

*La gestione del rischio di corruzione è lo strumento da utilizzare per la riduzione delle probabilità che il rischio si verifichi.*

*La pianificazione, mediante l'adozione del P.T.P.C. è il mezzo per attuare la gestione del rischio.*

Di seguito viene esposta la metodologia nel dettaglio, richiamando gli strumenti di lavoro predisposti ed utilizzati ad hoc, con la precisazione che i risultati sono interamente rappresentati negli allegati successivamente citati nel presente documento.

Nel percorso di incontri, tra i dirigenti responsabili delle aree/unità operative e il Responsabile della prevenzione, è stata seguita la metodologia raccomandata dal PNA per fornire dati e rilevazioni di carattere omogeneo, con le seguenti fasi principali:

- mappatura dei processi attuati dall'amministrazione;
- identificazione e valutazione del rischio per ciascun processo;
- trattamento del rischio, con adeguate misure di prevenzione.

La mappatura dei processi delle suddette aree/unità operative amministrative e sanitarie, è stata condotta con l'utilizzo della seguente tabella:

Riferimento Area di Rischio	
Nome del processo	
Abstract del processo	

Fase del processo	Evento in ingresso	Attività	Soggetto Responsabile	Evento in uscita	Documenti in uscita	Termine	Criticità
1							
2							
3							
4							



**Legenda:**

- ↓ Riferimento Area di Rischio: Inserire il riferimento all'Area e Sottoarea di rischio dell'Allegato 2 del PNA
- ↓ Il numero delle fasi del processo è adattabile ai diversi processi analizzati
- ↓ Il soggetto responsabile può essere o meno lo stesso responsabile in tutte le fasi del processo
- ↓ L'evento in uscita di ciascuna fase costituisce l'evento in ingresso di ciascuna fase successiva
- ↓ L'evidenza delle criticità risulta importante per l'attività di valutazione del rischio che verrà condotta in un secondo momento rispetto alla mappatura dei processi

**N.B. Replicare il presente foglio di lavoro per ogni processo individuato**

**Tabella: "Mappatura dei processi"**

Già in questo momento è stata richiesta ad ogni dirigente responsabile l'evidenza delle criticità all'interno di ogni processo e fase del processo, considerato che avrebbe facilitato il successivo stadio di individuazione e analisi del rischio.

L'attività di valutazione del rischio per ciascun processo o fase di processo mappato ha visto un particolare impegno preliminare nell'identificazione del rischio, basato soprattutto sull'esperienza dei dirigenti coinvolti e con l'ausilio dei criteri indicati nella Tabella Allegato 5 del PNA: "La valutazione del livello di rischio".

In questa fase, come in quelle successive non è stato possibile coinvolgere l'O.I.V. in quanto non ancora individuato alla data di stesura del presente Piano.

A conclusione dell'identificazione dei rischi, è stato predisposto un "Registro dei rischi", ulteriormente implementato dall'attribuzione di valori numerici scaturenti dalla valutazione di seguito illustrata.

Il formato utilizzato è il seguente:

AREA A RISCHIO			IDENTIFICAZIONE	ANALISI			PRIORITA'
Unità Operativa	Rif.	Processo	Descrizione dell'evento	Probabilità	Impatto	Livello di Rischio	1: max, 2: media, 3: min, 4: rischio accettabile

Tabella: "Registro dei rischi"

L'individuazione del rischio, con la stima del valore della probabilità e dell'impatto, è stata richiesta in maniera formale ai singoli responsabili di U.O. con il coordinamento generale del Responsabile della prevenzione. Si è proceduto con l'utilizzo della seguente tabella e delle tabelle di valutazione del rischio cui all'Allegato 5 del PNA.



Unità Organizzativa	
Nome del processo	
Risatto (se applicabile)	
Dipartimento rischio	ES Servizio Acquisti - n. 1

(questo riferimento è da riportare nelle schede successive per facilitare il collegamento tra tutte le schede una volta stampate)

Tabella: "Identificazione del rischio di corruzione"

Al fine di assicurare omogeneità di criteri, in ottemperanza ai chiarimenti forniti dal Dipartimento della Funzione Pubblica sul sito web in data 22.10.2013:

- il valore della "Probabilità" è stato determinato, per ciascun rischio identificato, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione della probabilità";
- il valore dell'"Impatto" è stato determinato, per ciascun rischio identificato, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione dell'impatto".

Il livello di rischio è determinato dal prodotto delle due medie con un valore massimo = 25.

Con la formula:  $\text{Livello di rischio} = P \times I$  (valore della probabilità x valore dell'impatto), si descrive la quantità di rischio di un evento di corruzione, che ci dice quanto è grande il rischio generato da tale evento.  $P \times I$  può assumere valori diversi da 1 a 25, ma per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi di corruzione, è utile "raggruppare" i valori della quantità di rischio, costruendo la "Matrice del Rischio", di seguito riportata, che prevede solo 4 livelli di rischio differenti.

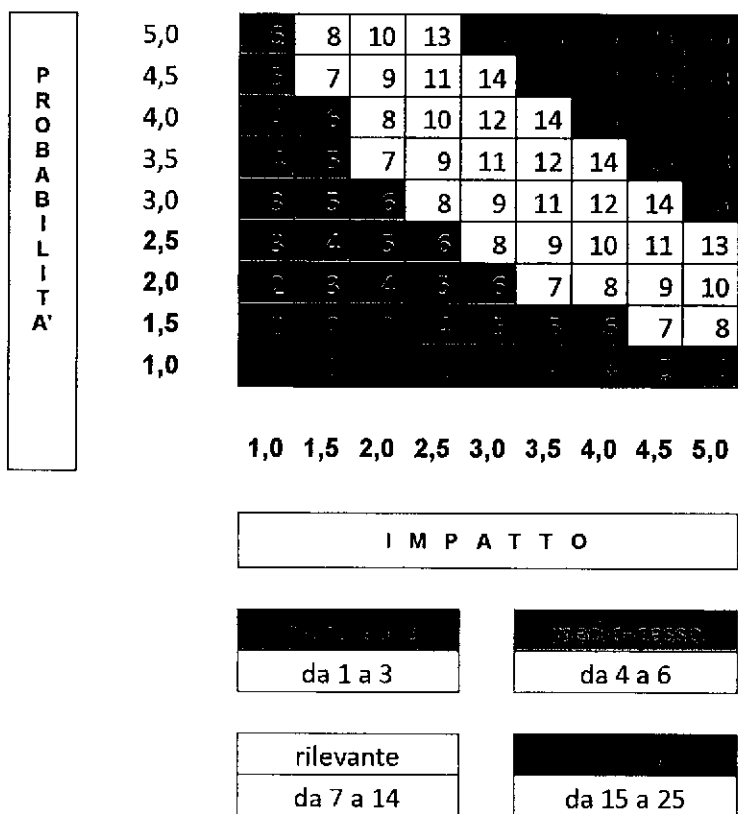


Tabella: "Matrice del rischio"

Alla luce della suddetta analisi e del raffronto dei rischi, sotto il coordinamento del Responsabile della prevenzione, con un'attività di attenta ponderazione, sono state identificate le aree di rischio e definite le priorità e le urgenze di trattamento. Il PNA non dice come ponderare il rischio, suggerendo solo di "considerare il rischio alla luce dell'analisi e raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere le priorità e l'urgenza di trattamento". Le priorità di intervento dipendono, per buona parte, dal livello di rischio degli eventi di corruzione: bisogna prevenire subito gli eventi con il livello di rischio maggiore. E' stato introdotto il criterio di "rischio accettabile", cioè il rischio che non necessita di interventi di prevenzione, in quanto presenta contemporaneamente due condizioni:

1. non rientra nelle aree comuni e obbligatorie individuate dal PNA;
2. l'evento di corruzione che genera il rischio ha una *quantità di rischio* poco elevata (meno di 4 – trascurabile).

Si precisa che la corruzione in sé non è mai accettabile, in quanto si tratta di un comportamento messo in atto da un soggetto, ad essere accettabile è il rischio associato all'evento di corruzione.

Nella fase successiva si è provveduto ad individuare e valutare le misure di prevenzione idonee a neutralizzare o ridurre il livello di rischio che va oltre il suddetto rischio accettabile. Tale attività è stata compiuta dal Responsabile della prevenzione con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza. Lo strumento predisposto e di seguito riportato, consente di collegare ogni misura di prevenzione individuata ad un responsabile, tempistiche di attuazione, altri soggetti coinvolti, obiettivi, indicatori e target. Risulta evidente l'intenzione di creare un collegamento tra l'adempimento normativamente richiesto e gli obiettivi individuati nell'incarico dirigenziale, che devono anche essere inseriti nel Piano delle Performance in modo che siano oggetto di valutazione della performance individuale.



Unità Organizzativa							
Nome del processo		<b>CICLO DELLA PERFORMANCE</b>					
		<b>Responsabile</b>	<b>Termine per l'attuazione</b>	<b>Altri soggetti coinvolti</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Indicatori</b>	<b>Target</b>
Misure di prevenzione							
Misure di prevenzione							
Misure di prevenzione							
Riferimento rischio	Es. Servizio Acquisti n.1						

Tabella: "Misure di prevenzione"

Le decisioni circa la priorità del trattamento si sono basate essenzialmente sui seguenti fattori:

- ^ livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- ^ obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria rispetto a quella ulteriore;
- ^ impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.

La priorità di trattamento è stata definita dal Responsabile della prevenzione.

La gestione del rischio si completa con l'individuazione delle modalità di verifica dell'attuazione, con un'azione di "monitoraggio" rivolta a valutare l'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati.

Questa fase è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio in stretta connessione con il sistema di programmazione e controllo di gestione, attraverso uno schema operativo così rappresentabile:

- a) definizione della periodicità delle verifiche
- b) individuazione dei soggetti incaricati delle verifiche
- c) predisposizione delle singole schede di verifica
- d) relazione periodica al Responsabile della prevenzione circa lo stato di attuazione delle misure di prevenzione.

Il rischio residuo è quello che rimane dopo l'attuazione di una misura di prevenzione (il rischio che comunque sussiste dopo l'applicazione di misure organizzative e procedurali, ritenute necessarie per ridurre il rischio stesso). La conclusione è che il livello di rischio residuo è tale da potersi considerare sotto controllo in relazione ad una scala di valutazione che va da 0 ad 1, dove 0 sta a significare eliminazione del rischio, 1 sta a significare rischio inalterato.

Il presente Piano 2015/2017 di prevenzione della corruzione, come riportato nel dettaglio nel "Registro dei rischi" - Allegato A), conferma l'impianto costruito nel primo triennio 2014-2016 con la prima analisi dei rischi di corruzione e illegalità, con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio, sulla base di una prima valutazione delle caratteristiche degli stessi, analizzati in termini di probabilità e di impatto, valutando quindi la pericolosità dell'evento correlata alla gravità delle conseguenze.

I rischi di corruzione individuati nel "Registro dei rischi" del Piano per la prevenzione della corruzione della ASL sono riferiti ai seguenti ambiti:

- Gestione liste d'attesa e CUP
- Affidamento di lavori, servizi e forniture
- Acquisizione e progressione del personale
- Assistenza protesica
- Gestione economica dei medici convenzionati
- Scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta
- Commissioni di invalidità civile

Con una graduazione immediatamente inferiore il rischio investe gli ambiti di attività:

- Presa in carico presso il Punto Unico di Accesso
- Committenza sociosanitaria - assegnazione e negoziazione volumi di attività e tetti di spesa
- Attività libero professionale Intramoenia
- Convenzioni tra aziende per l'affidamento di incarichi di consulenza
- Pagamento ticket e verifiche di cassa
- Rimborsi per prestazioni sanitarie varie

Il presente Piano 2015/2017 di prevenzione della corruzione, come riportato nel dettaglio nel "Registro delle Misure di Prevenzione" - Allegato B), formalizza l'analisi delle misure di prevenzione della corruzione con riferimento ai processi ritenuti a maggior rischio.

E' doveroso precisare ulteriormente che il risultato del presente lavoro, in termini di individuazione delle aree a rischio di corruzione, risulta parziale rispetto alle dimensioni e alle complessità rilevabili nella ASL di Cagliari. Nel corso del 2015 e nel biennio successivo si provvederà sia ad affinare le rilevazioni ad oggi condotte, anche con l'utilizzo di strumenti più adeguati con il supporto auspicabile dell'ANAC e del DFP, sia ad estendere l'ambito di rilevazione al mondo più prettamente sanitario.

Il P.T.P.C. adottato ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati dall'amministrazione sul sito web aziendale, nonché mediante segnalazione via mail a ciascun dipendente e collaboratore. Analogamente in occasione della prima assunzione in servizio.

## 2. Trasparenza

### 2.1 ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DALL'AMMINISTRAZIONE

L'adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità, di seguito denominato Programma, è disciplinata dall'art. 10 del Decreto Legislativo 33/2013 che ne stabilisce finalità e contenuti.

La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

La Legge n. 190/2012 ha previsto che la trasparenza dell'attività amministrativa, "che costituisce *livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili* ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione' sui siti web istituzionali delle pubbliche

amministrazioni delle informazioni rilevanti stabilite dalla legge.

Nell'Atto aziendale, approvato con delibera regionale n. 18/9 del 26 marzo 2008, viene definito l'assetto organizzativo e il funzionamento dell'Azienda in linea con quanto stabilito dalla L.R. 10 del 2006 relativa a "Tutela della salute e riordino del servizio sanitario della Sardegna".

Si riporta qui di seguito il link web aziendale con il documento "Atto Aziendale":

[http://www.aslcagliari.it/documenti/8\\_35\\_20090305171115.pdf](http://www.aslcagliari.it/documenti/8_35_20090305171115.pdf)

### ***Il Responsabile della Trasparenza***

Ai sensi dell'articolo 43 del Decreto Legislativo 33/2013, con la deliberazione n. 1417 del 8.8.2013 è stato nominato il dirigente amministrativo Dott. Antonio Tognotti quale Responsabile della Trasparenza oltre che Responsabile della Prevenzione della Corruzione ai sensi della Legge n. 190 del 06.11.2012.

Il Responsabile della Trasparenza ha il compito di controllare il procedimento di elaborazione e aggiornamento del Programma curando, a tal fine, il coinvolgimento delle strutture interne cui compete l'individuazione dei contenuti dello stesso, nonché di vigilare sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione assicurando la qualità dei dati pubblicati e, pertanto, sull'attuazione del Programma.

Il Responsabile della Trasparenza deve segnalare all'organo di indirizzo politico, all'O.I.V., all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'U.P.D. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità; inoltre è tenuto controllare ed assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico.

### ***La struttura di supporto al Responsabile per la trasparenza***

#### **➤ Area "Amministrazione Trasparente"**

Al fine di garantire supporto al Responsabile della Trasparenza in merito al controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, le funzioni relative agli adempimenti in materia di trasparenza amministrativa sono attribuite all'Area "Amministrazione Trasparente" in staff alla Direzione Generale, con le seguenti risorse umane da attribuire, anche a tempo parziale:

- » 1 dipendente di categoria D con qualifica Collaboratore Amministrativo
- » 1 dipendente di categoria C con qualifica Assistente Amministrativo.

Nell'ottica dello stretto collegamento tra gli obiettivi del Programma, del Piano per la prevenzione della corruzione, del Piano della performance e degli altri strumenti di programmazione dell'Azienda, interagisce con:

- a) il Servizio Programmazione e Controllo di Gestione per l'attività di definizione e assegnazione degli obiettivi, monitoraggio, rendicontazione per il ciclo di gestione della performance;
- b) i Referenti per la trasparenza.

➤ **I Referenti per la trasparenza**

• **Dirigenti**

Questa amministrazione, considerate le notevoli dimensioni della ASL di Cagliari con un'organizzazione complessa, individua quali referenti per la trasparenza i dirigenti responsabili delle strutture amministrative-tecniche già identificati come referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione con la deliberazione n. 2015 del 15.11.2013, afferenti alle seguenti unità operative:

Servizi Generali, Alberghieri e Logistica

Servizio Tecnico e Patrimonio

Servizio Acquisti

Servizio Personale

Servizio Affari Generali

Area Amministrativa Presidi Ospedalieri

Area Amministrativa Territoriale

Sistemi Informativi

Sviluppo Organizzativo, Gestione e Valutazione del Personale

Dipartimento di Prevenzione,

Punto unico di Accesso (PUA)

Gestione liste d'attesa e CUP

Inoltre, individua: Servizio Bilancio, Affari Legali, Servizio Programmazione e Controllo, U.O.C. Area Comunicazione, Dipartimento Acquisti Servizi Sanitari, Dipartimento del Farmaco, Direttori di Distretto, Direttori di Presidio Ospedaliero, SERD, UOC Anziani Disabili e Soggetti Fragili, Attività Libero Professionale Intramoenia (ALPI).

I dirigenti individuati (di seguito dirigenti responsabili), nell'ambito delle materie di propria competenza, in seguito agli account loro già assegnati e in corso di assegnazione, per la pubblicazione sul sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente":

- ✓ elaborano i dati da pubblicare e adempiono agli obblighi di pubblicazione, di cui alle schede contenute nel presente Programma, che corrispondono sostanzialmente con il dettato della Delibera CIVIT n. 50/2013, Allegato 1) (in allegato al presente Piano), con l'integrazione opportuna di una colonna con la denominazione "Pubblicazione presente nel sito: SI/NO", al fine di consentire lo stato di attuazione nel tempo;



- ✓ comunicano, ognuno per la parte di propria competenza, con cadenza trimestrale il suddetto Allegato 1) aggiornato al Responsabile per la trasparenza;
- ✓ garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare sul sito istituzionale ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge;
- ✓ garantiscono l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità delle informazioni pubblicate;
- ✓ interagiscono con l'Area Comunicazione per gli aspetti tecnici inerenti la gestione del sito web aziendale;
- ✓ individuano, entro 10 giorni dall'emanazione del presente programma, all'interno della propria struttura, l'ulteriore personale referente che collaborerà all'esercizio delle suddette funzioni. La relativa designazione deve essere comunicata al Responsabile della trasparenza;
- ✓ attuano il Piano della Trasparenza in tutte le azioni ivi previste.

- **Area Comunicazione**

L'Area Comunicazione:

- ✓ provvede alla formazione necessaria per un adeguato utilizzo del sito web istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente";
- ✓ supporta tempestivamente i dirigenti e i loro collaboratori sugli aspetti tecnici inerenti la gestione del sito web aziendale (account, link, contenuti vari, ecc ...);
- ✓ collabora con il Responsabile della trasparenza per il regolare adempimento degli obblighi di pubblicazione.

- **Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**

L'OIV:

- ✓ verifica la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità di cui all'articolo 10 del D.Lgs 33/2013 e quelli indicati nel Piano della performance, valutando, altresì, l'adeguatezza dei relativi indicatori;
- ✓ utilizza 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 delle singole unità operative responsabili della trasmissione dei dati (art.44 D.Lgs. 33/2013 – Compiti degli OIV).

## 2.2 PRINCIPALI NOVITÀ

La predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità costituisce una novità rilevante per questa ASL di Cagliari e viene concepita come una occasione e uno strumento essenziale per fornire un contributo importante per contrastare il fenomeno della corruzione, ampliando in maniera significativa il novero dei dati da pubblicare e quindi il livello di trasparenza e di conseguenza la soglia della legalità e dello sviluppo della cultura dell'integrità.

Il Programma definisce misure, modi e iniziative per attuare gli obblighi di pubblicazione e le misure organizzative per assicurare regolarità e tempestività dei flussi informativi. Specifica modalità, tempi d'attuazione, risorse e strumenti di verifica dell'efficacia e dell'efficienza delle azioni amministrative intraprese.

## 2.3 PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE ED ADOZIONE DEL PROGRAMMA

Le modalità procedurali di elaborazione ed adozione del Programma sono previste in maniera esaustiva, secondo le indicazioni fornite dalla CIVIT, nelle Deliberazioni n. 50/2013 e n. 2/2012.

Il Responsabile della trasparenza elabora e aggiorna il programma e lo sottopone alla Direzione Generale per l'approvazione entro il 15 gennaio di ogni anno.

In ottemperanza a quanto disposto dal D.Lgs 33/2013, la sezione "Operazione Trasparenza" è destinata a scomparire (l'art. 53 del Decreto Legislativo 33/2013 abroga espressamente l'art. 11 del Decreto Legislativo 150/2009) e la sezione "Amministrazione Trasparente" dovrà essere organizzata esattamente secondo lo schema di cui alla Tabella 1 Allegata al Decreto Legislativo n. 33/2013 e dovrà contenere le informazioni che nel dettaglio sono indicate nella Delibera CIVIT - ANAC n. 50/2013, Allegato 1), predisposto sulla base del documento elaborato per tutte le pubbliche amministrazioni.

### 2.3.1 *Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza*

La Direzione Generale definisce gli obiettivi strategici in materia di trasparenza nel presente Programma, coerentemente con gli obiettivi di trasparenza individuati nello strumento del Piano della performance e che risultano così declinati:

- 1) implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" per adeguarla allo schema di massima di cui alla Tabella 1 Allegata al Decreto Legislativo n. 33/2013, in modo da poter garantire la massima fruibilità sia agli utenti che alle altre pubbliche amministrazioni;
- 2) trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle appropriate sottosezioni;

- 3) completamento delle sottosezioni, al fine di garantire ai cittadini una sempre maggiore conoscenza delle attività svolte dall'Azienda;
- 4) analisi del sistema di gestione delle relazioni con i cittadini e i portatori di interessi, mappatura aggiornata dei soggetti portatori di interessi (stakeholder);
- 5) consolidamento dell'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) al fine di rafforzare la funzione di ascolto in modo da migliorare la qualità dei servizi offerti e della trasparenza, con la previsione di misure del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza, alla cortesia del personale ed ai tempi di risposta alle richieste; a tale scopo saranno predisposte delle schede di valutazione;
- 6) attivazione *dell'accesso civico* quale diritto riconosciuto a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati obbligatoriamente conoscibili qualora non siano stati pubblicati;
- 7) incremento delle iniziative interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa organizzando incontri periodici.

### **2.3.2 Le misure in materia di trasparenza**

In capo ad ogni dirigente individuato fra i Referenti per la Trasparenza, sono individuate le seguenti misure volte a garantire:

- ✓ la formazione obbligatoria del personale dipendente con almeno un evento annuale da concordare con il Responsabile della trasparenza;
- ✓ il monitoraggio trimestrale delle sottosezioni della sezione "Amministrazione Trasparente", a partire dal 31 marzo 2015, per assicurare l'effettivo aggiornamento delle informazioni, ognuno per la parte di propria competenza, con la trasmissione al Responsabile della trasparenza dell'Allegato 1) aggiornato (vedi anche pag.15).
- ✓ la mappatura degli *stakeholders*;
- ✓ la presentazione del Programma triennale della trasparenza e integrità a tutti gli *stakeholders* e delle possibili modalità collaborative da attuare con i soggetti interessati;
- ✓ l'attività di promozione e diffusione dei contenuti del Programma triennale della trasparenza e integrità mirata a favorire l'effettiva conoscenza e fruibilità delle informazioni che la ASL di Cagliari rende pubbliche, sia nei confronti dei propri dipendenti (con mailing list interne) sia nei confronti di soggetti esterni (*stakeholders*).

### **2.3.3 I collegamenti con il Piano della performance**

Si richiama, al riguardo, quanto la CIVIT ha previsto nella delibera n. 6/2013, par. 3.1., lett. b), in merito alla necessità di un coordinamento e di una integrazione fra gli ambiti relativi alla Performance e alla trasparenza, affinché le *misure* contenute nei Programmi triennali per la trasparenza e l'integrità diventino *obiettivi* da inserire nel Piano della performance.

Pertanto, nell'ambito del *ciclo di gestione della performance* sono definiti obiettivi, indicatori e puntuali criteri di monitoraggio e valutazione degli obblighi di pubblicazione e trasparenza.

Ad esempio:

- ✓ tra gli obiettivi di performance organizzativa che riguarda tutte le unità operative individuate dall'Azienda, è stato introdotto quello relativo alla implementazione della sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito istituzionale ai fini della corretta applicazione del Decreto Legislativo n.33/2013;
- ✓ tra gli obiettivi individuali, comporterà significativo impegno la ricognizione di tutti i procedimenti amministrativi, e la loro pubblicazione nell'apposita sottosezione (Tipologie di procedimento) individuata dal D.Lgs. n.33, per consentire la conoscenza di tutta l'attività dell'Azienda, i tempi procedurali ed i Responsabili di procedimento nonché la realizzazione di un opuscolo illustrativo dei principi della trasparenza e le azioni mirate alla sua attuazione e alla prevenzione della corruzione.

Con l'approvazione degli strumenti programmatori per l'anno 2015 si intende rafforzare tale collegamento inquadrando le azioni tese alla diffusione e affermazione del principio della trasparenza nel più generale quadro delle azioni finalizzate alla prevenzione della corruzione, con particolare attenzione alle specifiche misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza.

### **2.3.4 L'indicazione delle unità operative e dei dirigenti coinvolti per l'individuazione dei contenuti del Programma**

Sono stati coinvolti i dirigenti (vedi "I Referenti per la trasparenza") e il personale delle unità operative in diverse riunioni, con il coordinamento del Responsabile della Trasparenza, al fine di organizzare la pubblicazione dei dati.

Consapevoli che le prescrizioni di trasparenza sono da attuare in maniera tempestiva, occorre comunque tenere conto delle dimensioni aziendali e del tempo necessario ai fini organizzativi.

Ad esempio:

con particolare riferimento alle procedure di appalto, in tema di scelta del contraente, sono stati condivisi con le unità operative interessate (Acquisti, Tecnico e Logistico Alberghiero) i dati da

pubblicare sul sito web ai sensi dell'art. 37 – D.Lgs. 33/2013, che corrispondono ai dati richiesti dall'A.V.C.P. con la deliberazione 26 del 2013. Considerato che i CIG e le informazioni collegate da caricare sono nell'ordine delle diverse migliaia, è stato predisposto dal Servizio dei Sistemi Informativi un data base su access, in quanto trattasi di informazioni essenziali che le stazioni appaltanti pubbliche devono pubblicare in formato aperto sulla sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito ai sensi dell'art. 1, comma 32, della l. n. 190 del 2012. A tal proposito si indica un termine di pubblicazione entro il 31 gennaio 2015.

### **2.3.5 Le modalità di coinvolgimento degli stakeholder e i risultati di tale coinvolgimento**

Per attuare la disciplina della trasparenza non è sufficiente pubblicare i dati e i documenti previsti dalla normativa; per porre l'amministrazione al servizio del cittadino è infatti necessario che tutte le informazioni siano effettivamente utilizzabili dagli utenti. Le unità operative dell'amministrazione individuate *ad hoc* nel Programma triennale devono curare la qualità della pubblicazione affinché i cittadini e i portatori di interesse (*stakeholders*) possano accedere in modo agevole alle informazioni, ne possano comprendere il contenuto e possano restituire con immediatezza all'Azienda il feedback dell'azione amministrativa, sia in termini valutativi (qualità dei servizi erogati) sia in termini propositivi (azioni di miglioramento).

Il coinvolgimento dei portatori di interesse passa anche per le segnalazioni, nonché reclami, che questi ultimi possono fare all'organo politico - amministrativo dell'Azienda, il quale poi ne terrà conto al momento di selezionare i dati da pubblicare e nell'organizzazione di iniziative volte a promuovere e diffondere la cultura della trasparenza, della legalità e dell'integrità.

Nell'anno 2015, in seguito alla pubblicazione del Programma triennale della trasparenza e integrità, si cercherà di attuare possibili modalità collaborative da concretizzare con i soggetti interessati (università, centri di ricerca, scuole, associazioni di consumatori e utenti, imprese, ecc.) finalizzate all'utilizzo delle informazioni pubblicate per motivi scientifici nonché per creare e diffondere ulteriore conoscenza presso l'opinione pubblica.

In questa ottica, al fine di valutare i risultati di tale coinvolgimento, si persegue il raffronto di ogni categoria di dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente", con il corrispondente livello di utilità indicato dagli utenti, determinato attraverso metodologie ad hoc nonché eventuali esperienze di utilizzo dei dati da parte dei cittadini, enti di ricerca, imprese ecc., corredati di *link* alle pagine web di riferimento.

### **2.3.6 I termini e le modalità di adozione del Programma da parte degli organi di vertice**

Il Direttore Generale adotta il Programma triennale o il suo aggiornamento, con apposito provvedimento deliberativo, entro il 31 gennaio di ogni anno.

## 2.4 INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

### 2.4.1 Il sito web

Il sito web è il principale mezzo di comunicazione, il più accessibile ed il meno oneroso, attraverso il quale l'amministrazione deve garantire un'informazione trasparente ed esauriente delle attività erogate, promuovere nuove relazioni con i cittadini, le imprese e le altre pubbliche amministrazioni.

Con la nuova sezione "Amministrazione Trasparente", l'applicazione dei principi di trasparenza e integrità, troverà un ulteriore impulso nel corso dell'anno 2015.

Sarà quindi fondamentale usare strumenti comunicativi facilmente comprensibili e conoscibili da parte degli utenti, sia nei linguaggi sia nelle logiche

La tabella allegata al D.Lgs. 33/2013 disciplina la *struttura delle informazioni sui siti istituzionali* delle Pubbliche Amministrazioni.

Il legislatore ha organizzato in *sotto-sezioni di primo e di secondo livello* le informazioni, i documenti ed i dati da pubblicare obbligatoriamente nella sezione «Amministrazione Trasparente» del sito web.

Tale sezione è organizzata in modo che cliccando sull'identificativo di una sotto-sezione sia possibile accedere ai contenuti della sottosezione stessa, o all'interno della stessa pagina «Amministrazione Trasparente» o in una pagina specifica relativa alla sotto-sezione.

Nel caso in cui sia necessario pubblicare nella sezione «Amministrazione Trasparente» informazioni, documenti o dati che sono già pubblicati in altre parti del sito, è possibile inserire, all'interno della sezione «Amministrazione Trasparente», un collegamento ipertestuale ai contenuti stessi, in modo da evitare duplicazione di informazioni all'interno del sito dell'amministrazione.

In tal modo l'utente viene messo nelle condizioni di poter accedere ai contenuti di interesse dalla sezione «Amministrazione Trasparente» senza dover effettuare operazioni aggiuntive.

### 2.4.2 La posta elettronica

L'Azienda è munita di posta elettronica ordinaria e certificata.

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" saranno tempestivamente indicati gli indirizzi di posta elettronica ordinaria di ciascun ufficio, nonché gli altri consueti recapiti (telefono, fax, ecc.).

#### **Caselle di Posta Elettronica Certificata istituite per ogni area/unità operativa:**

Nella *home page* - sezione "Chi siamo" del sito web aziendale si può accedere alla "Posta elettronica certificata" in cui si trovano tutti gli indirizzi di pec, aggiornati al mese di novembre 2014:

<http://www.aslcagliari.it/index.php?xsl=15&s=8&v=9&c=3260&esn=Primo+piano&na=1&n=10>

in particolare:

Responsabile anticorruzione e trasparenza - Dott. Antonio Tognotti:

[amministrazione.trasparente@pec.aslcagliari.it](mailto:amministrazione.trasparente@pec.aslcagliari.it)

Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP):

[urp@pec.aslcagliari.it](mailto:urp@pec.aslcagliari.it)

### **2.4.3 L'Albo Pretorio on line**

La legge n. 69 del 18 giugno 2009 riconosce l'effetto di pubblicità legale solamente agli atti e ai provvedimenti amministrativi pubblicati dagli Enti pubblici sul proprio sito informatico. On line si trovano delibere, determine, bandi, gare, concorsi e selezioni, avvisi e regolamenti.

L'articolo 32 della suddetta legge dispone che "a far data dal 1° gennaio 2010, gli obblighi di pubblicazione di atti e provvedimenti amministrativi aventi effetto di pubblicità legale si intendono assolti con la pubblicazione nei propri siti informatici da parte delle amministrazioni e degli enti pubblici obbligati".

L'amministrazione ha adempiuto al dettato normativo dal 1° luglio 2011 e l'albo pretorio è esclusivamente informatico. Il relativo *link* è ben indicato nella *homepage* del sito istituzionale.

### **2.4.4 La semplificazione del linguaggio**

Per farsi capire occorre utilizzare un linguaggio semplice, elementare è quindi necessario semplificare il linguaggio degli atti amministrativi, evitando per quanto possibile espressioni burocratiche, abbreviazioni e tecnicismi in genere, rimodulandolo in funzione della trasparenza e della piena comprensibilità del contenuto dei documenti da parte di chiunque.

### **2.4.5 Giornate della trasparenza**

Per quanto concerne la partecipazione dei cittadini, l'amministrazione promuove anche occasioni conoscitive e di confronto con la cittadinanza che possano contribuire a far crescere nella società civile, oltre alla conoscenza delle attività svolte e delle iniziative intraprese, una consapevolezza ed una cultura della legalità sostanziale. I risultati attesi da tali incontri devono essere riscontrati in termini di forme di collaborazione da attivare con i soggetti interessati (vedi 2.3.5).

### **2.4.6 Ascolto dei portatori di interessi (stakeholders)**

Sarà potenziata l'attenzione dedicata all'analisi delle critiche, dei reclami e dei suggerimenti che vengono dalla cittadinanza, in qualsiasi forma e con qualunque modalità.

Per queste finalità sul sito web aziendale, nella *home page*, è riportato il link "Posta elettronica certificata" contenente gli indirizzi PEC istituzionali che possono essere liberamente utilizzati per comunicare con l'Azienda. Inoltre, nella sezione "Amministrazione Trasparente" saranno tempestivamente indicati gli indirizzi di posta elettronica ordinaria di ciascun ufficio, nonché gli altri consueti recapiti (telefono, fax, ecc.).

#### **2.4.7 Accesso civico**

L'istituto è previsto dall'art. 5 del D.Lgs. n.33/2013 e conferisce ad ogni cittadino il diritto di richiedere, senza limitazione alcuna, la pubblicazione di documenti, informazioni o dati, in caso di omissione.

La risposta alle richieste di accesso civico sono evase in prima battuta, parimenti agli obblighi di pubblicazione/diffusione, dai dirigenti responsabili dei servizi, al fine di favorire la responsabilizzazione delle diverse aree organizzative in ordine alla regolare, corretta e tempestiva pubblicazione delle informazioni di loro competenza.

Il Responsabile della trasparenza, che è deputato a mantenere il controllo complessivo circa la completezza e l'aggiornamento delle pubblicazioni obbligatorie via web, riceve le segnalazioni e le gira ai dirigenti responsabili dei servizi per inadempimento/adempimento parziale degli obblighi di pubblicazione e, in caso di ritardo o mancata risposta, previo ricorso del richiedente, agisce in qualità di titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, comma 9-bis della L. 7 agosto 1990, n. 241.

#### **2.4.8 Protezione dei dati personali**

Resta inteso il necessario rispetto delle disposizioni, *in capo ad ogni dirigente responsabile*, in materia di protezione dei dati personali ai sensi dell'art. 1, c. 2, del D.lgs. n. 33/2013, e, in particolare, della disposizione contenuta nell'art. 4, c. 4, del D.lgs. n. 33/2013 secondo la quale "nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione", nonché di quanto previsto dall'art. 4, c. 6, del medesimo decreto che prevede un divieto di "diffusione dei dati idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale".

### **2.5 PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA**

#### **2.5.1 Dirigenti responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati**

*L'articolo 43, comma 3, del D.Lgs. 33/2013 prevede che "i dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscano il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge".*

Come precisa la delibera CIVIT n. 50/2013, "nel caso in cui i dati siano archiviati in una banca dati, per trasmissione si intende sia l'immissione dei dati nell'archivio che la confluenza dei dati dall'archivio al soggetto responsabile della pubblicazione."



L'U.O. preposta alla gestione del sito web è l'Area Comunicazione che ha già provveduto in buona parte ad attivare gli account necessari a vari dirigenti responsabili e ai loro collaboratori per adempiere agli obblighi di pubblicazione. Nel corso dell'anno 2015, l'Area Comunicazione provvederà ad ultimare l'attribuzione degli account ai dirigenti ancora sprovvisti e soggetti ad obblighi di pubblicazione e aggiornamento dei dati.

L'aggiornamento dei dati, delle informazioni e dei documenti deve avvenire in modo "tempestivo" secondo il D.Lgs. 33/2013. Il legislatore non ha però specificato il concetto di tempestività, il che può dar luogo a comportamenti difforni rispetto alle finalità dalla norma. Al fine di "rendere oggettivo" il concetto di tempestività, tutelando operatori, cittadini, utenti e Azienda, si definisce quanto segue: è tempestiva la pubblicazione di dati, informazioni e documenti quando effettuata entro sette giorni dalla disponibilità definitiva dei dati, informazioni e documenti.

Pertanto, le Unità Operative depositarie dei dati, delle informazione e dei documenti, sulla base degli adempimenti di pubblicazione previsti dalla delibera CIVIT n. 50/2013, Allegato 1, pubblicano esse stesse settimanalmente i dati, le informazioni ed i documenti in loro possesso, salvo particolare urgenza, nel qual caso la pubblicazione avviene immediatamente.

#### **2.5.2 Individuazione di eventuali referenti per la trasparenza e specificazione delle modalità di coordinamento con il Responsabile della trasparenza**

I dirigenti responsabili individuano, entro 10 giorni dall'emanazione del presente programma, all'interno della propria struttura, l'ulteriore personale referente per la trasparenza. La relativa designazione deve essere comunicata al Responsabile della trasparenza.

I dirigenti responsabili o i loro referenti devono comunicare immediatamente all'Area Comunicazione eventuali problemi tecnici ostativi alla pubblicazione e mettere in conoscenza il Responsabile della Trasparenza.

Il Responsabile per la trasparenza supporta l'attività dei dirigenti responsabili e dei loro referenti in relazione ai contenuti e alle modalità di pubblicazione dei dati e documenti, informandoli tempestivamente sugli aggiornamenti normativi e sulle direttive della CIVIT – ANAC.

#### **2.5.3 Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi**

I dirigenti responsabili o i loro referenti producono un report al Responsabile della Trasparenza, con periodicità trimestrale a partire dal 31 marzo per il 2015, contenente lo stato dell'arte delle loro pubblicazioni e aggiornamenti, con esplicito riferimento all'Allegato 1 (in allegato al presente Piano – lettera C) della delibera CIVIT n. 50/2013, rispetto al quale emergano con chiarezza, per ciascuna tipologia di obbligo, gli adempimenti soddisfatti e ancora da soddisfare e le motivazioni per le quali

non si è ancora provveduto, nonché eventuali azioni nuovamente programmate per l'adempimento della pubblicazione.

L'Area Comunicazione produce un report al Responsabile della trasparenza sull'attivazione degli account e dell'effettivo utilizzo del sito per la pubblicazione, entro il 31 marzo 2015, con i seguenti contenuti: nomi dei dirigenti responsabili, nomi dei collaboratori, data di attivazione di ogni account, data di prima pubblicazione di ogni account attivato.

#### **2.5.4 Misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza a supporto dell'attività di controllo dell'adempimento da parte del Responsabile della Trasparenza**

Il Responsabile per la trasparenza sovrintende e verifica la tempestiva pubblicazione da parte dell'unità operativa preposta alla pubblicazione e aggiornamento dei dati, riferendo alla Direzione Generale, all'OIV e all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) e, nei casi più gravi, all'Ufficio di disciplina (UPD) sugli eventuali inadempimenti e ritardi; inoltre, attiva a sua discrezione appositi controlli a campione mensili, a verifica dell'aggiornamento delle informazioni pubblicate.

Il Responsabile per la trasparenza predispone una relazione riassuntiva, annuale, entro il 31 dicembre, da inviare ai componenti dell'OIV i quali la utilizzeranno per la loro attività di verifica, per l'attestazione sull'assolvimento degli obiettivi di trasparenza e per segnalare inadempimenti. Tale relazione andrà pubblicata sul sito aziendale.

In sede di aggiornamento annuale del Programma per la trasparenza e l'integrità verrà rilevato lo stato di attuazione delle azioni previste dal Programma e il rispetto degli obblighi di pubblicazione.

#### **2.5.5 Strumenti e tecniche di rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"**

L'Area Comunicazione in collaborazione con i Sistemi Informativi aziendali, individua un percorso e il corrispondente strumento di rilevazione per verificare in tempo reale l'effettivo utilizzo del sito web, per la pubblicazione nella sezione "Amministrazione Trasparente", con riferimento ad ogni account attivato.

Tale strumento o tecnica di rilevazione deve essere reso disponibile al Responsabile della Trasparenza per il monitoraggio costante.

### 2.5.6 Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

Si recepiscono in merito le direttive previste dall'Allegato 1 del PNA.

Entro 30 giorni dalla richiesta di accesso civico l'amministrazione deve:

- procedere alla pubblicazione sul sito istituzionale del documento, dell'informazione o dei dati richiesti;
- trasmettere contestualmente il dato al richiedente, ovvero comunicargli l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale.

Se il documento, l'informazione o il dato richiesto risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione deve indicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

In caso di ritardo o mancata risposta da parte dell'amministrazione il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, comma 9 *bis*, della l. n. 241 del 1990. Sul sito *internet* istituzionale dell'amministrazione è pubblicata, in formato tabellare e con collegamento ben visibile nella *homepage*, l'indicazione del soggetto a cui è attribuito il potere sostitutivo e a cui l'interessato può rivolgersi.

Il titolare del potere sostitutivo, ricevuta la richiesta del cittadino, verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione in base a quanto previsto dalla legge. I termini per il suo adempimento sono quelli di cui all'art. 2, comma 9 *ter*, della l. n. 241 del 1990, ossia un termine pari alla metà di quello originariamente previsto.

Per la tutela del diritto di accesso civico si applicano le disposizioni di cui al d.lgs. n. 104 del 2010.

L'inoltro da parte del cittadino della richiesta di accesso civico comporta da parte del Responsabile della trasparenza, l'obbligo di segnalazione di cui all'art. 43, comma 5, del D.lgs. n. 33 ossia:

- all'ufficio di disciplina, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- al Direttore Generale e all'O.I.V. ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

## 2.6 DATI ULTERIORI

L'indicazione dei dati utili ulteriori, in tabelle in formato aperto, che l'amministrazione si impegna a pubblicare nel triennio, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013, saranno oggetto di una ulteriore definizione nel corso dell'anno 2015, a partire dalle richieste di conoscenza dei portatori di interesse – *stakeholders* – che, a prescindere da interessi prettamente individuali, rispondono a richieste frequenti e che, pertanto, possa essere opportuno rendere pubbliche nella logica dell'accessibilità totale.

I dati, le informazioni e i documenti ulteriori per i quali non sussiste un espresso obbligo di pubblicazione dovranno essere pubblicati nella sotto-sezione di primo livello "Altri contenuti - Dati

*ulteriori*”, laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione “Amministrazione trasparente”.

## 2.7 LE SANZIONI

L'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente costituisce elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione ed è comunque valutato ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili e dei dirigenti competenti. Si riporta di seguito il quadro sinottico relativo alle sanzioni previste dal D.Lgs. 33/2013.

**Art. 15 - Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi dirigenziali e di collaborazione o consulenza.**

FATTISPECIE DI INADEMPIMENTO	SANZIONI
<p>Omessa pubblicazione dei dati di cui all'art. 15, c. 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• estremi degli atti di conferimento di incarichi dirigenziali a soggetti estranei alla p.a., con indicazione della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato;</li> <li>• incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni per i quali è previsto un compenso, con indicazione della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato.</li> </ul>	<p>In caso di pagamento del corrispettivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• responsabilità disciplinare;</li> <li>• applicazione di una sanzione pari alla somma corrisposta.</li> </ul>

**Art. 46 - Violazione degli obblighi di trasparenza - Sanzioni**

FATTISPECIE DI INADEMPIMENTO	SANZIONI
<p>Inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa.</p> <p>Mancata predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità.</p>	<p>Elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale;</p> <p>Eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine della p.a.;</p> <p>Valutazione ai fini della corresponsione:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• della retribuzione accessoria di risultato;</li> <li>• della retribuzione accessoria collegata alla performance individuale del responsabile</li> </ul>

**Art. 47 - Sanzioni per casi specifici.**

FATTISPECIE DI INADEMPIMENTO	SANZIONI
<p>Violazione degli obblighi di comunicazione dei dati di cui all'art. 14 riguardanti i componenti degli organi di indirizzo politico, con riferimento a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico;</li> <li>• titolarità di imprese;</li> <li>• partecipazioni azionarie, proprie, del coniuge e parenti entro il secondo grado di parentela;</li> <li>• compensi cui dà diritto la carica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sanzione amministrativa pecuniaria da 500 a 10.000 euro a carico del responsabile della mancata comunicazione;</li> <li>• Pubblicazione del provvedimento sanzionatorio sul sito internet dell'amministrazione o degli organismi interessati.</li> </ul>

**3. Codici di comportamento**

Lo strumento dei codici di comportamento è considerato dal PNA una misura di prevenzione fondamentale in quanto le norme in esso contenute regolano in senso legale ed eticamente corretto il comportamento dei dipendenti e, per tal via, indirizzano l'azione amministrativa.

Per la stesura del presente Codice, approvato con delibera n. 70 del 24.01.2014, era stato pubblicato sul sito web aziendale apposito avviso rivolto a tutti gli *stakeholder*, al fine di acquisire proposte migliorative alla definizione del Codice di comportamento della ASL Cagliari, in ottemperanza agli

indirizzi dell'A.N.A.C. - ex C.I.V.I.T. e nel rispetto delle procedure di partecipazione previste dall'art.54, comma 5, del D.Lgs. 165/2001; il Codice aziendale prevede anche regole comportamentali specifiche, in particolar modo riferite alle aree individuate di maggior rischio e riportate nell'Allegato A al Codice.

L'Area della Comunicazione ha il compito di segnalare sul sito web aziendale le informazioni di stampa su casi di buone prassi o di risultati positivi ottenuti da questa o altre amministrazioni, al fine di rafforzare il senso di fiducia e far emergere la figura del "bravo funzionario".

Si precisa che in questa ASL già da tempo è stato costituito l'UPD per lo svolgimento dei procedimenti disciplinari e l'irrogazione delle sanzioni disciplinari nei confronti del personale del comparto e dei dirigenti dell'area medico-veterinaria e dell'area SPTA, con appositi regolamenti aziendali deliberati.

#### **4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione**

Il PNA individua la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione come una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, anche per la rilevanza attribuita a livello internazionale.

Destinatari: personale dirigenziale e personale con funzioni di responsabilità (ivi compresi i responsabili del procedimento) operanti nelle unità operative inserite nelle aree a più elevato rischio di corruzione, così come individuate nel punto 1.2 – La gestione del rischio.

Per il personale dirigenziale la rotazione è attuata alla scadenza dell'incarico.

La presente disciplina intende perseguire l'obiettivo di evitare posizioni di consolidamento che possono portare nel tempo ad accordi di tipo collusivo.

Si individuano i seguenti criteri per l'attuazione della rotazione, nel rispetto della garanzia del buon andamento dell'amministrazione:

- a) Alla scadenza dei contratti di incarico, di ogni incarico di struttura, semplice e complessa, sono pubblicati avvisi per favorire i processi di mobilità interna volontaria.
- b) La misura viene adottata previa adeguata informazione alle organizzazioni sindacali rappresentative.
- c) Il motivo di impedimento, individuato nel presente Piano, per il quale non si può attuare la rotazione degli incarichi è legato all'unicità del profilo professionale, necessario per ricoprire un determinato incarico, presente nella dotazione organica; altri motivi validi di impedimento

alla rotazione, successivamente individuabili, devono essere inseriti con un apposito aggiornamento del presente Piano, in ottemperanza al PNA che richiede l'inserimento della motivazione nel P.T.P.C. (vedi 3.1.4 PNA).

- d) Per i dipendenti che devono alternarsi, verrà avviato un percorso con attività preparatoria di accompagnamento in termini di formazione e autoformazione, calibrato sulle competenze specifiche da possedere nel nuovo incarico assegnato, per un periodo che va dai 3 ai 6 mesi, con apposito programma da inserire nella deliberazione di attribuzione dell'incarico. L'Area della formazione organizza sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori.
- e) La rotazione in area sanitaria avviene nell'ambito delle discipline professionali o discipline affini onde evitare l'assunzione di un incarico senza possedere le competenze specifiche.
- f) Per la rotazione dei membri delle commissioni (concorsi, invalidità civile, ecc.), in particolare di quelle che accertano diritti e concessione di contributi tipo esenzioni ... i componenti non possono durare più di due anni di seguito e il reincarico prevede almeno altri due anni consecutivi di interruzione.
- g) Per la rotazione nelle casse economali si prevede che i cassieri non possono durare più di tre anni di seguito nella stessa cassa e il reincarico prevede almeno altri tre anni consecutivi di interruzione.
- h) La rotazione nei servizi ispettivi è disposta al momento di scadenza dell'incarico (tre/cinque anni).
- i) Nel conferimento di incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dal direttore generale.
- j) Nel conferimento di incarichi dirigenziali, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale nelle aree a più elevato rischio di corruzione.
- k) Per il personale dirigenziale, alla scadenza dell'incarico la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente.
- l) L'amministrazione ha il potere di mutare il profilo professionale di inquadramento del dipendente, nell'ambito delle mansioni equivalenti nell'ambito dell'area o qualifica di appartenenza;
- m) In caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'amministrazione ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione:

- o per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;
  - o per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater, del d.lgs. n. 165 del 2001;
  - o per le categorie di personale di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 165 del 2001 applica le misure cautelari previste nell'ambito di ciascun ordinamento e, salvo disposizioni speciali, l'art. 3 della l. n. 97 del 2001;
- n) L'applicazione della misura va attuata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità;

## 5. Astensione in caso di conflitto di interesse

L'art. 1, comma 41, della L. n. 190 ha introdotto l'art. 6 bis nella l. n. 241 del 1990, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che "Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."

La norma contiene due prescrizioni, un obbligo di astensione e un dovere di segnalazione, in particolare la finalità di prevenzione si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione. Inoltre, si coordina con la disposizione inserita nel Codice di comportamento – DPR 62/2013, all'art.7, che contiene una tipizzazione delle relazioni personali o professionali sintomatiche del possibile conflitto di interesse.

Per il procedimento di comunicazione dell'astensione e delle relative ragioni, nonché per il sistema di archiviazione dei casi di astensione, si riporta di seguito il medesimo contenuto dell'art.7 del Codice di comportamento aziendale:

1. *Il dipendente che nell'esercizio della sua funzione e competenze specifiche viene a conoscenza di possibili conflitti d'interesse che possano riguardare per qualsiasi motivo la propria persona, comunica per iscritto al proprio dirigente, con adeguate motivazioni e con un congruo anticipo rispetto alla conclusione degli atti in esame, la necessità di astenersi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività, nei casi previsti dall'art. 7 del "Codice generale".*
2. *Il dirigente dell'unità operativa di appartenenza, esaminate le circostanze e valutata*



*espressamente la situazione sottoposta alla sua attenzione, deve rispondere per iscritto al dipendente sollevandolo dall'incarico oppure motivando espressamente le ragioni che consentono comunque l'espletamento dell'attività da parte dello stesso dipendente. Copia del provvedimento deve essere trasmesso al Responsabile della prevenzione della corruzione.*

3. *Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2, si applicano anche ai dirigenti aziendali ed in tali ipotesi il Responsabile per la prevenzione della corruzione decide sull'astensione dei dirigenti con le stesse modalità.*
4. *Copia di tutti i suddetti provvedimenti deve essere trasmessa al Servizio del Personale, il quale ne curerà la tenuta e l'archiviazione con un'apposita classificazione: "Casi di astensione nell'amministrazione".*

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità disciplinare del dipendente suscettibile di essere sanzionata con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

## **6. Svolgimento di incarichi d'ufficio – attività ed incarichi extra-istituzionali**

Il cumulo di incarichi, conferiti dall'amministrazione in capo ad un medesimo dirigente o funzionario, può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere decisionale che aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri.

La L. n. 190 del 2012, all'art. 1, comma 42 è intervenuta a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001.

Le novità introdotte sono contenute in disposizioni che rafforzano le tutele preesistenti poste a salvaguardia del divieto di svolgere attività incompatibile con quella di servizio e più propriamente sul conflitto d'interessi per assicurare che il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio della prestazione extraistituzionale o il conferimento dell'incarico sia conforme ai principi di imparzialità e trasparenza.

In particolare le prescrizioni in esame prevedono come le amministrazioni che conferiscono o autorizzano incarichi, anche a titolo gratuito, ai propri dipendenti comunichino in via telematica, nel termine di quindici giorni, al Dipartimento della Funzione Pubblica gli incarichi attribuiti, indicando il loro oggetto, il compenso lordo, ove previsto, e redigendo una relazione nella quale devono essere esplicitate le ragioni del conferimento e le misure da adottare per il contenimento della spesa.

Le stesse disposizioni stabiliscono, inoltre, che l'autorizzazione e/o il conferimento possono essere concesse quando non sussistono situazioni di conflitto d'interessi neppure potenziali.

Questo profilo d'incompatibilità, nell'ordinamento interno dell'ASL Cagliari, riguarda principalmente le ipotesi di richiesta da parte delle cause farmaceutiche di attività formativa in capo alla dirigenza medica e quelle attività di formazione richieste da soggetti terzi allo Spresal.

In attesa che la CIVIT esprima un parere in merito alla interpretazione che deve essere data alla locuzione "conflitto d'interessi anche potenziale" si individuano, in via cautelare, dei criteri che possono essere tenuti presenti al momento del rilascio dell'autorizzazione e/o al conferimento dell'incarico quando trattasi di incarico proveniente da cause farmaceutiche in via diretta o tramite provider.

I criteri di cui sopra sono i seguenti:

a) l'oggetto della prestazione non deve interferire con le finalità commerciali della ditta farmaceutica e, a maggiore ragione, con il servizio o con la fornitura che la stessa effettua per conto e nell'interesse dell'ASL Cagliari e, a tal riguardo, è previsto che i committenti autocertifichino gli eventuali rapporti, indicandone la tipologia, che intrattengono con tale ASL. L'attività di formazione tramite provider è poi ammissibile, purché risulti che gli interessi commerciali e quelli pubblicitari della casa farmaceutica finanziatrice risultino totalmente avulsi dall'evento formativo interessato e che il contratto d'opera sia stipulato con il provider.

b) il dipendente deve autocertificare di non avere conflitto d'interessi tra i compiti extraistituzionali affidati e, ai sensi del D.P.R n. 62/2013 (Codice di comportamento dei dipendenti pubblici), tale dichiarazione deve riguardare anche la propria situazione personale.

I responsabili di servizio sono, comunque, tenuti a verificare e ad attestare, per quanto di propria competenza, l'insussistenza del conflitto di interessi e l'assenza di eventuali altre situazioni d'incompatibilità.

L'Assessorato dell'Igiene e Sanità della R.A.S., di recente, con la nota prot. n. 0015273 del 04-06-2013 si è occupata della materia dell'incompatibilità a proposito delle attività di formazione dello Spresal e, a tal riguardo, si evidenzia che le istanze di rilascio di autorizzazione ex art. 53 D.lgs 165/2001 devono pervenire al Servizio del Personale con l'annotazione a margine del Responsabile dello Spresal e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione di attività autorizzabile ai sensi della nota regionale sopra indicata.

Questa ASL ha adottato un Regolamento per la "Disciplina delle autorizzazioni relative agli incarichi extraistituzionali del personale dipendente della A.S.L. Cagliari, ex art.53 commi 1, 2, 6, 7, 8, 9,10,12 e 13 D.lgs 165/2001", con delibera n. 323 del 29.03.2011. Alla luce delle sopracitate recenti novità normative, l'amministrazione si impegna ad aggiornare la disciplina regolamentare entro l'anno 2015 e, tenendo conto delle direttive del PNA, in particolare con:

- a) La rivisitazione degli incarichi vietati ai dipendenti
- b) Criteri di conferimento e di autorizzazione degli incarichi extraistituzionali (art.53, comma 5)
- c) Profili di conflitto d'interesse, anche potenziali (art. 53, comma 7)
- d) Comunicazioni del dipendente in merito agli incarichi gratuiti (art. 53, comma 12) e conseguenti comunicazioni al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni
- e) Ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei conti.

## **7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage – revolving doors)**

Il D.Lgs. n. 39 del 2013, recante disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

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

In particolare, i Capi III e IV del decreto regolano le ipotesi di inconfiribilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

L'amministrazione verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui il direttore generale intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai suddetti Capi III e IV.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000, pubblicata sul sito dell'amministrazione (art. 20 d.lgs. n. 39 del 2013).

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'amministrazione si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D.Lgs.

n. 39 e sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

In un ottica di prevenzione e in ottemperanza alle disposizioni del PNA, con l'impegno a definire la problematica con una direttiva puntuale e tempestiva, si stabilisce quanto segue:

- a) negli avvisi/atti d'interpello per l'attribuzione degli incarichi devono essere inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- b) i soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

## **8. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali**

Per "incompatibilità" si intende *"l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico"* (art. 1 d.lgs. n. 39).

L'amministrazione verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D.Lgs. n. 39 del 2013, per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato:

- all'atto del conferimento dell'incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del d.lgs. n. 39 del 2013 e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni e, inoltre, vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

In ottemperanza alle disposizioni del PNA, con l'impegno a definire la problematica con una direttiva puntuale e tempestiva, si stabilisce quanto segue:

- a) negli avvisi/atti d'interpello per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- b) i soggetti interessati devono rendere la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto.

A differenza che nel caso di inconfiribilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

## **9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)**

Per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro, è stata prevista dalla L. n. 190 una limitazione della libertà negoziale del dipendente, al fine di eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. La L. n. 190 introduce un nuovo comma nell'art. 53 del D.lgs. n. 165 del 2001.

In ottemperanza alle disposizioni del PNA, ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165 del 2001, la ASL di Cagliari ha impartito le seguenti direttive interne.

1. Nota Prot. NP/2013/49045 del 20/12/2013, destinatari: Servizio Personale e Sviluppo Organizzativo, Gestione e Valutazione del Personale (SVORG):

Nei contratti di assunzione del personale deve essere riportata la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente. Inoltre, si deve proporre l'azione giudiziale per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, d.lgs. n. 165 del 2001.

2. Nota Prot. NP/2013/49053 del 20/12/2013, destinatari: Servizi Generali, Alberghieri e Logistica, Servizio Tecnico e Patrimonio, Servizio Acquisti e Dipartimento del Farmaco:

Nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, deve essere riportata la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio

successivo alla cessazione del rapporto; inoltre, deve essere disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente; infine, si deve proporre l'azione giudiziale per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 *ter*, d.lgs. n. 165 del 2001.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

## **10. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**

Una disciplina specifica è prevista per i casi di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione, disciplinati dal Codice Penale - Libro II Dei delitti in particolare - Titolo II Dei delitti contro la Pubblica Amministrazione.

Il nuovo art. 35 *bis*, inserito nell'ambito del D.lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

*“ 1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:*

- *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi,*
- *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici*

*a soggetti pubblici e privati,*

*- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

*2. La disposizione prevista al comma 1 integra le leggi e regolamenti che disciplinano la formazione di commissioni e la nomina dei relativi segretari.”.*

Inoltre, il D.lgs. n. 39 del 2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconfiribilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3).

Ai fini dell'applicazione degli artt. 35 *bis* del d.lgs. n. 165 del 2001 e dell'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013 occorre verificare la sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti, cui l'amministrazione intende conferire incarichi, nelle seguenti circostanze:

- ✓ all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- ✓ all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.lgs. n. 39/2013;
- ✓ all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 *bis* del d.lgs. n. 165 del 2001;
- ✓ all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 *bis* con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445 del 2000 (art. 20 D.Lgs. n. 39 del 2013).

In ottemperanza alle disposizioni del PNA, questa amministrazione adotta quanto prima un Regolamento aziendale sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso, in cui devono risultare, fra l'altro, i controlli sui precedenti penali e le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo, come, astenersi dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione, applicare le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, provvedere a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

Con una direttiva interna verranno fornite, dagli uffici competenti, disposizioni affinché negli avvisi/atti d'interpello per l'attribuzione degli incarichi vengano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento.

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, secondo l'art. 17 del d.lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

Se la situazione di inconfiribilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione deve effettuare la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

## **11. Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)**

L'art. 1, comma 51, della L. 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del D.lgs. n. 165 del 2001, l'art. 54 bis, rubricato *"Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti"*, il c.d. *whistleblower*. Si tratta di una disciplina che introduce una misura di tutela finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Il nuovo art. 54 bis prevede che *"1. Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.*

*2. Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato.*

*3. L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della funzione pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative nell'amministrazione nella quale le stesse sono state poste in essere.*

*4. La denuncia è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni."*

La disposizione pone tre norme:

- la tutela dell'anonimato;
- il divieto di discriminazione nei confronti del *whistleblower*;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di



necessità di disvelare l'identità del denunciante.

Per un'analisi più approfondita si rimanda all'Allegato 1 del PNA.

Questa ASL, in ottemperanza alla raccomandazione del PNA, ha valutato l'opportunità di realizzare di un sistema informatico di segnalazione al fine di:

- indirizzare la segnalazione al destinatario competente assicurando la copertura dei dati identificativi del segnalante;
- identificare il segnalante, ove necessario, da parte del destinatario competente nel caso di segnalazione non anonima. Il sistema deve consentire l'identificazione e la posizione di organigramma del segnalante (nel caso di segnalazione non anonima) solo in caso di necessità, ossia in presenza delle situazioni legali che rendono indispensabile disvelare l'identità, a soggetti autorizzati che siano in possesso delle specifiche credenziali.

La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico ha il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente e consente di "convogliare" le segnalazioni soltanto al corretto destinatario, preventivamente individuato in base alla competenza, evitando la diffusione di notizie delicate.

Le segnalazioni in particolare saranno indirizzate al Responsabile della prevenzione e all'U.P.D., che, ricevuta la segnalazione, dovranno assumere le adeguate iniziative a seconda del caso.

E' stato individuato uno strumento informatico aziendale, da realizzare a cura del Servizio dei Sistemi Informativi entro il mese di marzo 2015, per dare la possibilità a qualsiasi dipendente di poter segnalare fatti illeciti, sia in forma anonima e sia in forma non anonima. Tale strumento consiste in una pagina web dinamica pubblicata all'interno del portale intranet aziendale e raggiungibile da qualunque computer installato internamente all'Azienda.

La pagina web delle segnalazioni conterrà i seguenti campi:

- a) **SEGNALAZIONE:** campo a testo libero per digitare la segnalazione (compilazione obbligatoria)
- b) **COGNOME:** cognome del segnalante (compilazione non obbligatoria se si vuole mantenere l'anonimato)
- c) **NOME:** nome del segnalante (compilazione non obbligatoria se si vuole mantenere l'anonimato)
- d) **DATA E ORA DELL'EVENTO:** data e ora nel quale è avvenuto l'evento (compilazione non obbligatoria)
- e) **ALTRO:** Altre informazioni utili.

Tutti i dati verranno memorizzati all'interno di una base dati e archiviati nel server aziendale.

Per accedere alla base dati delle segnalazioni saranno abilitati operatori autorizzati dalla Direzione

Aziendale che, con opportune credenziali anonime, potranno prenderne visione; il sistema garantisce l'anonimato in quanto le credenziali di accesso non sono nominative.

Risulta estremamente importante rispettare gli obblighi di riservatezza a carico di tutti coloro che ricevono o vengono a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, salve le comunicazioni che per legge o in base al presente P.N.A. debbono essere effettuate; considerato che la violazione delle norme contenute nel presente Piano comporta responsabilità disciplinare, la violazione della riservatezza potrà comportare l'irrogazione di sanzioni disciplinari, salva l'eventuale responsabilità civile e penale dell'agente.

La procedura informatica di segnalazione utilizzata sarà sottoposta a revisione periodica per verificare possibili lacune o incomprensioni da parte dei dipendenti.

La tutela dei denunciatori sarà supportata anche da un'attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite. A tal fine verranno postati sul portale del sito *web* aziendale degli avvisi per informare i dipendenti sull'importanza dello strumento e sul loro diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione di azioni illecite, nonché sui risultati dell'azione cui la procedura di tutela del *whistleblower* ha condotto.

## 12. Formazione

La formazione è riconosciuta da questa amministrazione quale componente fondamentale nell'ambito della prevenzione della corruzione e già nel corso del 2013 e del 2014 sono state organizzate iniziative di formazione in house, programmate in parte per il 2015:

- oggetto del corso: "La legge anticorruzione e il D.L. Spending Review: innovazioni introdotte in tema di contratti pubblici del personale" - docente esterno - 4 edizioni (4/3/2013 – 18/03/2013 – 15/05/2013 - 27/5/2013) rivolte all'Area amministrativa con un taglio agli incarichi dirigenziali e sulla normativa concorsuale;
- oggetto del corso: "Il D.lgs. 14.03.2013 n° 33: obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" - docente esterno – 7 edizioni (30/09/2013 – 1/10/2013 – 18/11/2013 – 26/11/2013 – 13/01/2014 – 21/01/2014 – 28/01/2014) rivolte al personale amministrativo, ai responsabili di SC e SSD, ai titolari di posizione organizzativa di area amministrativa, tecnica e ai titolari di coordinamento;
- oggetto del corso: "Anticorruzione e trasparenza in sanità – PNA: contenuti e soggetti" -

Fedirsanità – edizione 29/11/2013 rivolta in particolare ai dirigenti amministrativi;

- o oggetto del corso: "Conoscere e applicare il nuovo codice nazionale di comportamento dei dipendenti pubblici: DPR 62/2013" – docente esterno – Cagliari 21/01/2014.
- o si evidenziano due iniziative di formazione in house che hanno riguardato tematiche rientranti nelle aree di rischio comuni e obbligatorie, A e B del PNA - allegato 2, e rientranti come misure di prevenzione individuate nel PTPC 2014 - 2016 nell'allegato B) - Registro delle misure di prevenzione. La prima iniziativa formativa condotta dal responsabile del servizio acquisti in due sessioni, tra i mesi di ottobre e novembre, ha riguardato un corso di formazione in materia di appalti per la componente sanitaria e amministrativa. La seconda iniziativa formativa condotta dal responsabile del servizio personale nel mese di dicembre ha riguardato un corso di formazione in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione nelle procedure di concorso e selettive.

Il Responsabile della prevenzione ha partecipato anche al:

- corso di aggiornamento "Redazione e adeguamento dei piani triennali anticorruzione e del piano della trasparenza, tenutosi a Roma il 24 e 25 ottobre 2013 e organizzato da ITA – gruppo SOI;
- corso su "Anticorruzione nella sanità pubblica", tenutosi a Sassari presso la Camera di Commercio il 15 novembre 2013 e organizzato dalla ASL di Sassari.

Per l'anno 2015 i fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione in raccordo con i dirigenti responsabili delle risorse umane e le iniziative formative vanno inserite nel Piano Triennale della Formazione (PTF) di cui all'art. 7 *bis* del D.lgs n. 165 del 2001.

Nel tenere conto degli obiettivi sulla formazione indicati nell'Allegato 1 del PNA, il PTF conterrà adeguati percorsi di aggiornamento e di formazione di livello generale e di livello specifico, con la quantificazione di ore/giornate dedicate e con il contributo che può essere dato dagli operatori interni all'amministrazione, inseriti come docenti nell'ambito di percorsi di aggiornamento e formativi *in house*.

Gli eventi formativi sono strutturati su due livelli:

- ✓ livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- ✓ livello specifico, rivolto al Responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

Ciascun dirigente propone, entro il 31 marzo del 2015 ed entro il 30 novembre di ogni anno, a valere per l'anno successivo, al Responsabile dello SVORG e al Responsabile del piano di prevenzione della corruzione, il piano annuale di formazione del proprio settore, con esclusivo riferimento alle materie inerenti le attività a rischio di corruzione individuate nel presente piano; la proposta deve contenere:

- le materie oggetto di formazione;
- i dipendenti, i funzionari, i dirigenti che svolgono attività nell'ambito delle materie sopra citate;
- il grado di informazione e di conoscenza dei dipendenti nelle materie/attività a rischio di corruzione;

Sulla base delle proposte pervenute, il Responsabile della prevenzione individua i criteri di selezione del personale da inserire nei percorsi formativi. Tali criteri devono essere motivati e pubblicati sulla intranet dell'amministrazione insieme ai nominativi selezionati.

Gli eventi formativi devono obbligatoriamente tenere conto delle necessità formative emerse nella definizione delle misure della prevenzione individuate nell'ambito della gestione del rischio.

Per l'anno 2015 sono scaturiti i seguenti fabbisogni formativi:

Unità Organizzativa	Rif.	Nome del processo	Misure di prevenzione	Resp.le	Termine per l'attuazione	Altri soggetti coinvolti
Area Amministrativa Presidi	5	Ordini su contratti in essere	Direttiva e formazione per il riscontro tra quanto consegnato dal fornitore e quanto ritirato dal magazzino, anche a campione, da parte del collaboratore amministrativo-professionale - referente per l'Area Amministrativa Presidi - di ciascun presidio ospedaliero.	Responsabile U.O.C. Area Amministrativa Presidi	entro il 30 giugno 2015	Collaboratore amministrativo-professionale - referente per l'Area Amministrativa Presidi - di ciascun presidio ospedaliero
Area Amministrativa Territoriale	1	Verifica autocertificazioni	Formazione	Responsabile SC Area Amministrativa Territoriale	31.12.2015	Responsabile SVORG
Area Amministrativa Territoriale	2a-b-c	Rimborsi per prestazioni sanitarie effettuate fuori regione (L. R. n. 26/91), per cure termali, per spese sanitarie sostenute all'estero, per modifica degli strumenti di guida (Legge 104/92)	Formazione	Responsabile SC Area Amministrativa Territoriale	31.12.2015	Responsabile SVORG
Area Amministrativa Territoriale	3	Liquidazione fatture di assistenza protesica e integrativa emesse dalle ditte fornitrici	Formazione, con coinvolgimento dei medici autorizzatori e personale addetto al controllo sulla regolare esecuzione della prestazione	Responsabile SC Area Amministrativa Territoriale	31.12.2015	Responsabile SVORG/Responsabile Assistenza Protesica
Area Amministrativa Territoriale	4	Gestione economica dei Medici convenzionati	Formazione, con coinvolgimento dei medici autorizzatori e personale addetto al controllo sulla regolare esecuzione della prestazione	Responsabile SC Area Amministrativa Territoriale	31.12.2015	Responsabile SVORG/Responsabile Cure Primarie/Dipartimento Coordinamento Distretti

Assistenza protesica	1	La prescrizione nell'assistenza protesica	Formazione specifica per i prescrittori	Dipartimento Coordinamento Distretti	Entro il 2015	Direttori Distretto - S.C. Cure Primarie
Dipartimento del Farmaco		Technology assessment	Formazione specifica per le modalità di funzionamento della commissione/unità operativa di technology assessment	Direttore del Dipartimento del Farmaco	1 evento nel corso del 2015	Responsabile SVORG
Dipartimento di coordinamento dei distretti e SC Anziani, disabili e soggetti fragili	1	Committenza sociosanitaria - assegnazione e negoziazione volumi di attività e tetti di spesa	Formazione di base alla negoziazione	Dipartimento di coordinamento dei distretti e SC Anziani, disabili e soggetti fragili	almeno 1 evento formativo 2015	Tutti i soggetti coinvolti nei processi di negoziazione e stipula di contratti (Acquisti, Tecnico, Alberghiero, Dipartimento acquisti, DSM, SERD)
Direzione Sanitaria	5	Valutazione delle anomalie delle offerte	Formazione della componente sanitaria sulla redazione del progetto tecnico (capitolato speciale) con specifico riferimento alla valorizzazione economica	Responsabile del procedimento designato dal Direttore Sanitario	1° evento entro l'anno 2015	SVORG, Primari ospedalieri, medici territoriali, Dipartimento del Farmaco, SC Acquisti, Area AMM.VA PRESIDI, Direttori di distretto
SC Acquisti	1	Oggetto dell'affidamento - Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento - Procedure negoziate - Affidamenti diretti	Formazione specifica per le modalità di rilevazione del fabbisogno in maniera standardizzata su beni/servizi non sanitari economici	Responsabile SC Servizio acquisti	1 evento nell'anno 2015	Responsabile Area Amministrativa presidi/Area amministrativa territorio
SC Acquisti	4	Valutazione delle offerte	Proposta di formazione specifica per predisposizione progetti tecnici (capitolati speciali di gara)	Responsabile SC Servizio acquisti	1 evento nell'anno 2015	gli Utilizzatori/servizi richiedenti/SVORG
SC Anziani, disabili e soggetti fragili - Direttori dei Distretti	1	Presa in carico presso il PUA	Formazione di base sulla VMD	Direttori dei Distretti	almeno 1 evento 2015	Resp. UOC Anziani, disabili e soggetti fragili
SC Tecnico e Patrimonio	1,2	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Formazione delle commissioni di gara come da Regolamento. Definizione dei criteri di rotazione dei componenti delle commissioni in caso di aggiudicazione con offerta economicamente più vantaggiosa. Autocertificazione dell'assenza di incompatibilità tra i componenti della commissione ed i concorrenti	Responsabile Servizio Tecnico e Patrimonio	2015	SC Acquisti. SC Generali Alberghieri e Logistica

Per l'avvio al lavoro e in occasione dell'inserimento dei dipendenti in nuovi settori lavorativi debbono essere programmate ed attuate forme di affiancamento, prevedendo obbligatoriamente per il personale esperto prossimo al collocamento in quiescenza un periodo di sei mesi di "tutoraggio".

Devono essere previste apposite iniziative formative sui temi dell'etica e della legalità: tali iniziative debbono coinvolgere tutti i dipendenti ed i collaboratori a vario titolo dell'amministrazione, debbono riguardare il contenuto dei Codici di comportamento e il Codice disciplinare e devono basarsi

prevalentemente sull'esame di casi concreti.

Devono essere previste iniziative di formazione specialistiche per il Responsabile della prevenzione, comprensive di tecniche di *risk management*, e per le figure a vario titolo coinvolte nel processo di prevenzione.

Il Responsabile della prevenzione deve monitorare e verificare il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia. Il monitoraggio potrà essere realizzato attraverso questionari destinati ai soggetti destinatari della formazione. Le domande riguarderanno le priorità di formazione e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

### **13. Patti d'integrità**

In attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190, entro l'anno 2014 si provvederà a predisporre e utilizzare protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse. Di conseguenza verrà inserita negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza della estromissione dalla gara, per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

### **14. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile**

Si ritiene doveroso il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto della cittadinanza per creare un dialogo con l'esterno e per implementare un rapporto di fiducia che possono portare all'emersione di fenomeni corruttivi altrimenti "silenti". Un ruolo importante in questo contesto verrà svolto dall'U.R.P., che già rappresenta come missione istituzionale la prima interfaccia con la cittadinanza, e che verrà strutturato di un nuovo canale di comunicazione dall'esterno per la segnalazione, anche in forma anonima ed in modalità informale, di episodi di cattiva amministrazione, conflitto d'interessi e corruzione.

Altro canale d'ascolto in chiave costruttiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'amministrazione e al miglioramento della strategia

di prevenzione della corruzione, vedrà coinvolto in maniera diretta il Responsabile della prevenzione, attraverso incontri diretti e attraverso la mail istituzionale di posta certificata: [amministrazione.trasparente@pec.aslcagliari.it](mailto:amministrazione.trasparente@pec.aslcagliari.it).

Entrambi i suddetti canali d'ascolto saranno pubblicizzati periodicamente nella home page del sito web aziendale.

## B - Le responsabilità

### 1. La responsabilità del responsabile della prevenzione

La legge 190/2012 attribuisce al Responsabile della prevenzione consistenti responsabilità in caso di inadempimento.

In particolare, una responsabilità dirigenziale (art.1, comma 8) per il caso di:

- a) mancata predisposizione del P.T.P.C.,
- b) mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti.

La previsione di questa responsabilità si collega ad obiettivi che devono essere inseriti nel P.P. in modo che siano oggetto di adeguata valutazione della *performance* individuale.

Una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa per il caso in cui all'interno dell'amministrazione vi sia una condanna per un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato (art. 1, comma 12). Tale responsabilità è esclusa se il Responsabile della prevenzione prova entrambe le circostanze di cui alle lettere:

- a) di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano di cui al comma 5 e di aver osservato le prescrizioni di cui ai commi 9 e 10, dell'articolo 1;
- b) di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Diversamente, l'entità della responsabilità disciplinare, a carico del responsabile della prevenzione non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi (art. 1, comma 13).

Una forma di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21, d.lgs. n. 165 del 2001 che si configura nel caso di: "ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano" (art. 1, comma 14).

Una forma di responsabilità disciplinare “per omesso controllo” (art. 1, comma 14).

Una responsabilità dirigenziale, nonché eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione per:

- a) l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente
- b) la mancata predisposizione del P.T.T.

Le suddette ipotesi sono valutate ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili (art. 46 del D.Lgs. n. 33 del 2013).

La previsione di questa responsabilità si collega ad obiettivi che devono essere inseriti nel P.P. in modo che siano oggetto di adeguata valutazione della *performance* individuale.

Tale responsabilità è esclusa se il responsabile della prevenzione prova che l'inadempimento degli obblighi summenzionati sia “*dipeso da causa a lui non imputabile*”.

## 2. La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e di contrasto alla corruzione adottate nel presente Piano devono essere rispettate da tutti i dipendenti e la violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14).

## 3. La responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte

L'art. 1, comma 33, L. n. 190 stabilisce che 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 D.Lgs. n. 198 del 2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

## C – Cronoprogramma delle attività

- ✓ Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza elabora e aggiorna il piano triennale di prevenzione della corruzione (con il programma trasparenza) e lo sottopone alla Direzione Generale per l'approvazione entro il **15 gennaio di ogni anno**.
- ✓ I dati e i documenti delle sottosezioni della sezione “Amministrazione Trasparente” devono essere completati e aggiornati dai dirigenti delle unità operative competenti secondo la tempistica





definita dall'Allegato 1).

- ✓ I dirigenti curano il monitoraggio trimestrale delle sottosezioni della sezione "Amministrazione Trasparente", per assicurare l'effettivo aggiornamento delle informazioni, ognuno per la parte di propria competenza, con la trasmissione al Responsabile della trasparenza dell'Allegato 1) aggiornato.
- ✓ L'Area Comunicazione produce un report al Responsabile della trasparenza sull'attivazione degli account e dell'effettivo utilizzo del sito per la pubblicazione, entro il **31 marzo 2015**, con i seguenti contenuti: nomi dei dirigenti responsabili, nomi dei collaboratori, data di attivazione di ogni account, data di prima pubblicazione di ogni account attivato.
- ✓ Il Responsabile per la trasparenza predispose una relazione riassuntiva, annuale, entro il **31 dicembre**, da inviare ai componenti dell'OIV i quali la utilizzeranno per la loro attività di verifica, per l'attestazione sull'assolvimento degli obiettivi di trasparenza e per segnalare inadempimenti. Tale relazione andrà pubblicata sul sito aziendale.
- ✓ In ottemperanza alle disposizioni del PNA, questa amministrazione adotta entro il **2015** un Regolamento aziendale sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso, in cui devono risultare, fra l'altro, i controlli sui precedenti penali e le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo, come, astenersi dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione, applicare le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39 del 2013, provvedere a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.
- ✓ E' stato individuato uno strumento informatico aziendale, da realizzare a cura del Servizio dei Sistemi Informativi entro il **mele di marzo 2015**, per dare la possibilità a qualsiasi dipendente di poter segnalare fatti illeciti, sia in forma anonima e sia in forma non anonima.
- ✓ Ciascun dirigente propone, entro il **31 marzo del 2015** ed entro il **30 novembre di ogni anno**, a valere per l'anno successivo, al Responsabile dello SVORG e al Responsabile del piano di prevenzione della corruzione, il piano annuale di formazione del proprio settore
- ✓ I dirigenti dei servizi preposti all'espletamento delle gare d'appalto di lavori, beni e servizi trasmettono entro il **30 novembre di ciascun anno** al Responsabile della prevenzione l'elenco dei lavori e forniture dei beni e servizi da appaltare nei successivi dodici mesi.

ASL Cagliari

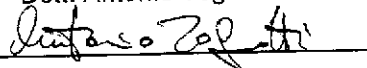
"Il presente allegato è composto da n. **49** fogli,

di n. 49 pagine

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE Area "Amministrazione Trasparente"

N. 05 DEL 28 GEN. 2015

Dott. Antonio Tognotti



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO (Dott. Sergio Salis)

IL DIRETTORE SANITARIO (Dott. Ugo Stretti)

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO (Dott.ssa Savina Ortu)

