



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2023/2025 (Aggiornamento 2023)

(ai sensi dell'art. 1, comma 7, della legge 190/2012)

(approvato con Verbale di Deliberazione del Commissario Straordinario n. 5 del 19/05/2023)

Premessa

La presente proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C) viene redatta secondo le indicazioni della Legge n. 190/2012, della circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, della Deliberazione ANAC n. 72/2013 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione, e delle determinazioni ANAC succedutasi negli anni in materia di aggiornamento del P.N.A.

Il presente aggiornamento rappresenta la conferma della programmazione dell'anno precedente in accordo con quanto previsto nel PNA 2022, Delibera ANAC n.7 del 17.01.2023, per le le amministrazioni e gli enti con meno di 50 dipendenti.

Attraverso l'adozione del P.T.C.P si introducono strategie e strumenti volti a prevenire e contrastare il fenomeno della corruzione, promuovendo la diffusione della cultura della prevenzione dei comportamenti corrotti e dell'etica dell'azione amministrativa, garantendo la trasparenza dell'azione amministrativa e l'efficacia dei controlli interni.

Per chiarezza espositiva occorre precisare il concetto di corruzione sotteso alla normativa di settore, al P.N.A e al presente piano, dal momento che è importante individuare in concreto quali sono i comportamenti da prevenire e contrastare. In tale contesto il termine corruzione esorbita dalle fattispecie disciplinate dal codice penale, poiché va inteso in un'accezione ampia che comprende l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione e tutte le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, un soggetto pubblico abusa del potere attribuitogli e, più in generale, della propria posizione al fine di ottenere vantaggi privati. In pratica rilevano tutti i casi in cui si evidenzia un malfunzionamento dell'amministrazione, nel senso di una devianza dai canoni della legalità, del buon andamento e dell'imparzialità dell'azione amministrativa, causato dall'uso per interessi privati delle funzioni pubbliche attribuite.

Direttamente collegato al P.T.P.C è il *Piano Triennale per la trasparenza e l'integrità* allegato al presente Piano. Con riferimento all'art. 1, commi 44 e 45 della legge 190/2021, è stato approvato con Determinazione dell'Amministratore Unico n.1 del 15/02/2021, il *Codice di Comportamento del personale*, reso disponibile sul sito web istituzionale alla Sezione "Amministrazione Trasparente".

1. Il contesto e le competenze fondamentali dell'Ospedale S. Antonio – Residenza Protetta

In tempi antichi, senza che si abbiano riscontri circa il momento della sua istituzione, veniva costituita l'Opera Pia Ospedale del Comune di Sassello, sotto la denominazione Ospedale S. Antonio, che aveva per scopo principale quello di provvedere: al ricovero, alla cura ed al mantenimento gratuiti degli infermi poveri di mente di ambo i sessi, appartenenti al Comune di Sassello per domicilio di soccorso e che non avessero congiunti tenuti per legge a provvedere alla loro sorte.

L'Ospedale poteva inoltre ammettere anche malati non poveri, salvo il pagamento delle rette.

In data 27 settembre 1909, con Regio Decreto a firma Re Vittorio Emanuele II l'Ospedale di Sassello veniva concentrato nella Congregazione della Carità locale, e veniva approvato il suo primo Statuto, composto di quindici articoli. Tale Statuto stabiliva che l'Opera Pia Ospedale del Comune di Sassello era costituita "ab immemorabili" e che la stessa veniva regolata, sotto la denominazione Ospedale S. Antonio, dalle leggi 18 luglio 1890; n.6972 (c.d legge Crispi) e 18 luglio 1904, n. 390 sulle istituzioni di pubblica assistenza e beneficenza e relativi regolamenti 5 febbraio 1891, n. 99 e gennaio 1905, n. 12.

A far data dal 1939, l'Amministrazione dell'Ente veniva decentrata, con Regio Decreto, dall'Ente Comunale di Assistenza (che con la riforma del 1937 aveva sostituito la Congregazione di Carità) ed affidata ad un Consiglio di Amministrazione composto da un Presidente nominato dal Prefetto e da quattro membri di cui

due nominati dal Comitato Amministrativo dell'E.C.A., uno dal Podestà ed uno dal Segretario Politico del Fascio di Combattimento di Sassello. La loro durata in carica era prevista in 4 anni, con possibilità di riconferma. Tale struttura amministrativa, con le variazioni dovute alla caduta del fascismo, alla diversa forma di Stato ed alle riforme degli anni '70 sulle competenze regionali, è quella che troviamo presente ancora oggi.

In epoca più prossima ai giorni nostri, a seguito della riforma del sistema di assistenza sociale e della gestione degli enti preposti, nonché a seguito della soppressione dell'E.C.A., lo Stato anche in virtù del DPR 616/1977 sul decentramento amministrativo, delegava alle Regioni le materie relative all'assistenza e beneficenza pubblica. In conseguenza di tale riforma, l'Ospedale S. Antonio assumeva la qualifica di I.P.A.B. (Istituzione pubblica di assistenza e beneficenza); veniva amministrato da un Presidente e da quattro Consiglieri, nominati con Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Liguria, su proposta del Consiglio Comunale di Sassello. Gli stessi duravano in carica quattro anni con possibilità di riconferma.

A far data dal 30 settembre 2003, la R.P. Ospedale S. Antonio ha assunto il fine istituzionale ed incorporato il patrimonio dell'Opera Pia Perrando di Sassello, altra IPAB del territorio che era destinata ad essere messa in liquidazione e successivamente estinta per la normativa statale e regionale entrata in vigore rispettivamente nel 2001 e nel 2003, normativa che prevedeva inoltre la soppressione di tutte le IPAB e la trasformazione delle stesse in aziende pubbliche di servizi alla persona o soggetti di diritto privato senza fine di lucro.

Con deliberazione della Giunta Regionale n. 1618 del 16.12.2003 l'I.P.A.B. Ospedale S. Antonio è stata trasformata in Azienda Pubblica di Servizi alla Persona, mantenendo così la personalità giuridica di diritto pubblico.

In data 22 gennaio 2019 l'Ambito Territoriale Sociale n.30, composto dai Comuni di Sassello, Stella, Urbe e Mioglia ha proposto l'avvio di un rapporto di collaborazione tra l'Ambito stesso e l'A.S.P Ospedale S. Antonio di Sassello, al fine di poter creare un unico polo sociale e socio-sanitario di riferimento per il territorio, come da Verbale approvato con Delibera di Giunta dell'Unione dei Comuni del Beigua n.40 del 29/11/2019.

La proposta di collaborazione ha dato avvio a diversi tavoli di concertazione tra Regione Liguria, la Conferenza dei Sindaci di Ambito e il Consiglio di Amministrazione dell'ASP portando all'approvazione dei seguenti atti:

- Modifica dello Statuto dell'Azienda di Servizi alla Persona Ospedale S. Antonio, come da Verbale di Deliberazione del Consiglio di Amministrazione n. 36 del 22/11/2019, approvata con DGR n.1083 del 09/12/2019, che introduce la figura dell'Amministratore unico in sostituzione del Consiglio di Amministrazione, in attuazione della Legge Regionale n. 33/2014, art. 4, c. 1 bis. *“Le Aziende possono, con apposita modifica statutaria, prevedere in Statuto la possibilità di optare, in luogo del Consiglio di amministrazione e del Presidente di cui al comma 1, per la nomina, quale organo amministrativo, di un Amministratore unico e la costituzione di un'Assemblea composta da rappresentanti degli enti già competenti alla nomina dei consiglieri di amministrazione di cui al comma 1, lettera a). Lo Statuto in tal caso dovrà prevedere, altresì, le modalità per l'esercizio dell'opzione “;*
- Deliberazione n. 44 del 13 dicembre 2019 del Consiglio di Amministrazione dell'ASP, all'unanimità, con la quale il C.d.A ha deliberato di esercitare l'opzione sopra richiamata e di rassegnare le proprie dimissioni;
- Progetto *“Nuove prospettive di governance locale delle politiche sociali”* tra l'Ambito Territoriale Sociale n.30 e l'ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, approvato con DGR 1119 del 17/12/2019;
- Affidamento all'ASP Ospedale S. Antonio delle Funzioni Comunali /Unionale di programmazione e gestione dei Servizi Sociali ed è stata approvata la *“Convenzione quadro per la realizzazione di Interventi e Servizi Sociali e Socio-Sanitari”*, con deliberazioni dei Consigli Comunali/ Unionale n.15 del 21/12/2019 (Unione dei Comuni del Beigua), n. 59 del 23/12/2019 (Comune di Stella), n.39 del 20/12/2019 (Comune di Mioglia).

La nuova pianificazione all'interno dell'ASP ha così portato a una revisione dell'assetto organizzativo, con la definizione e la nomina dell'Amministratore Unico/ Direttore Generale dell'ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, approvata con DGR n.2/2020.

Tale assetto si è in parte modificato con le dimissioni dell'Amministratore Unico e la conseguente nomina di un Commissario straordinario per la gestione dell'Azienda, come da D.G.R. Liguria n. 768 del 5 agosto 2022. Mentre l'affidamento della funzione Servizi Sociali, da parte dei Comuni dell'ATS n.30, è stato prorogato fino al 30/06/2023 in attesa di diversa riorganizzazione.

L'ASP S. Antonio di Sassello opera nell'area dei servizi residenziali ed è una Residenza Protetta autorizzata per 79 posti letto di cui 14 in Convenzione ASL (posti di Mantenimento).

L'ASP Ospedale S. Antonio di Sassello, posta al centro di uno spazio verde, alberato e attrezzato, usufruibile dagli ospiti offre un ambiente confortevole e tranquillo. Dispone di uno staff infermieristico altamente professionale che dedica attenzione e cura alle esigenze di ogni ospite.

L'Ente è inserito nel sistema regionale di interventi e servizi sociosanitari definiti dalle leggi della Regione Liguria ed orienta la sua attività al rispetto della stessa indicati.

Costituiscono altresì riferimenti rilevanti dal punto di vista della corruzione, data la specificità di questo istituto:

- Il Manuale di Autorizzazione e Accreditamento approvato da A.Li.Sa in data 28/12/2017;
- I Contratti di servizio per la regolamentazione dei servizi convenzionati stipulati con i soggetti committenti (ASL n.2 Savonese);
- La Carta dei Servizi (pubblicata nel sito istituzionale).

L'Ospedale S. Antonio riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione, quali essenziali nel perseguimento delle funzioni istituzionali e assicura il rispetto dei seguenti principi di condotta:

- Rispetto della legge
- Onestà e diligenza
- Equità ed uguaglianza
- Buona fede
- Imparzialità
- Trasparenza
- Centralità e tutela della persona
- Riservatezza
- Efficienza ed efficacia
- Semplificazione

2. Soggetti

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASP Ospedale S. Antonio sono: Ruolo	Responsabilità/posizione di lavoro in Istituto	Competenze sulla prevenzione della corruzione
<i>Organo di indirizzo e controllo</i>	Commissario Straordinario	<ul style="list-style-type: none">✓ Nomina il responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza✓ Adotta il Piano Triennale della prevenzione della corruzione e quello della Trasparenza e integrità e valuta le relazioni di monitoraggio sull'attuazione comunicate dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione✓ Formula indirizzi specifici per la diffusione di azioni e politiche anticorruzione
<i>Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Integrità</i>	Settore Amministrativo D.ssa Simona Caviglia – nominata con determina Amministratore Unico n.2 in data 01/03/2021	<ul style="list-style-type: none">✓ Propone al Commissario Straordinario e al Responsabile Amministrativo gli atti e i documenti per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione e di quello della Trasparenza e Integrità e ne garantisce il monitoraggio e l'attuazione✓ Elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione✓ Cura la predisposizione, la diffusione e l'osservanza del codice di comportamento dei dipendenti in collaborazione con il Direttore Sanitario✓ In qualità di responsabile della Trasparenza e Integrità promuove l'applicazione del relativo programma
<i>Responsabile dell'Anagrafe per la stazione appaltante (RASA)</i>	Ufficio Area Amministrativa Dott. Daniele Pitto	<ul style="list-style-type: none">✓ Implementa la BDNCP presso l'ANAC con i dati relativi all'anagrafica dell'ASP Ospedale S. Antonio Sassello

<i>Dipendenti dell'Istituto</i>	Tutti i dipendenti a tempo indeterminato e determinato	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partecipano al processo di gestione del rischio ✓ Osservano le misure contenute nel PTCP e nel Codice di comportamento ✓ Segnalano eventuali situazioni di illecito
<i>Collaboratori</i>	Tutti i collaboratori, a qualsiasi titolo dell'Istituto	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Osservano le misure contenute nel PTCP e nel Codice di comportamento ✓ Segnalano eventuali situazioni di illecito
<i>NIV</i>	Nucleo Indipendente di Valutazione (OIV)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Svolge le funzioni e le attività di cui all'art. 14 del decreto legislativo n. 150 del 2009; ✓ Svolge i compiti connessi all'attività di prevenzione della corruzione in relazione a quanto previsto dagli artt. 43 e 44 del D.lgs 33/2013;

3. La procedura di redazione del Piano

La predisposizione del presente documento è stata curata dalla Dott.ssa Simona Caviglia, nominata *Responsabile della Prevenzione della corruzione e Responsabile della Trasparenza e Integrità* con Determinazione dell'Amministratore Unico n. 2 del 01/03/2021.

Si è proceduto all'analisi dell'organizzazione, delle sue regole e prassi di funzionamento, e all'analisi delle aree considerate a rischio dalla normativa oltre che all'individuazione di ulteriori attività e procedimenti caratterizzanti l'attività svolta dall'Azienda che per loro natura possono presentare una propensione al rischio. Il progetto di Piano è stato verificato congiuntamente con i Responsabili di P.O (Area Amministrativa e Assistenziale) e con l'apparato amministrativo, per una verifica di coerenza ed eventuali osservazioni e quindi sottoposto all'approvazione Commissario Straordinario.

Il P.T.C.P approvato viene pubblicato sul sito web dell'Azienda.

4. I controlli

Nella prospettiva del contrasto alla corruzione, il tema dei controlli sull'organizzazione e sulle attività dell'amministrazione si pone da un lato come filtro preventivo e dall'altro come verifica successiva dell'operato.

L'attività di controllo e di valutazione della gestione operativa è volta ad assicurare il monitoraggio e la verifica costante della realizzazione degli obiettivi e della efficace, efficiente ed economica gestione delle risorse, nonché in generale, l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa e sulla qualità dei servizi.

Il sistema di controllo interno deve:

- Assicurare, attraverso il controllo di regolarità tecnico amministrativa, la legittimità e la correttezza dell'azione amministrativa;
- Verificare, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi correttivi, il rapporto tra costi e risultati;
- Assicurare il controllo degli equilibri finanziari ed economici della gestione;

In considerazione dell'attività assistenziale svolta, di non minore importanza è il controllo della qualità dei servizi svolti. Il controllo sulla qualità dei servizi è svolto secondo modalità definite dall'Azienda, in funzione della tipologia dei servizi e tali da assicurare comunque la rilevazione della soddisfazione dell'utente, la gestione dei reclami e il rapporto di comunicazione con i cittadini.

5. Individuazione delle aree e delle attività con rischio di corruzione

Il P.T.P.C può essere definito come lo strumento per porre in essere il processo di gestione del rischio nell'ambito delle attività amministrative svolte dall'Ospedale S. Antonio. Il processo di gestione del rischio definito nel presente piano recepisce le indicazioni metodologiche e le disposizioni del P.N.A.

5.1 Analisi delle aree e la mappatura dei processi.

Il P.N.A prevede che la fase iniziale del processo di gestione del rischio sia dedicata all'analisi di tutte le aree di rischio e alla mappatura dei processi, intendendo come tali *“quell'insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. Il concetto di processo è più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica”*.

L'identificazione dei processi è una fase complessa, che richiede un forte impegno e un grande dispendio di risorse dell'amministrazione e dell'organizzazione. Si è proceduto pertanto alla ricognizione del grado di esposizione ai rischi di corruzione nel contesto dell'Ospedale S. Antonio, caratterizzato dal particolare tipo di attività svolta (assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani autosufficienti e non autosufficienti), dalla particolare strutturazione e dalle ridotte dimensioni dell'organico amministrativo impiegato nelle diverse attività, secondo le modalità di seguito indicate:

Attività di cui all'articolo 1, comma 16, della Legge n. 190/2012 - La norma citata ha individuato alcune aree di rischio e i relativi procedimenti per le quali le Amministrazioni sono tenute ad assicurare livelli essenziali delle prestazioni erogate, ai fini della trasparenza e di prevenzione e contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione:

A. Area: Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del D.lvo 150/2009:

B. Area: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al D.lgs n. 163/2006:

C. Area: concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

D. Area: Autorizzazioni o concessioni; (fattispecie non presente all'interno dei procedimenti dell'Azienda);

5.2 Altre attività a rischio di corruzione

In considerazione della particolare attività svolta dall'Azienda (assistenza residenziale e semiresidenziale ad anziani autosufficienti e non autosufficienti) sono state individuate alcune ulteriori aree e procedimenti che possono presentare una propensione al rischio per:

- Coinvolgimento di utenti esterni;
- Discrezionalità nel riconoscimento del diritto alle prestazioni

E' stato quindi valutato se altri procedimenti, oltre a quelli elencati dalla norma di cui al punto precedente, presentano le predette caratteristiche e pertanto possano essere qualificati *“a rischio di corruzione”*.

5.3 La valutazione del rischio

Per ciascuno dei procedimenti/processi che, in esito all'attività ricognitiva sopradescritta, sono stati qualificati "a rischio di corruzione" è stata effettuata la valutazione del grado di rischio insito.

Il grado di rischio è espresso con un punteggio numerico ed indica la potenzialità che si verifichi un evento corruttivo e/o un episodio di illegalità. Per la sua misurazione sono stati utilizzati i criteri proposti nell'allegato 5 del P.N.A (Piano Nazionale Anticorruzione) che considerano sia la probabilità (frequenza di verifica) sia l'impatto (importanza delle conseguenze) del rischio.

La probabilità del verificarsi di ciascun rischio, intesa quindi come frequenza, è valutata prendendo in considerazione le seguenti caratteristiche del corrispondente processo:

- Discrezionalità
- Rilevanza esterna
- Complessità
- Valore economico
- Frazionabilità
- Efficacia dei controlli

L'impatto è considerato sotto il profilo.

- Organizzativo
- Economico
- Reputazionale
- Organizzativo, economico e sull'immagine

Il livello di rischio è rappresentato da un valore numerico costituito dal prodotto del valore assegnato alla frequenza con il valore assegnato all'impatto:

Valori e frequenze della probabilità		Valori e importanza dell'impatto	
0	nessuna probabilità	0	nessun impatto
1	improbabile	1	marginale
2	poco probabile	2	minore
3	probabile	3	soglia
4	molto probabile	4	serio
5	altamente probabile	5	superiore

La ponderazione del rischio consiste nel considerare lo stesso alla luce dell'analisi effettuata e nel raffrontarlo con altri rischi al fine di decidere la priorità e l'urgenza di trattamento.

Al fine di rendere subito evidente la fattispecie oggetto di trattamento si è ritenuto di graduare convenzionalmente come segue i livelli di rischio emersi per ciascun processo:

Valori livello di rischio – intervalli	Classificazione del rischio
0	nullo
superiore a 0 ma inferiore a 5	scarso
superiore a 5 ma inferiore a 10	moderato
superiore a 10 ma inferiore a 15	rilevante
superiore a 15 ma inferiore a 20	elevato
superiore a 20	critico

Al fine di assicurare omogeneità di criteri nel calcolo delle probabilità e del valore dell'impatto indicati nella tabella Allegato 5 del P.N.A, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha stabilito che:

- Il valore della "probabilità" va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione della probabilità";
- Il valore dell'"impatto" va determinato, per ciascun processo, calcolando la media aritmetica dei valori individuati in ciascuna delle righe della colonna "Indici di valutazione dell'impatto";

– Il *livello di rischio* che è determinato dal prodotto delle due medie potrà nel suo valore massimo essere uguale a 25 (forbice da 0 a 25: livello di rischio 0 = nessun rischio; livello di rischio 25= rischio estremo)

I rischi sono quindi stati classificati in base al livello numerico assegnato, confrontati e soppesati (c.d. ponderazione del rischio) al fine di individuare la priorità di trattamento, ovvero quelli che richiedono di essere trattati con maggiore urgenza. I livelli di rischio sono stati graduati come segue:

- Intervallo da 1 a 5 rischio Basso
- Intervallo da 6 a 15 rischio Medio
- Intervallo da 15 a 25 rischio Alto

Gli esiti delle predette attività sono confluiti nella tabella allegata al presente Piano (Allegato A). Per ognuna delle aree di rischio comuni e obbligatorie (art. 1, comma 16, della legge n. 190/2012) e per quelle ulteriori individuate a seguito della ricognizione, la Tabella elenca i procedimenti/processi qualificati “*a elevato rischio corruzione*”, il coefficiente che esprime il grado del rischio (Basso, Medio, Alto), l’ufficio che gestisce il procedimento/processo e le misure di prevenzione applicate.

6. Interventi e misure di prevenzione e contrasto

Questo paragrafo è dedicato all’individuazione e valutazione delle misure organizzative che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio.

Relativamente alle singole misure preventive si evidenzia quanto segue:

a) **Adempimenti relativi alla trasparenza:** Considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione, è comunque assicurato uno stretto coordinamento tra il P.T.C.P e il P.T.T.I.

Azione da intraprendere: in ordine alle misure relative alla trasparenza si rinvia al *Programma triennale per la trasparenza e l’integrità (P.T.T.I)* allegato al presente Piano;

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Soggetti responsabili: Responsabile per la Trasparenza –di settore.

b) **Informatizzazione dei processi:** Come evidenziato nel P.N.A, l’informatizzazione dei processi rappresenta una misura trasversale di prevenzione e contrasto particolarmente efficace dal momento che consente la tracciabilità dell’intero processo amministrativo, evidenziandone ciascuna fase e le connesse responsabilità.

Azioni intraprese: nel corso degli ultimi esercizi si è ampliata l’informatizzazione dei processi, estendendo anche ai servizi alla persona l’utilizzo di procedure informatizzate.

Azioni da intraprendere: maggiore diffusione possibile dell’informatizzazione dei processi con riguardo al livello di informatizzazione dei processi attuati nei diversi settori ed alla fattibilità e tempi, tenuto conto anche delle risorse finanziarie necessarie e disponibili. Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Soggetti responsabili: Organo di indirizzo e controllo - Responsabili di P.O

c) **Codici di comportamento:** In ordine di codici di comportamento si rinvia al Codice generale approvato con D.P.R. n.62/2013 e al Codice Integrativo d’Azienda approvato con determinazione dell’Amministratore Unico n.1 del 15/02/2021.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel Piano.

Soggetti Responsabili: Responsabili di P.O., R.P.C e Ufficio disciplinare per le incombenze di legge e quelle previste direttamente dal Codice di Comportamento.

d) **Accesso telematico a dati, documenti e procedimenti.** Rappresenta una misura trasversale che consente l’apertura dell’amministrazione verso l’esterno e quindi la diffusione delle informazioni e il controllo dell’attività da parte dell’utenza.

Azioni intraprese: sul sito istituzionale predisposto l’accesso telematico a dati, documenti e procedimenti.

Azioni da intraprendere: implementare la quantità e la qualità dei dati messi a disposizione degli utenti.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

Soggetti responsabili: Responsabile per la Trasparenza – Responsabili di P.O di settore.

e) **Rotazione del personale:** L’Azienda, pur riconoscendo che la rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di particolare rilievo nella strategia di prevenzione della corruzione, come previsto nel P.N.A evidenzia che, in ragione delle ridotte dimensioni dell’Ospedale e del numero esiguo di figure amministrative (n.3 alle dirette dipendenze compreso il Responsabile di Area) e di responsabili di servizi (n.1 coordinatore servizi sociali) ognuno dei quali ha competenze definite e formazione specifica, non è possibile nel triennio 2021/2023 procedere ad una rotazione/interscambio delle figure per oggettivi impedimenti connessi alle caratteristiche organizzative.

f) **Meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione:** Normativa di riferimento: art. 1 comma 9 della legge 190/2012.

I provvedimenti emanati dall'Azienda sono Verbali di Determinazioni del Commissario Straordinario (nei casi previsti dallo Statuto e dai Regolamenti), Determinazioni del Responsabile Area Amministrativa e del Responsabile Area Servizi Sociali. I provvedimenti devono riportare la descrizione del procedimento svolto, richiamando anche tutti gli atti per arrivare alla decisione finale. In tale modo chiunque vi abbia interesse potrà essere a conoscenza dell'intero procedimento ed esercitare l'eventuale diritto di accesso agli atti. Le Determinazioni sono pubblicate sul sito dell'Azienda.

Azioni da intraprendere:

Nella trattazione e nell'istruttoria degli atti:

- Rispettare l'ordine cronologico di protocollo dell'istanza, fatte salve le eventuali eccezioni stabilite da disposizioni legislative/regolamentari;
- Per consentire a chiunque, anche a coloro che sono estranei alla pubblica amministrazione, di comprendere appieno la portata di tutti i provvedimenti e per consentire a tutti coloro che vi abbiano interesse di esercitare con pienezza il diritto di accesso e di partecipazione, viene data indicazione a tutti i dipendenti di redigere gli atti in modo chiaro e comprensibile, con un linguaggio semplice.
- Nella formazione dei provvedimenti, con particolare riguardo agli atti con cui si esercita ampia discrezionalità amministrativa e tecnica, in osservanza all'art. 3 della L. 241/1990, motivare adeguatamente, con precisione, chiarezza e completezza tutti i provvedimenti di un procedimento. L'onere di motivazione è tanto più esteso quanto più ampio è il margine di discrezionalità.
- Nei casi previsti dall'art. 6 bis della legge 241/90, come aggiunto dal comma 41 dell'art. 1 della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare 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 **segnalazione di conflitto** deve essere scritta e indirizzata all'Ufficio Amministrativo dell'Azienda, il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'azione amministrativa.

Il Responsabile deve rispondere per iscritto al dipendente che ha effettuato la segnalazione, sollevandolo dall'incarico oppure motivando le ragioni che gli consentono comunque l'espletamento dell'attività e le eventuali condizioni o limiti di azione, valutando le iniziative da assumere. Nel caso in cui il conflitto di interessi riguardi un collaboratore a qualsiasi titolo, questi ne darà comunicazione all'Ufficio Amministrativo. Gli eventuali casi e le soluzioni adottate dovranno essere evidenziate annualmente in occasione della reportistica finale.

Nell'attività contrattuale:

- Rispettare il divieto di frazionamento o di innalzamento artificioso dell'importo contrattuale;
- Ricorrere agli acquisti a mezzo CONSIP e/o del mercato elettronico della pubblica amministrazione, e/o degli altri mercati elettronici, nel rispetto di quanto previsto dalla vigente normativa;
- Assicurare il confronto concorrenziale, definendo requisiti di partecipazione alle gare, anche ufficiose, e di valutazione delle offerte, chiari ed adeguati;
- Nelle procedure di gara, anche negoziata, ovvero di selezione concorsuale o comparativa, individuare un soggetto terzo, con funzioni di segretario verbalizzante "*testimone*", diverso da coloro che assumono le decisioni sulla procedura e se possibile, secondo un criterio di rotazione;
- Vigilare sull'esecuzione dei contratti di appalto/affidamento dei lavori, forniture e servizi, ivi compresi i contratti d'opera professionale, con applicazione, se del caso, delle penali, delle clausole risolutive e con la proposizione dell'azione per inadempimento e/o per danno.
- I componenti le **commissioni di gara e di concorso** devono rendere, all'atto dell'accettazione della nomina, dichiarazione di non trovarsi in rapporti di parentela e/o di lavoro e/o professionali con i partecipanti alla gara o al concorso, con gli Amministratori, con i Dirigenti/Responsabili di P.O o Responsabili di servizio interessati alla gara o al concorso e loro parenti od affini entro il secondo grado;
- I concorsi e le procedure selettive del personale si svolgono secondo le prescrizioni del D.lgs 165/2001 e del regolamento d'Azienda. Ogni provvedimento relativo a concorsi e procedure selettive è pubblicato sul sito istituzionale dell'ente nella sezione "*Amministrazione trasparente*".

Nel conferimento, a soggetti esterni, degli incarichi individuali di collaborazione autonoma di natura occasionale o coordinata e continuativa, occorre rendere dichiarazione con la quale attesta la carenza di professionalità interne.

Misure comuni a tutti i livelli di rischio individuati dal Piano.

g) **Monitoraggio dei comportamenti in caso di conflitto di interessi:** l'art. 1, comma 41, della legge n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella legge n. 241/1990 rubricato "*conflitto di interessi*". La norma contiene due prescrizioni:

– È stabilito un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto di interesse anche solo potenziale;

– È previsto un dovere di segnalazione a carico dei medesimi soggetti;

h) **Conferimento e autorizzazione incarichi extra istituzionali:** si applicano le specifiche disposizioni dettate in materia dal dall'art. 53 del D.lgs n. 165/2001 e dal *Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda* approvato con Determinazione dell'Amministratore Unico n.1 del 15/02/2021.

i) **Inconferibilità di incarichi dirigenziali – incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali:** si applicano le specifiche disposizioni previste dal D.lgs n. 39/2013 (*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*); ai fini dell'applicazione della norma, l'Azienda acquisisce autocertificazione da parte dei Responsabili di P.O all'atto del conferimento dell'incarico circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità e di incompatibilità previste dal decreto e dichiarazione annuale nel corso dell'incarico sulla insussistenza delle cause di incompatibilità.

j) **Formazione di commissioni - assegnazione agli uffici:** si applicano le disposizioni previste all'art. 35 bis del D.Lgs n. 165/2001, introdotto dalla legge n. 190/2012 e dell'art. 3 del D.lgs 39/2013.

L'Azienda per il tramite del responsabile del procedimento, verifica la sussistenza di eventuali procedimenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

– all'atto dell'assegnazione, 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 e sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

– all'atto della formazione di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi (anche per coloro che vi fanno parte con compiti di segreteria);

– all'atto della formazione di commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione di dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato circa l'assenza di cause ostative indicate dalla normativa citata.

k) **Formazione del personale in tema di anticorruzione:** la legge n. 190/2012 prevede la definizione di procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio corruttivo.

– Formazione di base: è destinata a tutto il personale sulle tematiche dell'etica, della legalità e dei codici di comportamento;

Azioni da intraprendere: si stabilisce il seguente piano formativo per il personale impiegato nell'Azienda;

– Formazione tecnica: attività formativa specifica destinata ai responsabili che operano nelle aree con processi classificati a rischio dal presente Piano.

Misura comune a tutti i livelli di rischio individuati nel piano

Soggetti responsabili: Responsabili di P.O – dell'avvenuto adempimento viene dato atto in occasione della reportistica annuale.

l) **Divieto di svolgere attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage):** Norma di riferimento art. 53, comma 16 ter. D.lgs 165/2001; P.N.A.

m) **Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (Whistleblowing):** Con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, ANAC ha dettato le "Linee guida in materia di tutela del dipendente che segnala illeciti" (cd Wistleblower). Il 3 settembre 2020 è entrato in vigore il nuovo Regolamento per la gestione delle segnalazioni e per l'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di illeciti o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro (all'art. 54-bis del decreto legislativo n. 165/2001). La disposizione conferma le tre condizioni:

- la tutela dell'anonimato;

- il divieto di discriminazione nei confronti del denunciante;
- la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso.

La tutela di anonimato viene garantita con specifico riferimento al procedimento disciplinare, proteggendo l'identità del segnalante in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Per quanto riguarda lo specifico contesto del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'incolpato solo nei seguenti casi:

- consenso del segnalante;
- la contestazione dell'addebito disciplinare è fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione;
- la contestazione è fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità è assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato: tale circostanza può emergere solo a seguito di apposita audizione.

La tutela dell'anonimato non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima; la segnalazione deve provenire da dipendenti individuabili e riconoscibili.

L'asp Ospedale S. Antonio considererà anche segnalazioni anonime, ma solo nel caso in cui queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati.

L'Asp Ospedale S. Antonio ha attivato un canale informatico dedicato alle segnalazioni condotte illecite (c.d. whistleblowing), uno strumento legale a disposizione dei lavoratori/collaboratori dell'Ente, per segnalare eventuali condotte contrarie all'etica e alla legalità dell'azione amministrativa, riscontrate nell'ambito della propria attività.

Sulla base alle nuove linee guida di ANAC, le procedure per il whistleblowing devono avere caratteristiche precise: in particolare *“prevedono l'utilizzo di modalità anche informatiche e promuovono il ricorso a strumenti di crittografia per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante e per il contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione”*.

Nel corso del 2022 l'ASP Ospedale S. Antonio ha aderito ad una nuova piattaforma per la gestione del “whistleblowing” che fornisce tutte le garanzie di anonimato del segnalante e, nel contempo, l'individuazione e riconoscibilità del dipendente. Il software è fornito da WhistleblowingPA (un progetto di Transparency International Italia e da Whistleblowing Solutions Impresa Sociale).

La piattaforma è accessibile nella sezione aree tematiche del sito istituzionale <http://www.santantoniosassello.it>.

L'attivazione della nuova piattaforma è stata comunicata a tutti i dipendenti.

Trova piena applicazione in materia la l. 179/2017 c.d. Legge sul *Whistleblowing*, cui si rimanda integralmente.

n) **Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile:** nell'ambito della strategia di prevenzione e contrasto della corruzione è particolarmente importante la comunicazione e diffusione delle strategie di prevenzione adottate mediante il P.T.P.C, il coinvolgimento e l'ascolto dell'utenza.

o) **Monitoraggio sui modelli di prevenzione della corruzione in Enti pubblici vigilati ed Enti di diritto privato in controllo pubblico partecipati:** L'Ospedale S. Antonio, Residenza Protetta – è un Ente gestore e pertanto rientra tra gli enti vigilati. Al fine di dare attuazione alle norme contenute nella legge n.190/2021, gli enti pubblici vigilati dal Comune/Regione sono tenuti a nominare un responsabile per l'attuazione dei propri piani di prevenzione della corruzione.

7. Monitoraggio

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto e a seguito delle azioni di risposta, ossia delle misure di prevenzione introdotte. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dagli stessi soggetti che partecipano al processo di gestione del rischio. Ai sensi dell'art. 1, comma 14, della legge n. 190/2012, il Responsabile della prevenzione della

corruzione ogni anno redige una relazione sull'attività svolta nell'ambito della prevenzione e contrasto della corruzione e la trasmette al Consiglio di Amministrazione. La predetta relazione dovrà essere consultabile sul sito web dell'Azienda. Qualora il Consiglio di Amministrazione lo richieda, oppure il responsabile stesso lo ritenga opportuno, quest'ultimo riferisce direttamente sull'attività svolta.

8. Le responsabilità

Il sistema normativo individuato al precedente paragrafo 1. delinea in modo puntuale le responsabilità di ciascun soggetto chiamato ad intervenire nel processo di prevenzione alla corruzione. Rinviano a tali norme, qui si indicano in modo sintetico le diverse fattispecie ivi previste:

Responsabile della prevenzione della corruzione:

– *Responsabilità disciplinare*: in caso di mancata adozione del P.T.P.C e di mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti;

– *Responsabilità erariale e per danno all'immagine*: in caso di commissione all'interno dell'amministrazione di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, responsabilità escluse in presenza di comportamenti conformi agli adempimenti allo stesso assegnati dalla Legge e dal P.T.P.C.;

– *Responsabilità disciplinare per omesso controllo*: in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal piano;

– *Responsabilità disciplinare*: violazione degli obblighi di trasparenza ex art. 1 comma 33 L. 190/2012;

Responsabili di servizio:

– *Responsabilità dirigenziale*: violazione degli obblighi di trasparenza ex art. 1 comma 33 L. 190/2012;

Dipendenti:

– *Responsabilità disciplinare*: violazione delle misure di prevenzione previste dal piano.

9. Aggiornamento del piano

Il presente piano sarà aggiornato annualmente entro il 31 gennaio di ciascun anno o se necessario anche in corso d'anno, in relazione ad eventuali adeguamenti a disposizioni normative e/o a riorganizzazione di processi e/o funzioni.

Allegati:

Allegato A) – Attività a rischio di corruzione

Allegato B) Piano Triennale per la Trasparenza e l'integrità 2021/2023

Sassello, li 19/05/2023

ALLEGATO B

PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ 2023 -2025

Premessa

Il presente *Programma triennale per la trasparenza e l'integrità* è stato redatto in ottemperanza ai contenuti del D.L. 33/2013 e forma parte integrante e sostanziale del P.T.P.C. 2023/2025.

Il programma ha lo scopo di individuare le modalità da seguire per rendere accessibili e trasparenti le informazioni relative all'organizzazione ed alle procedure dell'Ospedale S. Antonio – Residenza Protetta, e a perseguire i seguenti scopi:

- Rafforzare il diritto del cittadino di essere informato in merito al funzionamento e ai risultati dell'organizzazione dell'Azienda;
- Favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità;
- Garantire il “*miglioramento continuo*” nell'uso delle risorse e nell'erogazione dei servizi al pubblico;
- Promuovere l'integrità dell'azione amministrativa.

1. Individuazione delle informazioni da pubblicare sul sito internet <http://www.santantoniosassello.it>

Il sito internet dell'Ospedale S. Antonio di Sassello è lo strumento principale di diffusione delle informazioni. L'Azienda è dotata di un sito web <http://www.santantoniosassello.it> rispondente alla normativa vigente in materia di pubblicazioni dati e informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni per una migliore accessibilità e usabilità online alle informazioni pubblicate.

L'Azienda, nell'ambito del presente Programma, provvede alla pubblicazione sul sito web istituzionale e all'interno dell'apposita sezione “*Amministrazione trasparente*” con accesso diretto dalla *home page*, di un'ampia serie di dati ed informazioni che sono soggette ad obbligo di pubblicazione secondo quanto previsto dal Decreto 33/2013.

L'Ospedale S. Antonio, ritiene di non essere soggetto alla pubblicazione di tutti i documenti elencati dal suddetto decreto perché alcune normative non sono applicabili o perché alcuni atti non sono di competenza delle Aziende operanti nel settore socio assistenziale.

Il servizio competente all'aggiornamento del sito internet istituzionale è l'Ufficio Amministrativo con l'eventuale ausilio di un tecnico esterno incaricato.

A seguito dell'entrata in vigore, a maggio 2018, del Regolamento Generale sulla protezione dei dati regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo del 27.4.2016, è necessario prestare particolare attenzione ai dati personali da pubblicare, eliminando i dati personale (es. indirizzo, codice fiscale, copie documenti identità, ecc.);

Di seguito il riepilogo delle pubblicazioni che l'Azienda ha già predisposto o che intende predisporre nel periodo di vigenza del programma:

Denominazione sottosezione 1 livello	Denominazione sottosezione 2 livello	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Aggiornamento
Disposizioni generali	Programma per l'anticorruzione, la trasparenza e l'integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs n. 33/2013	Programma per la Trasparenza e l'integrità	Annuale(art. 10, c.1, D.lgs n. 33/2013)
	Atti generali	Art. 12, c.1, 2	<ul style="list-style-type: none"> Riferimenti normative su organizzazione e attività Atti amministrativi generali Statuti e leggi regionali Codice disciplinare e di condotta 	Tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 34, c.1,2	non dovuto	
Organizzazione	Organi di indirizzo politico amministrativo	Art. 13, c. 1, lett. a	Organi di indirizzo politico e di amministrazione e gestione, con l'indicazione delle rispettive competenze	Tempestivo
	Organi di indirizzo politico amministrativo <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;">Amministratore Unico (attualmente in carica Commissario Straordinario)</div>	Art. 14	<ul style="list-style-type: none"> Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo Curricula Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti 	Tempestivo
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47	Non dovuto	

	Rendiconti gruppi consiliari, regionali, provinciali	Art. 28 c.1	Non dovuto	
	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. B e c	<ul style="list-style-type: none"> • Articolazione degli uffici • Organigramma 	Tempestivo
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1 lett. D	Telefono e posta elettronica	Tempestivo
Consulenti e collaborator		Art. 15. C. 1,2	Estremi dell'atto di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo per i quali è previsto un compenso	Tempestivo
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Art. 15 c. 1,2	Non dovuto	
		Art. 41, c.2,3	Non dovuto	
	Dirigenti	Art. 10 c.8, lett. d	Non dovuto	
		Art. 15, c. 1,2,5	Non dovuto	
		Art. 41, c.2,3	Non dovuto	
	Posizioni organizzative	Art. 10, c.8, lett. d	Curricula dei titolari di posizioni organizzative	Tempestivo
	Dotazione organica	Art. 16, c 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Dotazione organica • Costo del personale a tempo indeterminato 	Annuale
	Personale non a tempo indeterminato	art. 17, c. 1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Personale non a tempo indeterminato • Costo 	Annuale Trimestrale
	Tassi di assenza	Art. 16, c.3	<ul style="list-style-type: none"> • Tassi di assenza 	Trimestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	art. 18, c.1	<ul style="list-style-type: none"> • Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente 	Tempestivo
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c.2	Specifiche informazioni sui costi della trattazione integrativa	Tempestivo
	Organismo di valutazione	Art. 10, c.8, lett. c	Nominativo Curricula	Tempestivo
Bandi di concorso		Art. 19, Art. 23	<ul style="list-style-type: none"> • Bandi di concorso • Elenco dei bandi espletati • Dati relativi alle procedure selettive 	Tempestivo

Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1 lett. a	Non dovuto	
		Art. 22. C.2, 3	Non dovuto	
	Società partecipate	Art. 22, c.1, lett. b	Non presenti	
		Art. 222. C.2.3	Non presenti	
	Enti di diritto privato controllati	Art. 222 c. 1, lett. c	Non presenti	
		art. 22, c. 1.3	Non presenti	
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1 lett.d	Non dovuto	
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24 c.1		
	Tipologie di procedimento	Art. 35 c. 1,2		
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c.2		
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dai	Art. 35, c. 3		
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23	Elenco provvedimenti	Tempestivo
	Provvedimenti dirigenti	Art. 23	Elenco dei provvedimenti	Tempestivo
Controlli sulle imprese		Art. 25	Non dovuto	
Bandi di gara e contratti		Art. 37, c.1,2	<ul style="list-style-type: none"> • Avviso di preinformazione • Delibera a contrarre • Avvisi, bandi ed inviti • Avvisi sui risultati della procedura di affidamento • Informazioni sulle singole procedure(da pubblicare secondo le specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della L. 190/2012 	da pubblicare secondo modalità specifiche
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c.1		
	Atti di concessione	Art. 26, c.2	Non previsto	
		Art. 27	Non dovuto	

Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c.1	Bilancio preventivo Conto consuntivo	Tempestivo
	Piano degli indicatori e risultati attesi di Bilancio	Art. 29, c.2		tempestivo
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Tempestivo
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo
Controlli e rilievi sull'amministrazione		Art. 31, c.1	Controlli e rilievi sull'amministrazione	Tempestivo
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi	Tempestivo
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett.a	Non dovuto	
		Art. 10, c. 5	Non dovuto	
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 32, c. 2, lett. b	Non dovuto	
	Liste di attesa	Art. 41, c.6	Non dovuto	
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Indicatore tempestività dei pagamenti	Tempestivo
	IBAN E Pagamenti informatici	Art. 36	Indicazioni coordinate bancarie	Tempestivo
Opere pubbliche		Art. 38	Non dovuto	
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39	Non dovuto	
Informazioni ambientali		Art. 40	Non dovuto	
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c.4	Non dovuto	
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42	Non dovuto	
Altri contenuti			<ul style="list-style-type: none"> • Piano triennale di prevenzione della corruzione • Responsabile della prevenzione della corruzione • Relazione del Responsabile della prevenzione della corruzione • Accesso civico 	<p>Annuale</p> <p>Tempestivo</p>

2. Disponibilità ed accessibilità alle informazioni

Le suddette informazioni, ove non già presenti, saranno inserite progressivamente all'interno del sito in base al completamento della riorganizzazione del sito stesso.

3. Azioni da intraprendere nel triennio 2023 – 2025

Nel corso dell'esercizio 2023 – 2025 si provvederà all'aggiornamento e al mantenimento delle informazioni pubblicate e da pubblicare sul sito web istituzionale.

4. Collegamento del Programma con gli obiettivi assegnati al personale

Le azioni previste nel presente piano sono inserite tra gli obiettivi assegnati al Responsabile Amministrativo.

5. Responsabile della trasparenza e della prevenzione della corruzione

Esercita l'attività di controllo finalizzata al rispetto della normativa vigente relativa all'adempimento degli obblighi di pubblicazione e provvede all'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità oltre che a favorire iniziative di promozione della trasparenza.

6. Misure per assicurare l'efficacia dell'accesso civico

Per "accesso civico", istituto previsto dall'art. 5 del D.lgs 33/13, si intende il diritto, completamente gratuito per chiunque, di poter richiedere documenti, informazioni o dati, nei casi in cui ne sia stata omessa la pubblicazione obbligatoria, senza necessità che la relativa richiesta sia motivata e senza possibilità per l'Azienda di porre alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

Per esercitare concretamente il diritto di accesso civico, l'interessato deve utilizzare l'indirizzo indicato di posta elettronica, inoltrando apposita richiesta al responsabile della Trasparenza.

Il responsabile della trasparenza si pronuncia sulla richiesta di "accesso civico" comunicando al richiedente l'esito della sua richiesta. Dopo la comunicazione della pronuncia ed entro trenta giorni dalla stessa, l'Azienda procede alla pubblicazione stessa, trasmettendo contestualmente al richiedente il documento, l'informazione o il dato richiesto. Il responsabile della trasparenza cura ed assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.lgs 33/2013.

Se il documento, l'informazione o il dato risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, il Responsabile della trasparenza indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Se il responsabile della trasparenza non si pronuncia, o decorrono i trenta giorni, si ha l'ipotesi di mancata risposta; in tal caso il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo previsto dall'art. 2. C. 9 bis, legge 241/90.

7. Coinvolgimento di stakeholders

Gli stakeholders, cioè i portatori di interesse relativi all'oggetto del presente piano sono individuati in:

- Cittadini
- Utenti dei servizi e loro famigliari
- Professionisti (sanitari, sociali, ecc.)
- Associazioni di categoria (pensionati, ecc.)
- Organizzazioni sindacali
- Associazioni di volontariato

L'Azienda ha un proprio sistema di rilevazione della qualità, che prevede:

- L'Aggiornamento e la diffusione della Carta dei Servizi per dare trasparenza alla propria attività;
- La rilevazione della soddisfazione degli utenti, attraverso la somministrazione annuale di appositi questionari per la rilevazione del grado di soddisfazione degli ospiti, dei famigliari e del personale;
- La Rilevazione e presa in carico dei reclami dei clienti secondo le modalità stabilite dell'Azienda.

Sassello, li 19/05/2023