

**Piano per la Prevenzione della Corruzione (PPC)**  
**2017 - 2019**  
**AOU Meyer**

Adottato con Deliberazione n. 39 del 31 gennaio 2017

**Indice**

1. Premessa

**PARTE I**

2 Contesto di riferimento

A. Nazionale

B. Regionale

C. Aziendale

3. Gruppo di Lavoro, compiti

4. Procedimento di predisposizione e adozione del Piano

5. Obiettivi specifici e strategici aziendali

**PARTE II**

6. Azioni e misure finalizzate alla prevenzione della corruzione

7. "Gestione del rischio" e contesto di riferimento

8. Area di intervento "adempimenti trasparenza" e PTTI 2017-2019

9. Attuazione del Codice di Comportamento: Area di intervento 3

10. Attività formative

11. Piano della Performance

12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile (Area di intervento n. 14)

13. Responsabilità

14. Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali

**Allegati:**

**Allegato 1:** Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione

**Allegato 2:** Tabelle "Control Self Risk Assessment" sulle seguenti attività a rischio:

Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)

Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)

Comodati d'uso / donazioni

Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni)

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni)

Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa)

Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni)

Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extraimpiego)

**Allegato 3:** Sezione "Amministrazione trasparente" Elenco obblighi di pubblicazione vigente e titolari della gestione del relativo flusso documentale

## 1. Premessa

In applicazione della legge 6 novembre 2012, n. 190, con cui sono state approvate le *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*, il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) 2017-2019 costituisce un aggiornamento dei Piani precedenti ed è redatto allo scopo di continuare in Azienda nello sviluppo delle azioni e delle misure di prevenzione del rischio corruzione. Il Piano contiene una apposita sezione "Trasparenza" ed un allegato nel quale sono indicati i responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013.

La stesura del presente Piano: è in linea con le recenti e rilevanti modifiche normative intervenute in materia e rispetta le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (P.N.A.), approvato con Deliberazione ANAC n. 831/2016 e le integrazioni al precedente PNA di cui alla Determina ANAC n. 12/2015.

Il Piano Triennale Anticorruzione dell'A.O.U. Meyer, è il frutto degli indirizzi normativi strategici in materia di anticorruzione, del percorso formativo svolto in azienda sull'analisi e gestione del rischio corruzione ed è stato adottato a seguito del confronto con la Direzione Aziendale in seduta del 20 ottobre 2016. I suoi contenuti, gli obiettivi ed i suoi collegamenti con il Piano della performance, dei quali si dà evidenza nei paragrafi successivi, sono stati poi illustrati ai Responsabili nella seduta del 9 dicembre e alle associazioni (quali il Comitato di partecipazione) nella Giornata della Trasparenza del 23 novembre 2016.

Il Piano Nazionale Anticorruzione continua a perseguire le seguenti finalità:

- 1) la riduzione delle opportunità che si manifestino casi di corruzione attraverso l'individuazione e l'adozione di misure di prevenzione obbligatorie previste per legge ed ulteriori rispetto a quelle indicate dalla normativa e utili per l'Azienda;
- 2) l'implementazione delle misure per favorire canali di ascolto dei cittadini e degli utenti e la scoperta di eventuali casi di corruzione, come il sito "amministrazione trasparente, il c.d. "whistleblower" e l'accesso civico.
- 3) la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione attraverso l'adozione e l'attuazione del Codice di comportamento aziendale, della Carta dei Valori, e la realizzazione e lo sviluppo di percorsi formativi in materia di anticorruzione.

Prevenzione alla **Corruzione** in un senso più ampio, intesa come lotta soprattutto alla "*maladministration*" e quindi alla "assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, aver riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non consistenti in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono attività di pubblico interesse".

Dal punto di vista aziendale il presente Piano si configura quindi come il documento fondamentale per la definizione della strategia aziendale della prevenzione della corruzione e come strumento principale al quale raccordare e coordinare, ognuno nella propria autonomia, gli altri strumenti indicati dalle recenti innovazioni normative quali il Piano della Performance (Budget 2017), il Piano della Formazione, il Codice di Comportamento e le altre misure previste o già in uso in Azienda per finalità di prevenzione dell'illegalità, come le ispezioni, i controlli di varia natura e l'esercizio della vigilanza.

## PARTE I

### 2 Contesto di riferimento

#### A. Nazionale:

La normativa sull'anticorruzione è stata oggetto di recenti modifiche che hanno coinvolto, in particolar modo, le aziende del servizio sanitario. Il legislatore è infatti intervenuto con D. Lgs. n. 97 del 25 maggio 2016 rubricato “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, apportando significative modifiche alla materia e chiedendone la piena integrazione all'interno dei PTPCT aziendali.

Inoltre con il decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 viene riordinato il Codice degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture.

#### B. Regionale:

Anche nella nostra Regione, il 2016 ha visto una rilevante riorganizzazione del sistema socio-sanitario toscano. Infatti la L.R. 84/2015 è intervenuta a parziale modifica della L.R. 40/2005 sul sistema sanitario regionale, ridisegnandone l'organizzazione per rendere il sistema più efficiente e appropriato e al fine di uniformare la sanità toscana nell'organizzazione e nelle risposte ai bisogni dei cittadini e di evitare duplicazioni e sprechi, nella piena realizzazione di economie di scala.

Il riordino è stato attuato anche attraverso la ridefinizione degli ambiti territoriali delle aziende sanitarie in contesti più ampi rispetto ai precedenti. Al centro della riforma l'accorpamento delle aziende sanitarie che dal 1 gennaio 2016, da 12 diventano 3 (Toscana Centro, Nord Ovest e Sud Est ). Nulla cambia per le 4 Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU Careggi, AOU Meyer, AOU Pisana e AOU Senese).

In un contesto dagli ambiti territoriali aziendali così ampi, articolati e complessi hanno fatto sorgere la necessità di una stretta sinergia tra le aziende ospedaliere universitarie e le aziende unità sanitarie locali, e al contempo di un coordinamento effettivo ed istituzionale tra i soggetti individuati dalla riforma regionale. In questo ambito la Regione Toscana – Settore Sanità, con Delibera della Giunta n. 1069 del 02.11.2016 al fine di promuovere e valorizzare l'integrità e valorizzare l'esperienza pluriennale dei RPC del SSR, ha istituito un **Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)**. Il gruppo dei RPC si caratterizza come organismo tecnico con specifiche funzioni in materia anticorruzione e trasparenza. E' composto dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione di cui all'art. 1, comma 7, della L. n. 190/2012 delle Aziende USL, delle Aziende Ospedaliere-Universitarie, di ESTAR, di Fondazione G. Monasterio e di ISPO. Il CRRRA si avvale ordinariamente del supporto tecnico di:

ARS, ed in particolare dell'Osservatorio per la Qualità e l'Equità;

ESTAR, ed in particolare della UOC Audit e Compliance;

CRCR, Centro di riferimento Regionale Criticità Relazionali;

nonché, per tematiche specifiche, dell'esperienza già maturata nel settore da parte degli altri organismi regionali, quali il Centro Regionale Rischio Clinico e il Formas.

In tale contesto l'A.O.U. Meyer, gioca un ruolo fondamentale in quanto, ai sensi dell'Art. 33 bis della LRT n. 40/2005, è chiamata ad assicurare la funzione di riorganizzazione e coordinamento operativo della “Rete pediatrica regionale”, nell'ambito regionale e di concerto con i direttori per la programmazione di area vasta ed i direttori generali delle aziende sanitarie.

Sempre, in ambito regionale, a supporto delle aziende sanitarie e ospedaliere toscane, ESTAR , a

seguito della Legge regionale n. 40 del 24/02/2005 e s.m.i., svolge le seguenti funzioni tecnico-amministrative:

- approvvigionamento di beni e servizi;
- gestione dei magazzini e della logistica;
- gestione delle reti informative e delle tecnologie informatiche;
- gestione del patrimonio per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni;
- organizzazione e gestione delle attività di formazione continua del personale;
- gestione delle procedure concorsuali per il reclutamento del personale;
- gestione delle procedure per il pagamento delle competenze del personale.

### C. Aziendale:

Con deliberazione n. 133 del 29 dicembre 2015 è stato adottato il nuovo Statuto aziendale che definisce l'A.O.U. Meyer un'Azienda Ospedaliero Universitaria ad alta specializzazione pediatrica la cui missione è quella di “erogare un'assistenza di alta qualità, conseguire la leadership nella ricerca pediatrica, educare la prossima generazione di leader nell'assistenza ai bambini, migliorare la salute ed il benessere dei bambini e delle loro famiglie nel contesto di comunità” e la cui missione è “un mondo in cui i bambini siano curati con amore e competenza, con profondo rispetto e con il miglior risultato possibile”.

In questo ambito e anche alla luce dei cambiamenti organizzativi dettati dall'adozione del nuovo Statuto aziendale a partire dal 01.01.2016, costituisce una priorità continuare:  
nel migliorare il processo qualitativo di analisi della propria realtà attraverso l'esame della sua nuova organizzazione, delle sue regole e delle sue prassi di funzionamento nell'ottica di possibile esposizione al fenomeno corruzione;  
nel ricostruire il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nei cui ambiti possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione; nel programma di formazione e sensibilizzazione.

Il Meyer è un'Azienda Ospedaliero - Universitaria “dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, organizzativa e contabile e si caratterizza per le attività di diagnosi, cura e riabilitazione rivolte ai piccoli pazienti sino al raggiungimento della loro maggiore età nel rispetto, comunque, del principio della continuità assistenziale”.

“Le finalità istituzionali dell'Azienda sono la cura e il benessere dei bambini e un'assistenza clinica integrata con la didattica e la ricerca scientifica. La mission aziendale è costantemente orientata e impegnata a fornire le migliori cure possibili per il trattamento e la guarigione dei piccoli pazienti che provengono dall'Italia e da altri Paesi e, a completamento e parte della cura, ad accompagnare e sostenere le famiglie in tutto il percorso assistenziale.”

“Una mission che punta sul valore delle relazioni umane ed esprime amorosa sollecitudine e senso del bene comune.” “Un bene comune alimentato dalla collaborazione delle Associazioni di Volontariato e delle Associazioni dei Genitori che, insieme al ruolo speciale della Fondazione dell'Ospedale Pediatrico Anna Meyer Onlus, costituiscono un presidio fondamentale di accoglienza e ospitalità per i bambini e le loro famiglie.” (Art. 4 Statuto Aziendale)

“La vision che l'Azienda propone e si impegna a perseguire si aggancia e trae alimento da ciò che è stata la storia e il continuo divenire dell'Ospedale, dalla sua fondazione ad oggi. Il ritorno alle origini, alle “*radici*” è funzionale al recupero e al rilancio di una propensione al futuro necessaria e assimilabile a

un organismo vivente che cresce in altezza ed estensione, che accoglie le innovazioni da un lato e richiede manutenzione dall'altro.” (Art. 5 Statuto Aziendale).

Per quanto attiene l'organizzazione, per la sua analisi, si rinvia all'allegato dello Statuto Aziendale, pubblicato sul sito web del Meyer alla Sezione “Amministrazione trasparente” – “Atti Generali”. Si da evidenza tuttavia delle recenti modifiche organizzative che hanno riguardato l'AOU Meyer e che fanno comprendere quale sia l'impatto delle stesse che hanno avuto e che stanno avendo sullo sviluppo delle misure di prevenzione della corruzione. In sintesi:

- con deliberazione del Direttore Generale n. 133 del 29.12.2015 è stato approvato il nuovo Atto Aziendale dell'A.O.U. Meyer, ai sensi dell'art. 6 del Protocollo d'intesa del 22.04.2002 fra Regione Toscana e Università degli Studi di Firenze, Siena e Pisa, con decorrenza dal 1.1.2016;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 134 del 30.12.2015 si è provveduto a definire l'organigramma complessivo dell'A.O.U. Meyer e sono state assunti i primi provvedimenti attuativi relativi al conferimento degli incarichi di direzione delle strutture Dipartimentali e/o a valenza dipartimentale, delle Aree Funzionali Omogenee, dell'Area Servizi dell'Ospedale, dell'Area delle Professioni Sanitarie e dell'Area Tecnico Amministrativa;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 140 del 30.12.2015 sono state assunte determinazioni attuative del nuovo Atto aziendale in merito alla conferma/riassetto delle strutture organizzative complesse e semplici;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 2.12.2016 si è provveduto ad approvare la sistematizzazione della organizzazione aziendale, dopo un primo percorso attuativo dello Statuto Aziendale;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 543 del 29.12.2016 sono state assunte determinazioni volte al conferimento degli incarichi delle Strutture Complesse dell'Area Tecnico Amministrativa, così come rimodulare a seguito delle azioni di attualizzazione dell'organizzazione aziendale;

In relazione alla evoluzione organizzativa richiamata si rinvia, per gli opportuni approfondimenti sulle singole strutture organizzative, sui ruoli e sulle responsabilità interne, alle pubblicazioni dei relativi atti sugli organigrammi, di cui si da evidenza sul sito del Meyer nelle sezioni specifiche di “amministrazione trasparente”. Si ritiene utile evidenziare che il presente Piano risente fortemente del processo di riorganizzazione in atto di cui agli ai provvedimenti precedentemente citati e che coinvolgerà nei prossimi mesi in particolare le strutture organizzative, i livelli di responsabilità e le relative funzioni. A tal proposito la Direzione ha indicato come azioni prioritarie la formalizzazione dei poteri autorizzativi e di delega. Azioni che impatteranno inevitabilmente sulle responsabilità e sulle modalità di attuazione delle misure indicate.

In questa sede e per le finalità della prevenzione della corruzione si ritiene fondamentale evidenziare l'investimento “valoriale e culturale” realizzato al Meyer nel 2015 e indicato nel nuovo Statuto: la dimensione “etica” assume un ruolo centrale per l'attuazione dei principi di legalità e trasparenza dell'azione pubblica, divenendo uno dei valori cardine dell'organizzazione, alla quale ciascun operatore, nell'esercizio delle proprie funzioni, deve ispirarsi.

È partendo da questo valore centrale che l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Meyer, attraverso un percorso partecipato dei suoi operatori nel 2015, in occasione del corso formativo sul codice di comportamento, ha individuato un insieme di valori condivisi divenuti la bussola per l'individuazione e l'attuazione delle azioni e degli obiettivi da intraprendere, indipendentemente dagli obiettivi specifici di ciascuna struttura o singolo professionista. Tra i valori individuati dallo Statuto, qui si evidenziano solo i seguenti (*La Carta dei valori completa, è pubblicata sul sito web del Meyer sezione “Amministrazione*

*trasparente” – “Atti Generali”):*

“ - *tutela del bene comune*: la sensibilizzazione degli operatori all'uso responsabile e corretto del tempo e delle risorse disponibili costituisce valore fondamentale assieme al perseguimento dell'appropriatezza nell'approccio assistenziale. Il concetto di salute, intesa quale bene comune, da un lato esprime la necessità del mantenimento delle risorse da preservare, dall'altro, e soprattutto, richiede il coinvolgimento competente di tutti gli attori coinvolti, inclusi i piccoli pazienti, le loro famiglie e la Comunità tutta;

- *fiducia e trasparenza*: centrale è il perseguimento della trasparenza, non solo nel suo versante più visibile di pubblicazione e condivisione di atti e documenti, da cui si evince l'operato del management, ma anche come cultura organizzativa, che contribuisce a porre le basi per un autentico sentimento di fiducia che accomuni tutti gli attori coinvolti nel processo di cura;

- *ascolto e apertura*: la realizzazione di tali valori consente di creare una reale personalizzazione delle cure basata sulla conoscenza della peculiarità dei piccoli pazienti e delle loro famiglie, un'integrazione autentica tra funzioni aziendali, ma anche tra l'Ospedale ed il territorio; l'ascolto e l'apertura debbono essere garantite intercettando un delicato e dinamico equilibrio tra la tutela della privacy e della fragilità ed il mantenimento di un costante dialogo con l'esterno, in termini spaziali, culturali e di confronto dialettico”.

### **3. Gruppo per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza: funzioni e compiti.**

Per meglio realizzare gli obiettivi sovracitati, descritti anche nei paragrafi che seguono, l'Azienda Meyer ha individuato, con la medesima Delibera di nomina del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione per l'anno 2016, un Gruppo di lavoro per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, coordinato dallo stesso Responsabile. Il Gruppo confermato per il triennio 2017- 2019, è costituito dalle seguenti figure professionali:

Dott.ssa Carla Bini, Coordinatore Area Tecnico Amministrativa e Responsabile SOC Amministrazione Legale e del Personale;

Dott.ssa Maria Concetta Lucania – Responsabile SOC Affari Generali e Sviluppo;

Dott. Giorgio Nencioni – Direttore S.O.C. Supporto Amministrativo al funzionamento dell'ospedale;

Ing. Giovanni Grazi - Direttore SOC Pianificazione Investimenti e Area Tecnica;

Dr. Francesco Puggelli – Dirigente medico, Direzione Sanitaria;

Dott.ssa Daniela Ammazzini – Dirigente sanitario della “Direzione delle Professioni Sanitarie”;

Dott.ssa Linda Luzzi – Supporto al gruppo, con funzioni di segreteria.

Integrato per specifiche funzioni dalle seguenti figure professionali:

Dott. Francesco Taiti – Responsabile SOS “Risorse economiche e finanziarie”;

Dott.ssa Donatella Accolla – Responsabile P.O. “Giuridico del Personale”;

Ing. Giacomo Gai – Project Manager ICT;

Dott. Alberto Ferraioli - Responsabile Aziendale per la Tutela della Privacy;

Dott.ssa Daniela Papini - Responsabile “Ufficio Comunicazione”;

Dr. De Masi Salvatore - Responsabile “Ufficio Ricerca”;

Dr. Luigi Sirianni - Staff Direzione Sanitaria - Responsabile SOSA “Controllo Direzionale”;

Dott.ssa Cassandra D'Agostino - Responsabile Formazione Continua ECM.

Il Gruppo di riferimento potrà avvalersi di Referenti dei diversi settori di attività, con particolare riferimento alla mappatura di processi rilevanti e complessi ed esposti a rischio corruzione.

Relativamente ai compiti, si conferma quindi quanto contenuto nel Piano 2013-2016. In particolare si

richiamano quelli di:

- Determinare per ciascuna area di rischio, le esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l'indicazione delle modalità, dei responsabili, dei tempi di attuazione e degli indicatori. Le misure riguardano quelle obbligatorie, già individuate dalla norma, e quelle ulteriori individuate dal gruppo di lavoro;
- Individuare misure trasversali (trasparenza, informatizzazione dei processi, accesso telematico a documenti e procedimenti ed il loro riutilizzo, il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali);
- Individuare, per ciascuna misura, il responsabile, le risorse, i tempi e modi di attuazione, avendo cura degli obiettivi in comune sia al ciclo della performance (organizzativa ed individuale) e ai contenuti della sua Relazione, che al Piano Anticorruzione e Trasparenza che alla Relazione sulla performance e il Sistema di misurazione e valutazione;
- Individuare se necessario, per area di intervento, un referente per il coordinamento delle attività legate all'obiettivo, il quale si raccorderà con il Responsabile dell'area di intervento e avrà il compito di organizzare gli specifici incontri e rendicontare le attività;
- Individuare forme di consultazione per la elaborazione e/o di verifica e di aggiornamento annuale del PTPC;
- Definire forme di monitoraggio dell'implementazione e sistema di reportistica sull'andamento dei lavori;
- Definire, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, gli strumenti per rendere operativa la metodologia suggerita dal P.N.A. in merito alla "gestione del rischio" ed applicarla ai procedimenti amministrativi di cui all'Allegato 3. La Metodologia proposta dal P.N.A. prevede l'identificazione, la quantificazione e la valutazione del rischio per ciascun processo mappato; la individuazione di particolari strumenti operativi (catalogo dei processi aziendali; ponderazione del rischio in termini di impatto economico, organizzativo, reputazionale; registro dei rischi); l'individuazione delle misure per il trattamento del rischio e le priorità per neutralizzarlo.

#### *Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RSA)*

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA), istituita ai sensi dell'art. 33 ter del D.L. n. 179/2012, convertito con L. n. 221/2012, l'Azienda si è attivata per l'individuazione del RSA ma stante l'attuale riorganizzazione aziendale, oggetto di Delibera del D.G. n. 543/2016, l'A.O.U. Meyer si riserva di indicarne il nominativo, in un momento immediatamente successivo alla prossima definizione del nuovo assetto aziendale.

#### **4. Procedimento di predisposizione e adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza.**

Il nuovo Piano (PTPCT) 2017-2019 presenta un livello di partecipazione e condivisione degli uffici individuati più incisivo rispetto ai precedenti ed è volto principalmente alla migliore qualità del processo di gestione del rischio. Sono stati coinvolti i Responsabili ed i Referenti specificatamente individuati, grazie ad un percorso formativo iniziato a giugno 2016 e terminato a novembre 2016 che ha approfondito tutti i temi della nuova normativa di riferimento: dagli adempimenti relativi alla Trasparenza, alla responsabilità connessa agli stessi, dall'analisi e gestione del rischio corruzione alla definizione delle relative azioni.

Il Piano 2017-2019 pertanto è il frutto di un processo che ha visto coinvolti non solo i diretti

responsabili di ciascun processo di rischio individuato *ex lege* dalla norma nazionale, ma anche i rappresentanti degli organi di indirizzo e di controllo, interessati sia nelle definizioni delle misure e del loro contenuto. Nell'incontro del 20 ottobre 2016 sono stati condivisi con la Direzione i risultati del processo di mappatura e valutazione del rischio e sono state acquisite dalla Stessa le indicazioni con le quali si sono svolti gli incontri con i responsabili (9 novembre 2016) per dare attuazione anche in termini di priorità alle diverse misure di prevenzione del rischio.

I risultati di tale processo sono stati poi presentati il 23 novembre 2016 in una sessione specifica nell'ambito della Giornata della Trasparenza ed illustrati sia agli attori esterni (Associazioni di volontariato e delle famiglie riunite nel Comitato di partecipazione aziendale) che agli attori interni tra cui l'Organismo Indipendente di Valutazione Aziendale (OIV). I risultati e le azioni di cui sopra sono contenuti nell'apposito allegato di analisi e mappatura del rischio, che segue.

## **5. Obiettivi strategici e specifici aziendali.**

Gli obiettivi del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) nel periodo 2017-2019 continuano a muoversi nelle seguenti direzioni:

Effettuare le opportune valutazioni del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione;

Indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione ed attuarli;

Programmare interventi formativi e di sensibilizzazione sui temi della prevenzione della corruzione e dell'etica.

Dell'analisi sullo stato dell'arte relativo al processo di attuazione normativo sul tema e sugli obiettivi annuali conseguiti, si dà evidenza nella relazione sull'attività 2016 del Responsabile per la prevenzione della corruzione, pubblicata sul sito web del Meyer nell'apposita sezione di "Amministrazione Trasparente".

Lo sviluppo del processo di programmazione e gli obiettivi specifici per il 2017, che tengono conto del nuovo assetto organizzativo, dalla situazione operativa ad oggi raggiunta e delle risorse disponibili, è sinteticamente e specificatamente rappresentato nei paragrafi successivi e nei seguenti allegati:

**Allegato 1:** Schede riassuntive "Aree di intervento comuni e obbligatorie per tutti gli enti della pubblica amministrazione";

**Allegato 2:** Tabelle "Control Self Risk Assessment" sulle seguenti attività a rischio:

Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);

Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto)

Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extraimpiego);

Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni);

Comodati d'uso / donazioni;

Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni);

Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa);

Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni);

Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero;

**Allegato 3:** Sezione "Amministrazione Trasparente" - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti dal 23 dicembre 2016.



Nell'incontro del 20 di ottobre 2016 alla presenza del Direttore Generale, Direttore Amministrativo ed Direttore Sanitario, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ha illustrato i risultati delle attività di mappatura e analisi dei processi a rischio corruzione, emersi dal percorso formativo, al fine di:

presentare le principali risultanze del percorso;

condividere le azioni ed i presidi di controllo proposti per la prevenzione della corruzione al fine di assicurare la coerenza e l'integrazione con gli obiettivi e l'evoluzione dell'organizzazione e più in generale con gli atti di programmazione.

Dalla discussione, tenendo conto delle indicazioni fornite anche da ANAC nell'approfondimento del P.N.A. dedicato alla Sanità, ed in continuità con le azioni svolte negli anni precedenti e delle evidenze emerse, la Direzione ha indicato, in relazione alle aree analizzate, le priorità di intervento per il 2017 qui di seguito sintetizzate:

in modo trasversale, formalizzare le deleghe dei dirigenti e delle posizioni organizzative alla luce dei processi di riorganizzazione in atto;

per l'area acquisti: formalizzare le fasi del ciclo degli approvvigionamenti, con particolare riferimento alle regole interne per la gestione dei tempi di risposta della stazione appaltante regionale "ESTAR" in riferimento a quelle procedure urgenti di acquisto di beni e servizi;

per l'area risorse umane: migliorare la procedura aziendale sulle sponsorizzazioni legate alla formazione;

per l'area specifica ad impatto sanitario - Ricerca e Sponsorizzazione: formalizzare regole per la ripartizione dei proventi.

La Direzione, per le altre evidenze emerse, ha ricondotto all'autonomia delle strutture e dei responsabili la decisione di definire i tempi e i modi di attuazione delle azioni risultanti dall'analisi e dalla valutazione del rischio, fermo restando gli impatti delle nuove formalizzazioni dei poteri autorizzativi e di delega alle strutture tecnico-amministrative.

A seguito delle direttive aziendali sopra esposte, dal 9 novembre 2017 e fino al 19 gennaio 2018 sono stati organizzati degli incontri con i responsabili ed i referenti al fine di programmare l'attività inerente agli adempimenti sulla trasparenza e gli obiettivi di "gestione del rischio corruzione" nonché il conseguente monitoraggio sulle predette attività, con particolare riferimento al 2017.

Nel corso di questi incontri, in aggiunta a quanto emerso nella Giornata della Trasparenza, si è data evidenza, anche agli stakeholder esterni, del collegamento e coordinamento degli obiettivi del presente Piano con quelli del budget aziendale 2017, del sistema di misurazione e valutazione, secondo gli accordi sindacali aziendali in essere e del sistema delle responsabilità gestionali e disciplinari.

Gli impegni presi, le azioni e le misure negoziate in questo processo di coinvolgimento dei soggetti interni sono rappresentate negli Allegati 2 e 3.

## PARTE II

*Nelle sezioni che seguono verranno indicate alcune aree di intervento, che presentano particolari attenzioni in fase di pianificazione o attuazione per il 2017. Si rinvia alle Schede Allegato 1 per quanto riguarda le altre azioni e misure obbligatorie da sviluppare nel triennio e qui non indicate.*

## 6. Azioni e misure obbligatorie e comuni finalizzate alla prevenzione della corruzione

Le aree di intervento obbligatorie e comuni per gli enti della P.A., che il P.N.A e la normativa di settore prevedono, sono così indicate: adozione del P.P.C; adempimenti di trasparenza; codice di comportamento specifico; 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 prevalenti; incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazione agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la p.a.; disciplina specifica in materia di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro; disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito; formazione in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione.

In **Allegato 1** sono rappresentate, attraverso schede riassuntive, le aree di intervento per ogni azione obbligatoria e comune precedentemente indicata. Ogni scheda, che costituisce la base per la pianificazione delle azioni e delle misure da coordinare in modo strutturato è articolata nel seguente modo:

Area di intervento: sono indicate le aree di rischio obbligatorie (art. 1, comma 16, l. n. 190 del 2012) comuni a tutte le pp.aa..

Riferimento normativo: sono indicate le norme e gli articoli specifici

Obiettivo: viene descritto l'obiettivo a cui devono tendere le azioni e le misure

Soggetti competenti all'adozione delle misure: sono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità

Azioni e misure: sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla l. n. 190 del 2012, dalle altre prescrizioni di legge e dal P.N.A. Le misure saranno valutate attraverso indicatori di risultato che devono trovare un collegamento con il ciclo della performance

Tempi e modalità del realizzazione: sono indicati i tempi e le modalità di realizzazione per l'implementazione e il miglioramento degli interventi.

Ai fini del presente Piano le schede riassuntive di cui trattasi rappresentano un promemoria ed un punto di riferimento operativo per lo sviluppo del **ruolo del RPC in Azienda**. Promemoria che ha un forte valore di riferimento propulsivo per attivare momenti di coinvolgimento e di interlocuzione con le strutture ed i responsabili interessati sugli obiettivi obbligatori richiesti dalla normativa e al tempo stesso momenti di monitoraggio per le azioni da sviluppare nel triennio in termini di programmazione, impulso e coordinamento.

## 7. “Gestione del rischio corruzione” e contesto di riferimento. Area di intervento 1

Nel 2016 è stato attivato un percorso formativo sull'analisi e mappatura dei processi ai rischi corruzione. Da giugno a novembre 2016 si è proceduto ad un'attività di formazione specifica sulla mappatura di determinate aree a rischio e relative azioni di monitoraggio e controllo al fine di:

accrescere la consapevolezza e la partecipazione di tutti gli attori (Organi di vertice, i Direttori, i Responsabili, gli Operatori) al processo di integrazione, implementazione e miglioramento del sistema di controllo per la prevenzione della corruzione;

analizzare il contesto nel quale il Meyer opera e al contempo procedere all'aggiornamento e all'integrazione della mappatura e all'individuazione delle aree di rischio generali e specifiche e sulle misure, obbligatorie e ulteriori, per la prevenzione del rischio della corruzione, coordinando la

definizione delle stesse con gli obiettivi aziendali.

In continuità con le azioni svolte degli anni precedenti, le attività sono state focalizzate sulle seguenti aree di intervento:

- Aree di rischio generali (Acquisti e Lavori; Risorse umane);
- Aree di rischio specifiche ad impatto sanitario (LPI, Liste d'attesa, Convenzioni, Gestione salme, Ricerca e sperimentazioni, Sponsorizzazioni).

Per lo svolgimento delle attività sono stati organizzati tre Focus Group rispettivamente per le aree: Acquisti e Lavori, Risorse Umane, Aree/Processi ad impatto sanitario.

Gli esiti delle attività di approfondimento sono stati condivisi con la Direzione, il Gruppo di lavoro ed i Responsabili delle aree a rischio monitorate. Questo al fine di ottenere risultati partecipati, di aggiornare il Piano di Prevenzione della Corruzione con misure concrete, sostenibili e verificabili; di garantire la sostenibilità organizzativa della strategia di prevenzione della corruzione attraverso l'integrazione con gli obiettivi e l'evoluzione dell'organizzazione e più in generale con gli atti di programmazione (in particolare con il ciclo di gestione della performance e i controlli interni).

Utilizzando la metodologia di gestione del rischio suggerita dal primo P.N.A, integrata con le nuove indicazioni ANAC, le attività a rischio trattate sono state rappresentate in **Allegato 2** Tabelle di "Control Self Risk Assessment" e così riassunte:

*Area acquisti beni e servizi (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto);*

*Area acquisti lavori (selezione e valutazione fornitori, negoziazione e definizione del contratto, esecuzione del contratto), Gestione delle Risorse Umane (selezione, incarichi e nomine, conferimento di incarichi di collaborazione e consulenza, formazione sponsorizzata, gestione missioni, incarichi extraimpiego);*

*Ricerca e sponsorizzazioni (sperimentazioni cliniche, negoziazione stipulazione ed esecuzione delle convenzioni);*

*Comodati d'uso / donazioni;*

*Comodati d'uso / donazioni (Ricerca e sponsorizzazioni);*

*Liste di attesa (governo e gestione dei tempi e delle liste di attesa);*

*Attività libero professionale intramuraria (autorizzazione, esecuzioni, convenzioni),*

*Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.*

Per il triennio 2017 – 2019 in una logica di miglioramento continuo, graduale e coerente, le principali azioni da implementare - tenuto conto delle esigenze aziendali legate all'evoluzione organizzativa che sta interessando il Meyer e degli aggiornamenti normativi, ed in accordo con le indicazioni strategiche della Direzione - sono di seguito sintetizzate:

Entro il 2017, dovrà realizzarsi una maggiore formalizzazione di ruoli e responsabilità tra Direzione e aree tecnico amministrative e di staff attraverso la ridefinizione del sistema delle deleghe, anche alla luce delle nuove modulazioni organizzative conseguenti all'adozione del nuovo Statuto aziendale, in vigore dal 1/1/2016. Attività che vedrà la responsabilità in capo alla Direzione;

Entro il 2017, formalizzazione delle prassi consolidate, all'interno dell'area tecnico amministrativa, attraverso l'individuazione di ruoli, responsabilità, modalità operative e controlli. Attività che vedrà la responsabilità divisa tra i diversi settori coinvolti.

Sviluppo ed implementazione nel triennio di sistemi informativi per garantire anche maggiore tracciabilità e garanzia dell'archiviazione. Sviluppo di software adeguato e sua implementazione operativa con il contributo dell'Ufficio Smart Technology Hospital.

In questo quadro lo sviluppo delle attività di settore nel triennio dovrà essere orientato a realizzare un sistema dei controlli interni, con particolare priorità ad attività che necessitano di monitoraggio o verifiche (ad esempio le verifiche sulle dichiarazioni) e ad alcune attività mappate nel 2016.

Tenuto conto inoltre delle indicazioni ANAC e delle esigenze emerse nel corso degli incontri con i Responsabili delle aree a rischio nel corso di formazione, obiettivi di rilievo per il 2017 sono, ad esempio, la formalizzazione e pubblicazione dei criteri delle liste di attesa, le regole per la ripartizione dei proventi della ricerca, una maggiore esplicitazione delle motivazioni in alcuni processi decisionali.

Un ulteriore sviluppo per il 2017, da proporre ed approfondire in Direzione, è l'attivazione anche per le attività sanitarie tipiche (ambulatoriali, di ricovero e chirurgiche), utilizzando la medesima metodologia di mappatura e gestione del rischio corruzione, collaudata nell'analogo percorso formativo e partecipato attivato per l'area tecnico-amministrativo.

Per ulteriori indicazioni sulle azioni e misure richieste dalla normativa si rinvia all'Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 1 “ Piano Triennale Prevenzione Corruzione 2017 – 2019”. Mentre per quanto riguarda le azioni pianificate, le modalità di attuazione i tempi ed i responsabile dell'azione si invia all'*Allegato 2: Tabelle “Control Self Risk Assessment” sulle specifiche attività a rischio.*

Gli obiettivi specifici organizzativi ed individuali indicati in Allegato 2 fanno parte degli obiettivi di budget 2017 e che saranno misurati e valutati sulla base degli accordi sindacali in essere per l'erogazione del salario di risultato 2017 e dei processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo quali il Collegio Sindacale e **l'Organismo indipendente di valutazione**. Quest'ultimo ha inoltre il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi di budget e attuazione delle misure di prevenzione assegnate alle strutture ed ai responsabili.

## **8. Area di intervento. Sezione “adempimenti trasparenza” Area di intervento 2.**

La trasparenza e tutti gli adempimenti ad essa connessi, diventano, con il nuovo assetto normativo, uno degli strumenti più efficaci per la prevenzione della corruzione. Si fonda su obblighi di pubblicazione previsti dalla legge (D.Lgs. n. 33/2013, modificata dal D. lgs 97/2016) e su “dati ulteriori” autonomamente decisi dall'Azienda in coerenza con la propria missione e con gli obiettivi anticorruzione, comunque nel rispetto delle tutele legate alla privacy. Trasparenza intesa quindi come accessibilità, partecipazione e controllo dei cittadini sul corretto utilizzo delle risorse pubbliche per le finalità istituzionali di competenza.

Al quadro normativo in materia di trasparenza, il d.lgs n. 97/2016, come accennato precedentemente, ha apportato rilevanti innovazioni. La nuova disciplina unifica, ed esempio, in un solo strumento il PTPC e il Programma triennale della trasparenza e dell'integrità. Le principali novità riguardano invece il diritto di accesso civico generalizzato (Sul sito è pubblicato il modulo per l'*Accesso civico e le indicazioni operative e modello di richiesta di accesso ai sensi dell'art. 5 del d.lgs. n. 33/2013*) e l'estensione degli obblighi di pubblicazione per i titolari di incarichi dirigenziali di struttura alle situazioni reddituali e patrimoniali, di cui agli artt. 14 e 41 del D.Lgs. n. 33/2013. Di entrambi gli adempimenti si dà evidenza delle misure attivate in Azienda nella relazione annuale 2016 del RPC pubblicata sul sito aziendale.

Gli adempimenti della trasparenza, quale assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa, costituiscono livello essenziale delle

prestazioni amministrative concernenti i diritti sociali e civili dei cittadini.

I dati sono pubblicati sul sito web Meyer “amministrazione trasparente”. La pubblicazione sul sito Meyer, deve avvenire secondo criteri di completezza, aggiornamento e qualità del dato.

In questo quadro particolare attenzione è rivolta dall’Azienda all’adeguamento della sezione web del Meyer, all’interno della quale trova visibilità la sezione “Amministrazione Trasparente” e la possibilità di monitorare le pubblicazioni effettuate, gli aggiornamenti, gli accessi dei cittadini, le segnalazioni e gli indici di gradimento.

Per ulteriori indicazioni sugli obiettivi e sulle azioni si rinvia all’Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 2 “adempimenti trasparenza”. Mentre per quanto riguarda le responsabilità della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati **Allegato 3: Sezione “Amministrazione Trasparente” - Elenco degli obblighi di pubblicazione vigenti dal 23 dicembre 2016** che individua le strutture ed i nominativi a cui sono assegnati gli obiettivi organizzativi ed individuali.

Azioni che costituiscono obiettivi di budget 2017 e che saranno misurati e valutati sulla base degli accordi sindacali in essere per l’erogazione del salario di risultato 2017 e dei processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo quali il Collegio Sindacale e **l’Organismo indipendente di valutazione**. Quest’ultimo, come già indicato nella sezione precedente, ha il compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi di budget e attuazione delle misure di prevenzione assegnate alle strutture ed ai responsabili.

## **9. Attuazione del Codice di Comportamento: Area di intervento 3**

L’Azienda, ai sensi dell’art. 54 del D.Lgs n. 165/2001 e s.m.i., ha definito, con procedura aperta e previo parere obbligatorio dell’OIV, un proprio codice di comportamento sulla base di criteri e linee guida definiti dalla CIVIT. Codice Aziendale adottato con Deliberazione n. 335 del 31/12/2013 e che ha integrato il Codice Generale con regole comportamentali specifiche per l’Azienda, la cui inosservanza è sanzionata al pari del Codice Generale di cui al D.P.R. 62/2013.

Per gli obiettivi e le azioni specifiche si rinvia all’Allegato 1: Area di intervento obbligatorio comune n. 3 “Codice di comportamento”.

Nel 2017 continuerà il percorso formativo sul Codice e la Carta dei Valori dell’operatore con particolare riferimento ai neoassunti. Particolare attenzione verrà posta nel corso dell’attività formativa a definire una nuova proposta di codice di comportamento aziendale che tenga conto delle “Linee guida per l’adozione dei Codici di Comportamento negli enti del SSN” redatte da AGENAS, in collaborazione con il Ministero della Salute e ANAC, il 20 settembre 2016. Obiettivo che sarà meglio contestualizzato in un percorso partecipato sulle proprie specificità, partendo dalla portata generale della norma.

Per il 2017 l’attività specifica consisterà nel continuare a monitorare ed analizzare le dichiarazioni di interesse pervenute in attuazione del codice di comportamento e sollecitare chi non ha ancora adempiuto.

## **10. Attività formative. Area di intervento 12**

La formazione riveste un’importanza cruciale per raggiungere gli obiettivi della prevenzione della corruzione. In questo quadro le azioni di cui all’Allegato 1, Area di intervento obbligatorio comune n. 12 “Formazione”, avente l’obiettivo di “programmare adeguati percorsi formativi, anche in ambito di area vasta, strutturati su due livelli: 1) livello generale rivolto a tutti i dipendenti sui temi dell’etica e dell’integrità; 2) livello specifico rivolto ai responsabili della prevenzione ed ai dirigenti e funzionari

addetti che svolgono attività nelle aree a rischio”.

Gli obiettivi sono coordinati e collegati al Piano Aziendale della Formazione per il 2017. L'attività formativa annuale viene meglio specificata nell'ambito del Programma Annuale della Formazione (PAF 2017) al quale si rinvia per i dettagli (destinatari, contenuti, ore, ecc). Si rinvia inoltre alla scheda specifica allegata al presente Piano (Allegato 1 – Area di intervento 12).

Al fine di continuare nel miglioramento del processo di gestione del rischio corruzione, brevemente si dà indicazione della programmazione formativa 2017 che prevede prioritariamente due interventi:

la predisposizione di un evento formativo rivolto ai responsabili delle aree a rischio corruzione per le aree sanitarie tipiche (ambulatoriali, di degenza e chirurgiche) e relativo alla analisi del contesto, mappatura dei processi, valutazione e trattamento del rischio. Attivazione condizionata alla discussione approfondimento e decisione della Direzione  
l'erogazione del corso formativo sul codice di comportamento anche alla luce delle nuove linee guida AGENAS.

Il **Coordinamento Regionale dei Responsabili Anticorruzione (C.R.R.A.)**, istituito in ambito sanitario con Delibera della Giunta n. 1069 del 02.11.2016, nell'incontro del 16 gennaio 2017 ha ritenuto di costituire un gruppo di lavoro specifico coordinato dal FORMAS (Agenzia per la formazione regionale sanitaria), con l'obiettivo di organizzare un corso FAD (Formazione a Distanza) rivolto a tutti gli operatori del SSR ed un ulteriore corso in aula specifico per i Responsabili Anticorruzione con particolare riguardo alla mappatura e alla gestione del rischio corruzione rientranti tra gli obiectti di performance e di internal auditing.

## 11. Piano della Performance

Per l'PAOU Meyer, in considerazione degli strumenti previsti dalla normativa regionale toscana per la programmazione economica finanziaria e gestionale, il Piano della Performance è individuato nei seguenti documenti:

Linee guida stesura budget annuale

Budget annuale

Bilancio di previsione annuale e pluriennale.

Per il 2017, a seguito del percorso formativo che ha coinvolto gli attori interni del sistema e gli attori esterni nella Giornata della Trasparenza del 23 novembre 2016 e del contestuale approfondimento delle nuove indicazioni normative, è possibile meglio collegare gli obiettivi del presente Piano con gli obiettivi di budget annuale.

Come già evidenziato in altre sezioni, prioritariamente per il 2017 con il presente Piano si assegnano gli obiettivi legati agli obblighi di pubblicazione su “amministrazione trasparente” e gli obiettivi/azioni legati alla “gestione del rischio corruzione” per le aree tecniche-amministrative e di staff coinvolte nel processo di analisi del contesto interno, di mappatura, di valutazione e trattamento del rischio.

Ai fini della misurazione e valutazione dei risultati si farà riferimento agli accordi sindacali sul salario di risultato 2017 e sui processi di valutazione e certificazione degli organi di controllo in uso in azienda che vedrà coinvolti il Collegio Sindacale e **l'Organismo indipendente di valutazione**. Quest'ultimo con il compito specifico di verificare la coerenza tra gli obiettivi di budget e attuazione

delle misure di prevenzione assegnate alle strutture ed ai responsabili.

## **12. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile (Area di intervento n. 14)**

Al fine di determinare l'esistenza di fatti di cattiva amministrazione e di fenomeni di corruzione, particolarmente importante è il coinvolgimento dell'utenza e l'ascolto del cittadino.

Tale area di intervento è in linea con la visione aziendale ed infatti particolare attenzione è dedicata nello Statuto Aziendale e alla partecipazione dei cittadini e delle Associazioni dei genitori.

“L'Azienda riconosce, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi, la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute. A tal fine assicura la partecipazione alle fasi di programmazione delle attività, valutazione della qualità dei servizi e tutela dei diritti degli utenti quali singoli fruitori dei servizi o delle associazioni che a qualunque titolo rappresentano le collettività servite. Un ruolo particolare viene dall'Azienda riconosciuto alle Associazioni dei genitori con le quali condividere azioni di miglioramento della qualità dei servizi erogati e riconosce la costituzione di un loro coordinamento, teso a potenziare le sinergie e le risorse disponibili” (*fonte: Atto Aziendale Meyer*).

Le azioni da sviluppare per il 2017, previa condivisione con la Direzione, saranno volte alla realizzazione alla fine di novembre della seconda “Giornata della Trasparenza”. Giornata volta a sensibilizzare e sviluppare il “dialogo” già esistente con gli attori esterni e presentare i risultati 2017 e gli obiettivi futuri sulle tematiche oggetto del presente Piano.

## **13. Responsabilità.**

Riassumendo quanto previsto dalla normativa, sono identificabili 4 livelli di responsabilità:

### a) La responsabilità del Direttore Generale

Sono previste le nuove sanzioni di cui all'art. 19, co. 5, lett. b) del d.l. 90/2014 in caso di mancata «adozione dei Piani di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento». Al riguardo si rinvia al «Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento» del 9 settembre 2014, in cui sono identificate le fattispecie relative alla “omessa adozione” del PTPC, del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità (PTTI) o dei Codici di comportamento, a cui equivale la mancanza di elementi minimi.

### b) La responsabilità del Responsabile per la prevenzione della corruzione trasparenza ed integrità

Tale responsabilità è prevista per il caso di mancata predisposizione del Piano e di mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti. Nel caso in cui all'interno dell'Azienda vi sia una condanna per un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato è prevista una responsabilità dirigenziale, disciplinare ed amministrativa, oltre che per il danno erariale ed all'immagine salvo che il Responsabile provi di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza. È esclusa la responsabilità ove l'inadempimento degli obblighi, sia “dipeso da causa a lui non imputabile”.

### c) La responsabilità dei dirigenti

L'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 stabilisce inoltre che la mancata o incompleta pubblicazione da parte dell'Azienda delle informazioni di cui al comma 31 va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del D.Lgs n. 165/2001 ed eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti

obbligatori sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del relativo servizio.

Il Decreto 97/2016 prevede inoltre specifiche ipotesi di responsabilità dirigenziale nei casi in cui siano violate le norme sulla trasparenza richiamate e, nello specifico, quelle attinenti all'accesso civico e agli obblighi di pubblicazione, stabilendo che:

- il differimento e la limitazione dell'accesso civico sono idonei a dar luogo a responsabilità dirigenziale e responsabilità per danno all'immagine della PA;
- il potere di irrogare le relative sanzioni spetta all'ANAC e non più alla autorità amministrativa competente in base a quanto previsto dalla legge 689/1981;
- costituisce ipotesi di responsabilità in capo al dirigente la mancata effettuazione della comunicazione relativa agli emolumenti a carico della finanza pubblica e la mancata pubblicazione dei dati.

d) La responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione.

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e trasparenza, previste nel presente documento e adottate dall'Azienda, devono essere comunque rispettate da tutti i dipendenti e da tutti i professionisti che svolgono attività presso la Stessa; la loro violazione costituisce illecito disciplinare.

#### **14. Relazione del Responsabile della prevenzione e note finali**

Il Responsabile, ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, entro il 15 dicembre di ogni anno redige la relazione annuale sull'efficacia delle misure di prevenzione da pubblicare sul sito che si integra al format richiesto da ANAC annualmente. Per il 2016 la pubblicazione della relazione è stata prorogata da ANAC al 15 gennaio 2017.

Il seguente Piano è approvato con atto del Direttore generale, previa discussione ed approfondimento con gli organi della Direzione, il gruppo di lavoro, i dirigenti interessati compreso i responsabili URP e UPD, e previo parere positivo dell'OIV.

La sua adozione ed i suoi aggiornamenti saranno pubblicizzati sul sito intranet ed internet nonché mediante segnalazione via mail personale o Meyer informa a ciascun dipendente e collaboratore, compreso i neoassunti.

Il presente Piano rinvia infine alla normativa ed alle Determine ANAC per quanto qui non contenuto, in particolare per gli approfondimenti sui profili disciplinari e sanzionatori del responsabile della prevenzione della corruzione, degli organi di vertice, dei dirigenti per l'omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte e dei dipendenti per la violazione delle misure di prevenzione previste.