

**Allegato "A" alla deliberazione C.S.N° 50 del 29/01/2016**

**REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5  
di ORISTANO**

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE -AGGIORNAMENTO  
2016-2017-2018**

(Approvato con deliberazione del Commissario Straordinario n.50 del 29.01.2016)

## INDICE

### PARTE PRIMA

Indice .....	2
Premessa.....	3
1. Concetto di corruzione ai fini del presente piano.....	4
1.1 Oggetto finalità e processo di adozione del Piano per la Prevenzione della Corruzione.....	5
1.2 Analisi del contesto.....	6
1.3 Contesto esterno .....	6
1.4 Contesto interno .....	8
1.5 Soggetti, Ruoli e Responsabilità.....	12
1.6 Analisi e Monitoraggio del Piano 2015/2017.....	13
1.7 Misure di Prevenzione.....	13

### PARTE SECONDA

2. Analisi del rischio .....	18
2.1 Processi, mappatura, valutazione dei rischi e attribuzione misure.....	19
2.2 Coordinamento con il ciclo delle performances.....	20

### PARTE TERZA – Aree di rischio in Sanità.....

3. Contratti Pubblici .....	23
3.1 Rischi.....	24
3.2 Misure proposte per ridurre i rischi.....	25
3.3 Progettazione della gara.....	27
3.4 Selezione del contraente.....	29
3.5 Esecuzione del Contratto .....	30
3.6 Rendicontazione.....	31
3.7 Incarichi e nomine.....	31
3.8 Gestione Entrate, spese e patrimonio.....	32
3.9 Vigilanza, controlli e ispezioni.....	34
3.10 Attività libero professionale e liste d'attesa.....	35
3.11 Rapporti contrattuali con privati accreditati.....	37
3.12 Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie ricerca, sperimentazione e sponsorizzazioni.....	38
3.13 Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.....	39

### PARTE QUARTA-

4. Flussi Informativi, Monitoraggio e violazioni del Piano.....	40
---	----

ALLEGATO A - Schede catalogo processi e misure

ALLEGATO B- Schede programma attività

PARTE QUINTA- Programma Trasparenza. ALLEGATO C)

## PARTE PRIMA

### Premessa

Il presente Aggiornamento si pone in continuità con il PTPC 2015- 2017 e con il Programma della trasparenza in vigore, approvato con la Delibera del Commissario Straordinario n.46 del 30.01.2015, nel rispetto delle linee di indirizzo adottate dal comitato interministeriale di cui alla legge n.190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione”.

Il risultato del presente Documento è il frutto di attività di confronto, di un'accresciuta consapevolezza e sensibilità, in ambito aziendale, alla prevenzione della corruzione, di nuovi processi, svolti secondo quanto previsto nel Piano e attraverso il coinvolgimento della Direzione aziendale, del R.P.C., dei Dirigenti delle UU.OO., in particolare nell'attività di mappatura dei rischi, nell'analisi per la valutazione e relative misure di prevenzione, effettuate nel corso del 2015.

Il presente Piano viene stilato sulla base dell' “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione” predisposto dall'ANAC, giusta Determinazione n.12 del 28.10.2015, reso necessario in virtù degli interventi normativi che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale.

Significativa, infatti, è la disciplina introdotta dal decreto- legge 24 giugno 2014, n.90, convertito in legge 11.8.2014, n.114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica all'ANAC, nonché la rilevante riorganizzazione dell'ANAC e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP).

Dalla normativa più recente emerge, in particolare, l'intento preciso del legislatore di concentrare l'attenzione sull'effettiva attuazione di misure di prevenzione **concrete** ed **efficaci** in grado di incidere sui fenomeni corruttivi.

Nella redazione del presente Documento non si può tuttavia non tener conto degli importanti mutamenti che interessano l'ASL N.5 di Oristano in generale e che hanno caratterizzato tutta la gestione dell'anno 2015 in quanto il Consiglio Regionale della Sardegna in data 17.11.2014 ha varato la L.R. 23/2014 “Norme urgenti per la riforma del sistema sanitario regionale.” Modifiche alle leggi regionali n.23 del 2005, n.10 del 2006 e n.21 del 2012” che ha dato avvio al processo di riforma del servizio sanitario regionale, disciplinando gli aspetti istituzionali ed organizzativi.

Con le deliberazioni n.51/2 del 20.12.2014 e n.3/15 del 20.1.2015, la Giunta Regionale ha dato corso agli adempimenti previsti dalla succitata legge, nominando i Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali, Aziende Ospedaliere Universitarie e “G.Brotzu”, nel quadro della riorganizzazione e riqualificazione dei servizi sanitari finalizzato alla riduzione del numero delle aziende sanitarie

La recente legge regionale n.36 del 28.12.2015, all'art.1, comma 1 ha previsto l'adozione, entro 30 giorni dall'entrata in vigore della medesima legge, di un disegno di legge organico che prevede l'istituzione dell'Azienda sanitaria unica regionale (ASUR) a decorrere dal **1° luglio 2016** e con deliberazione n.67/30 del 29.12.2015 la Regione ha disposto la proroga, fino al **31 marzo 2016**, dell'incarico conferito con le deliberazioni n.51/2 del 20.12.2014 e n.3/15 del 20.1.2015 ai Commissari Straordinari delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere-Universitarie di Cagliari e di Sassari.

Pertanto l'Azienda non ha potuto ancora provvedere alla predisposizione/approvazione del Piano delle Performances per l'anno 2016, in quanto in attesa di specifiche disposizioni, da parte della Regione in ordine all'assegnazione ai Commissari Straordinari degli obiettivi di mandato.

Conseguentemente l'ASL N.5 di Oristano, come tutte le altre Aziende della Regione, si trova in una situazione di transizione del proprio assetto organizzativo che limita la possibilità di formalizzare nuovi processi stabili e di lunga durata anche di controllo del rischio.

Ciò nonostante si prevede con il presente aggiornamento di confermare per l'anno 2016 le misure già adottate nel 2015 e di integrare, secondo quanto previsto nella Delibera n.12 del 28 ottobre approvata dall'ANAC, le aree di rischio e prevedere la realizzazione di importanti misure finora non presenti nel Piano, compatibilmente con il nuovo assetto organizzativo del SSR nell'anno 2016.

## **1.CONCETTO DI CORRUZIONE AI FINI DEL PRESENTE PIANO**

La legge 190/2012 non prevede una definizione di "corruzione" che viene data per presupposta, il significato di corruzione è inteso, nel presente Piano Triennale di prevenzione, conformemente a quanto stabilito dalla circolare n.1/2013, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti sono quindi più ampie della fattispecie penalistica, e sono tali da comprendere non solo tutti i delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un malfunzionamento dell'Amministrazione a causa dell'uso ai fini privati delle funzioni attribuite.

In questa prospettiva assumono importanza gli atti adottati, anche di natura endoprocedimentale, i comportamenti tenuti dai dipendenti nel disbrigo delle pratiche, i rapporti tra colleghi e uffici e i rapporti con i soggetti esterni, siano essi utenti, clienti, fornitori, erogatori o lavoratori autonomi. Tutta l'attività amministrativa deve quindi essere improntata al principio di legalità, inteso nella sua accezione più ampia e quindi comprendente tutti gli altri principi sui quali si basa l'ordinato svolgimento dei compiti affidati a una struttura e a un dirigente.

Si conferma, dunque la definizione del fenomeno contenuta nel PNA, non solo più ampia dello

specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la “maladministration”, intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

## **1.1 OGGETTO, FINALITÀ E PROCESSO DI ADOZIONE DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

1. Il presente aggiornamento al piano della prevenzione dà attuazione alle disposizioni di cui alla legge del 06 novembre 2012, n.190, secondo le linee di indirizzo dettate dal Piano Nazionale dell'Anticorruzione approvato dalla C.I.V.I.T. con delibera n.72/2013, e della Determinazione ANAC n.12 del 28.10.2015, “aggiornamento 2015 al piano nazionale anticorruzione”, rappresenta lo strumento attraverso il quale prevenire i fenomeni corruttivi. Si prefigge i seguenti obiettivi:

- Ridurre le opportunità che favoriscono i casi di corruzione;
- Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;
- Stabilire interventi organizzativi volti a prevenire il rischio di corruzione;
- Individuare misure specifiche finalizzate a prevenire la corruzione nell'ambito delle attività esercitate dall'ASL n.5;

I principali strumenti di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa e applicati all'ASL di Oristano sono:

- il Piano della Prevenzione della Corruzione;
- il Programma per la trasparenza e l'Integrità e relativi adempimenti;
- l'applicazione del codice di comportamento;
- la formazione in materia di etica ed integrità, sulla normativa e sulle tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- l'applicazione dei criteri di rotazione del personale delle aree a rischio;
- l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- la disciplina specifica in materia di incarichi istituzionali ed incarichi extra-istituzionali;
- le incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- la disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- la disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors);
- l'applicazione di una disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower);

Il piano realizza la sua finalità inoltre attraverso:

- Il completamento dell'analisi e mappatura delle attività a rischio su tutte le strutture e la direzione generale dell'ASL n.5, ai fini dell'individuazione e valutazione del rischio corruttivo e del relativo trattamento;
- l'attività di monitoraggio e di valutazione della **concreta efficacia** delle misure previste/attuare;
- il coordinamento e integrazione tra la prevenzione della corruzione e il ciclo della Performance e tutti gli altri strumenti/sistemi presenti nell'organizzazione aziendale (controlli, regolamenti ect.) nell'ottica di una più ampia ed efficace gestione del rischio.
- La previsione di obblighi di comunicazione nei confronti del Responsabile chiamato a vigilare sul funzionamento del piano;
- il monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti di questa amministrazione;

- **Processo di formazione**

Il presente Piano è stato redatto dal responsabile della Prevenzione della Corruzione in collaborazione con i Referenti e i Dirigenti dell'Ente.

I dirigenti aziendali responsabili delle macrostrutture, di strutture complesse sono stati coinvolti in ordine all'applicazione della Determinazione ANAC n.12 del 28.12.2015 per quanto di competenza, attraverso apposita circolare a firma del Commissario Straordinario;

Il Commissario Straordinario di questa ASL, tramite procedura aperta alla consultazione, pubblicata nel sito istituzionale [www.asloristano.it](http://www.asloristano.it), ha chiesto a tutti i soggetti pubblici, privati, dipendenti, associazioni stakeholder in genere di far pervenire entro la data del 31.12.2015 contributi o osservazioni al Piano.

Non sono pervenuti contributi.

Entro il 31 gennaio, salvo diverso altro termine fissato dalla legge, il Commissario adotta il Piano Anticorruzione unitamente al Programma per la Trasparenza.

L'adozione del PTPC e dei suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati dall'Azienda sul sito internet ed intranet, nonché mediante segnalazione via mail a ciascun dipendente e collaboratore.

## **1.2 ANALISI DEL CONTESTO**

La prima e indispensabile fase del processo di gestione del rischio è quella relativa all'analisi del contesto, necessaria per comprendere come il rischio corruttivo possa avere la possibilità di verificarsi all'interno dell'Azienda.

### 1.3 CONTESTO ESTERNO

L'Azienda Sanitaria Locale di Oristano è stata costituita il 01/10/1995, ai sensi della L.R. N.5/95, ha la sua sede legale ad Oristano in via Carducci,35.

Il territorio su cui l'Azienda svolge le proprie funzioni di tutela e di promozione della salute degli individui e della collettività coincide con la Provincia di Oristano che si estende per circa 3040 kmq, con 88 comuni. Il numero di utenti dell'ASL di Oristano è di 162.643, ( fonte ISTAT 2015 );

#### Struttura Produttiva

Il mondo della produzione in ambito provinciale è rappresentato da: n°12.948 imprese registrate alla Camera di Commercio che operano principalmente nell'agricoltura, silvicoltura e pesca (4.629 unità, pari al 32% del totale delle imprese registrate) e nel settore del commercio (3.386 unità, pari al 24 % del totale delle imprese registrate) altre 1712 imprese, il 12 % operano nel settore delle costruzioni.

Le restanti imprese, con percentuali inferiori al 7%, svolgono attività negli altri settori economici nello specifico relativamente al turismo, sono presenti strutture ricettive, servizi alberghieri, servizi di ristorazione, e produzioni artigianali.

La forma giuridica più diffusa è l'impresa individuale, rappresentata dal 70% delle imprese. Seguono le società di persone (15%) e le società di capitali (11%). Il restante 5% delle imprese ha adottato altre forme societarie e consortili.

#### Stato dell'ordine e della sicurezza in ambito Provinciale

Con riferimento al contesto generale nel quale questa Azienda Sanitaria svolge le proprie funzioni istituzionali, si riporta un estratto dell'ultima Relazione del Ministero dell'Interno sull'Attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentato al Parlamento e pubblicato sul sito della Camera dei Deputati:

*“La provincia è caratterizzata da un'economia agro-pastorale e dalla mancanza di insediamenti industriali di rilievo; a ciò risulta connesso un alto tasso di disoccupazione che provoca, anche se in forma contenuta, varie forme di disagio sociale che talvolta danno luogo a manifestazioni criminali aggressive”.*

In particolare, si verificano reati di tipo predatorio, quali rapine, furti in danno e su autovetture, ad esercizi commerciali e furti consumati in ambienti agropastorali (abigeato, furti di utensili agricoli), specialmente nella zona orientale della provincia e dell'alto oristanese.

L'analisi delle fenomenologie criminose in ambito provinciale in sintesi ha evidenziato elementi, per tipologia, gravità o frequenza, sintomatici di collegamenti con la criminalità organizzata e/o riconducibili alle casistiche più significative dell'usura, estorsione, prostituzione e traffico di sostanze

stupefacenti.

Persiste, in incremento, il fenomeno degli incendi di aree boschive, specie nel periodo estivo.

E' presente presso la Questura di Oristano un gruppo di lavoro, costituito dal personale della Digos e della Squadra Mobile dedicato alle attività di indagini sugli atti intimidatori consumati in provincia, in danno di amministratori locali e/o professionisti legati a pubbliche amministrazioni”

*Non si evidenziano fenomeni riconducibili alla criminalità organizzata di stampo mafioso, nè si sono verificati casi di infiltrazioni della criminalità in apparati pubblici ovvero presenza sul territorio di associazioni criminali importanti.( fonte: Camera dei Deputati Ordine e sicurezza pubblica – approfondimenti regionali e provinciali sulla situazione della criminalità in Italia. <http://www.camera.it>)*

*Tuttavia nella Casa Circondariale di Massama (Oristano) su una popolazione carceraria di circa 300 detenuti si registra la presenza di circa 220 reclusi in stato di massima sicurezza.*

In aumento i reati in materia tributaria e quelli legati all'*indebita percezione di fondi comunitari*.

Da evidenziare tra le indebite percezioni di sussidi o agevolazioni il numero elevato di autocertificazioni non veritiere rilasciate dagli utenti di questa ASL per ottenere il beneficio dell'esenzione per reddito, di cui al Decreto Ministero Economia e Finanze del 11.12.2009. Per l'anno 2011 su un totale di 19.152 esenzioni rilasciate n.1732 sono risultate non veritiere, a seguito del controllo incrociato effettuato dalla Sogei.

A supporto del suddetto controllo l'ASL di Oristano ha stipulato una convenzione con il Comando Provinciale della Finanza per dare corso alle procedure per il recupero delle somme dovute nei confronti di coloro che non avevano i requisiti per fruire dell'esenzione per reddito.

#### **1.4 CONTESTO INTERNO**

Premesso che in virtù delle riforme in atto da parte della Regione Sardegna e della fase di transizione nella quale opera questa Azienda il Commissario Straordinario, non ha potuto procedere alla definizione di obiettivi programmatici per il prossimo triennio 2016-2018 e su indicazione dell'Assessorato Regionale alla Sanità, ha approvato i documenti economici - previsionali per il solo anno 2016.

Le risorse assegnate a questa ASL per la copertura dei costi di parte corrente per l'anno 2016, ammontano a euro **247.774.031,40**.

IL governo aziendale si attua attraverso le funzioni strategiche e di indirizzo, e il concorso al razionale esercizio di queste funzioni è assicurato dai ruoli e dalle competenze di diversi soggetti, organismi, e profili.

La direzione aziendale, composta dal Commissario coadiuvato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, supporta le attività tipiche della direzione strategica, e fa fronte alle esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi.



A tal fine, si avvale di strutture organizzative che sono parte integrante del sistema delle funzioni di supporto, valutazione, ricerca e sviluppo riferite a tutti i processi aziendali.

#### - Articolazioni organizzative

Le articolazioni organizzative aziendali sono riconducibili a cinque distinte aree di riferimento.

Tali aree sono individuate tenendo conto delle forme e modalità di erogazione dell'assistenza, della tipologia dei processi produttivi e della natura delle attività, sanitarie, amministrative, tecniche, logistiche e di supporto attribuite.

Le aree comprendono macroarticolazioni organizzative, costituite da dipartimenti, distretti, presidi ospedalieri, che sono sede delle attività e dei processi di competenza e rispondono al vertice aziendale; le stesse aree rappresentano, inoltre i riferimenti per gli assetti organizzativi, per il governo e il funzionamento della azienda, per le prestazioni da produrre e da erogare, per quelle da acquistare, per il controllo della loro qualità e appropriatezza, e per i budget.

L' ASL di Oristano assicura nel proprio territorio i seguenti livelli essenziali di assistenza :

- Prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- Assistenza distrettuale;
- Assistenza ospedaliera;

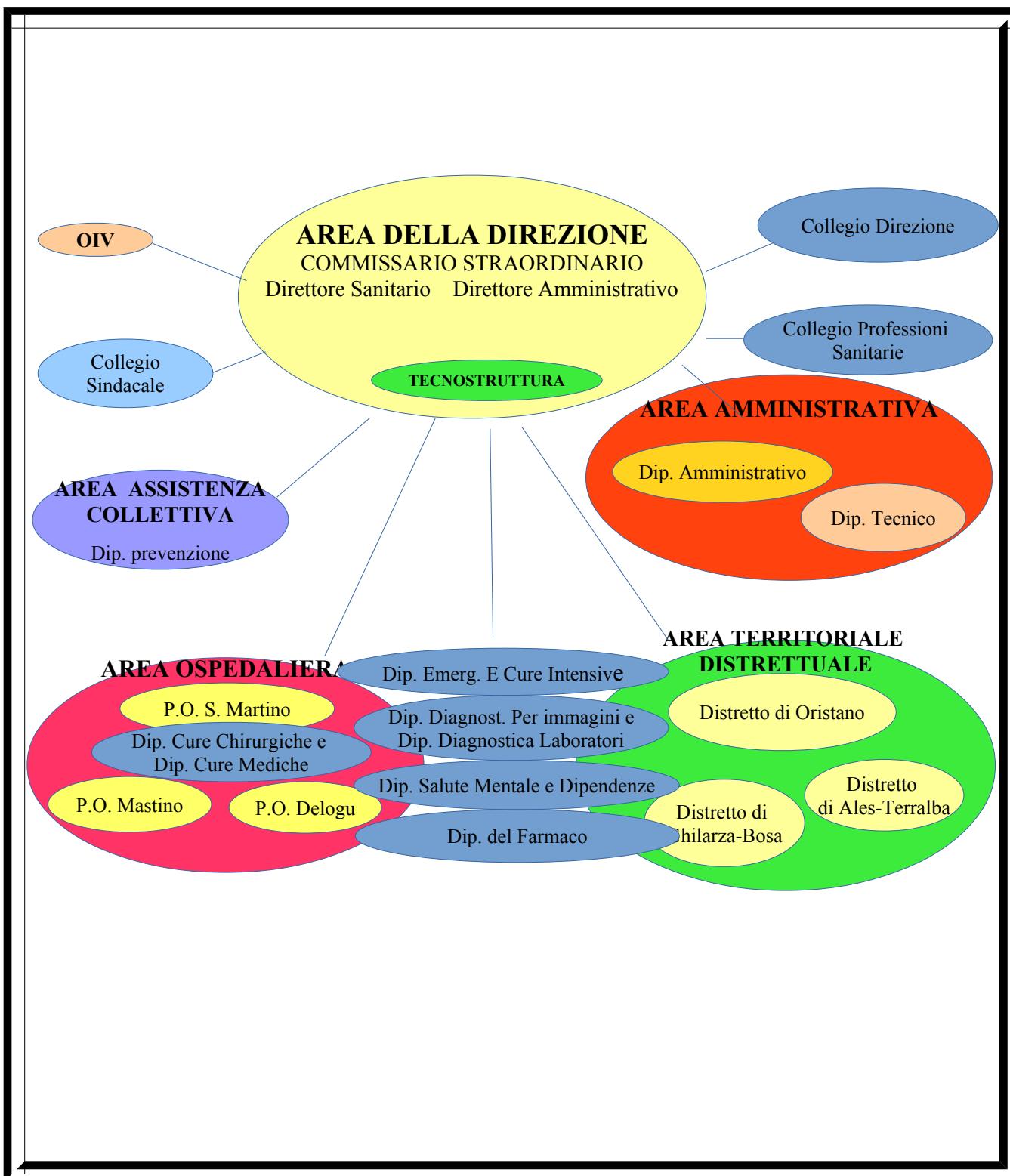
Sotto l'aspetto organizzativo l'Azienda si articola in:

n. 3	Distretti Socio Sanitari (Oristano, Ghilarza-Bosa e Ales -Terralba)
n. 3	Ospedali (S.Martino, G. P. Delogu e A.G. Mastino)
n. 8	Dipartimenti assistenziali
n. 1	Dipartimento tecnico- amministrativo

#### - Le risorse professionali

Si riporta di seguito nella sottoindicata tabella la consistenza del personale dipendente, espresso in termini di unità e distinto per ruolo e per area contrattuale, riferita all'anno 2014-Relazione della Performance

Tipo Contratto	Ruolo Sanitario	Ruolo Professionale	Ruolo Tecnico	Ruolo Amministrativo	Totale
Tempo Indeterminato	1252	5	282	171	1710
Dirigenza Medica e Veterinaria	375				375
Dirigenza Sanitaria non Medica	34				34
Dirigenza Professioni Sanitarie	1				1
Dirigenti P/T/A	4			11	15
Comparto	843		282	160	1285
Tempo Determinato	68	1	12	1	82
Dirigenza Medica e Veterinaria	39				39
Dirigenza Sanitaria non Medica	1				1
Dirigenti P/T/A		1		1	2
Comparto	28		12		40
<b>TOTALE</b>	<b>1320</b>	<b>6</b>	<b>294</b>	<b>172</b>	<b>1792</b>



## **1.5 SOGGETTI RUOLI E RESPONSABILITÀ -**

Il PNA riepiloga nell'allegato 1) i soggetti che partecipano al processo di attuazione del Piano:

- a) l'autorità di indirizzo politico, con la funzione di designazione del Responsabile della Prevenzione, di approvazione del Piano nonché di adozione degli atti generali, a livello aziendale, finalizzati anche indirettamente alla Prevenzione della Corruzione;
- b) Il RPC;
- c) I Referenti;
- d) I Dirigenti cui è affidata l'attività informativa e formativa dei propri dipendenti, la partecipazione al processo di gestione del rischio, la proposta di misure di prevenzione, l'adozione delle misure gestionali ( disciplinari, organizzative etc.) e l'osservanza del Piano;
- e) l' O.I.V. e gli altri organismi di controllo interno, partecipi del Processo di Gestione del Rischio, con ruolo consultivo ( parere obbligatorio per il Codice di Comportamento aziendale) o inerenti il monitoraggio degli adempimenti per la Trasparenza;
- f) l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, con facoltà di proposta di aggiornamento del codice di comportamento;
- g) I dipendenti dell'Amministrazione, partecipi del processo di gestione del rischio, con compiti di segnalazione e obbligo di osservanza scrupolosa del Codice di Comportamento;
- h) I collaboratori dell'Amministrazione, con funzioni di segnalazione, proposta e obbligo di osservanza del Codice di comportamento.

La determina ANAC n.12 del 28.10.2015 conferma la centralità del ruolo del RPC nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

La legge 190/2012 prevede che il PTPC contenga obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.

Al rispetto di tali obblighi informativi sono chiamati tutti i soggetti coinvolti nel processo di formazione del Piano, nelle successive fasi di verifica, nell'attuazione delle misure adottate e nella verifica della loro concreta efficacia.

A riguardo risulta appropriata la previsione nel Codice di comportamento del dovere di collaborazione con il RPC, la cui violazione deve essere ritenuta grave in sede di responsabilità disciplinare.

E' di tutta evidenza che il successo della strategia della prevenzione della corruzione sia fortemente legata al grado di coinvolgimento dell'intera struttura aziendale in tutte le fasi di predisposizione ed attuazione delle misure.

**Per migliorare la qualità del P.T.P.C e di tutta l'attività di prevenzione nelle sue fasi e processi è indispensabile che il R.P.C sia dotato di una struttura organizzativa o unità di supporto intersettoriale adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere.**

**Questa Azienda pertanto provvederà ad inoltrare specifica richiesta all'Assessorato Regionale:**  
**A) per l'acquisizione di professionalità e mezzi tecnici adeguati necessari a supportare il R. P. C. nello svolgimento dell'attività della prevenzione della corruzione, nel rispetto della normativa vigente.**

**B) per l'attivazione di una rete regionale costituita dai RPC delle Aziende Sanitarie al fine di condividere azioni comuni.**

### **1.6 ANALISI E MONITORAGGIO DEL PIANO 2015/2017**

L'Attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si alimentano grazie alla maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo. Perciò il Piano non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì come una molteplicità di strumenti opportunamente coordinati, finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente adattati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

Conseguentemente preliminarmente all'illustrazione delle azioni mirate alla prevenzione della corruzione e all'applicazione delle disposizioni in materia di trasparenza contenute del presente aggiornamento si ritiene opportuno evidenziare sinteticamente quanto realizzato nel 2015.

Il Piano di prevenzione 2015/2017, approvato con delibera C.S. n.46 del 30/01/2015 ha provveduto in particolare ad individuare:

- I settori e le attività particolarmente esposte a rischio;
- I compiti degli attori coinvolti e le azioni/misure riportate anche attraverso schede per singola UU.OO.;
- il processo di gestione del rischio attinente alle aree a più alto rischio corruzione e l'individuazione delle misure di prevenzione e di contrasto ai fini della prevenzione dei fenomeni corruttivi sulla base della mappatura dei processi.

L'attività di prevenzione in generale si è concentrata sull'applicazione delle misure obbligatorie (norme in materia di incompatibilità, conflitto di interessi, rispetto del codice di comportamento, dei patti di integrità nei contratti, rotazione del personale, formazione, whistleblowing, gestione e trattamento del rischio)

Per quanto riguarda, nello specifico, l'ultimo punto il processo di mappatura dei rischi, promosso dalla direzione aziendale e coordinato dal RPC, ha visto il coinvolgimento di n.23 UU.OO., attraverso la costituzione di gruppi di lavoro intersettoriali, alla quale hanno partecipato dirigenti di macrostruttura e di struttura e si è particolarmente incentrato sull'analisi, mappatura e valutazione dei rischi e applicazione delle misure, secondo la metodologia prevista nel P.N.A. All'allegato 5. Le risultanze sono rappresentate nel prospetto allegato a) al presente atto.

### **1.7 MISURE DI PREVENZIONE**

## **Incompatibilità, incandidabilità ed ineleggibilità**

Il d.lgs n.39 del 8.4.2013 prevede un sistema di incompatibilità degli incarichi dei dirigenti delle pubbliche amministrazioni al fine di ristabilire una maggior fiducia nei confronti della Pubblica Amministrazione.

Relativamente ai dirigenti direttori di struttura dell' ASL di Oristano e ai collaboratori a qualsiasi titolo di questa ASL, vengono acquisite apposite autodichiarazioni annualmente e all'atto dell'incarico, pubblicate o che dovranno essere pubblicate nel sito istituzionale " Amministrazione Trasparente" per un controllo pubblico.

Tale misura dovrà essere rinnovata anche nell'anno 2016.

## Conflitto di interesse

Il conflitto di interesse rappresenta un aspetto di particolare rilevanza e complessità nella prevenzione della corruzione in quanto è una "condizione" che si verifica quando viene affidata un'alta responsabilità decisionale (o interesse primario) ad un soggetto che abbia interessi personali o professionali in conflitto, anche potenziale, con l'imparzialità richiesta da tale responsabilità che può venir meno a causa degli interessi (secondari) personali in oggetto.

Relativamente al concetto di conflitto di interesse in sanità l'interesse primario può riguardare la salute del cittadino, la formazione dei professionisti sanitari, l'integrità della ricerca, l'informazione corretta dei pazienti ecc. Mentre l'interesse secondario può riguardare un beneficio di natura economica, un' avanzamento di carriera, riconoscimenti professionali ecc.

Nel corso degli anni 2015 e precedenti nell'ambito delle procedure per la scelta del contraente sono state adottate, presso questa ASL le dichiarazioni di assenza di incompatibilità o cause di astensione, ai sensi degli articoli 51 c.p.c.e dell'art.35-bis D.Lvo 30.3.2001 n.165, da parte dei componenti delle commissioni di gara.

Per la stipula degli accordi contrattuali tra l'Azienda e le strutture private accreditate è prevista la dichiarazione, del legale rappresentante dell'assenza di incompatibilità/conflitto di interesse in capo al personale dipendente o convenzionato impiegato nella struttura, con il ssn.

L'Azienda Sanitaria di Oristano, per l'anno 2016 in attuazione dell' Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, giusta Determinazione ANAC n.12 del 28.10.2015 sopra richiamata, al fine di rafforzare la trasparenza nell'organizzazione sanitaria e nel complesso sistema di relazioni interprofessionali che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo operano in ambito sanitario nei processi decisionali e gli altri portatori di interesse, dispone che i professionisti di area sanitaria e amministrativa rendano note in apposite dichiarazioni pubbliche, gli interessi e/o relazioni che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi medici, procedure diagnostiche

e/o di altra tecnologia sanitaria, ricerca, sponsorizzazione e sperimentazione.

L' ASL di Oristano adotta la modulistica, resa disponibile da AGENAS, sul proprio sito istituzionale che costituisce dichiarazione e misura di prevenzione per tutte le Aziende del SS.N.e dovrà pertanto essere compilata da tutti i professionisti interessati dipendenti/convenzionati di questa ASL.

### Il codice di comportamento

Il codice di comportamento è lo strumento che definisce i principi di comportamento e i valori cui deve essere improntata l'attività amministrativa-gestionale dell'Azienda e costituisce fonte normativa regolamentare che integra e specifica il codice di comportamento emanato con D.P.R. 16.4.2013 n.62

Il codice di comportamento adottato da questa Azienda si applica anche a tutti i collaboratori, consulenti e tirocinanti nonché ai collaboratori delle imprese fornitrici che realizzano opere in favore di questa Azienda.

La violazione degli obblighi previsti dal Codice è fonte di responsabilità disciplinare.

A seguito dell'approvazione del Codice sono stati adeguati gli schemi di contratto (di assunzione a tempo indeterminato e di collaborazione/libero professionale) con apposita dicitura riguardante l' informativa e l'impegno al rispetto del codice di comportamento.

Il P.T.P.C 2015 prevedeva obblighi di informazione/formazione e di monitoraggio del rispetto del codice in capo ai Dirigenti e dalle relazioni trasmesse al R.P.C non risultano accertate violazioni al codice di comportamento.

Nel corso del 2016 dovrà essere rivolta particolare attenzione al codice attraverso la realizzazione di eventi formativi e approfondimenti.

### Patti di integrità nei contratti

L' Azienda Sanitaria di Oristano, come previsto nel Piano 2015 ha adottato i Patti di integrità negli affidamenti di forniture di beni servizi tecnologie e lavori. Si tratta di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti. Lo scopo della misura è inoltre quello di permettere un controllo reciproco ed eventuali sanzioni nel caso in cui i partecipanti/affidatari cerchino di eluderlo.

I patti di integrità vengono allegati al contratto e sottoscritti dalle parti.

### Rotazione

La rotazione dei dirigenti e dei dipendenti rappresenta uno strumento fondamentale per contrastare la corruzione nelle aree ad elevato rischio.

La ratio delle previsioni normative è quella di evitare che possano consolidarsi posizioni di privilegio

nella gestione diretta di attività che possono finire per favorire coloro che intessono relazioni con i dipendenti inseriti in un certo ruolo a scapito di altri.

L' ASL di Oristano aveva previsto nel P.T.P.C. 2015 l' avvio della rotazione, in alcuni settori particolarmente esposti a rischio corruzione ( Medicina Legale, Assistenza Veterinaria, Provveditorato e Personale)

Per quanto riguarda l'U.O di Medicina Legale è stata attuata la rotazione dei componenti medici e dei segretari delle commissioni di accertamento dell'Invalidità civile, previo avviso interno aperto al personale in possesso dei requisiti e approvazione di graduatoria aziendale con validità biennale.

La misura era stata prevista anche a seguito della mappatura del rischio.

Per quanto riguarda l' applicazione del principio di rotazione nei servizi di assistenza veterinaria , Igiene degli Allevamenti e delle produzioni Zootecniche, Sanità Animale, e Igiene degli alimenti l'applicazione della rotazione, che viene disciplinata anche attraverso specifiche procedure interne di servizio, si differenzia in considerazione delle specifiche linee di attività.

Per i controlli ufficiali in forma di ispezione, per gli audit, i campionamenti ecc. la rotazione nelle quattro strutture viene attuata con abbinamento alternato del personale e/o ad estrazione casuale.

Si evidenzia a riguardo che nei casi di controlli ufficiali finalizzati all'erogazione di premialità (premi comunitari o altri) nelle equipe che sottopongono a controllo le aziende zootecniche non sono mai presenti i veterinari che esercitano le proprie funzioni e controlli nel territorio interessato.

Tuttavia relativamente al processo su riportato, tenuto conto anche di quanto emerso dall'analisi delle fenomenologie criminose in ambito provinciale, deve essere confermata un'applicazione rigorosa del principio di rotazione.

Si evidenzia che dai dati in possesso dell'Ufficio Legale aziendale emerge che per il periodo 2011 -2015 risulta un solo procedimento penale, ove asl n. 5 risulta parte offesa.

Non risultano notificati altri procedimenti giudiziari radicati ove l'asl n. 5 e' parte lesa per reati contro la pubblica amministrazione, di falso e di truffa ed in particolare di truffa aggravata nei confronti della p.a. per il conseguimento di erogazione pubblica (art. 640 bis c.p.)

Per quanto riguarda altre aree a rischio come: appalti e concorsi, la rotazione continua ad essere applicata con il criterio dell'alternanza dei responsabili di procedimenti.

Per l'anno 2016, stante l'attuale fase di transizione in atto per questa ASL sono confermati i criteri suesposti.

### Formazione

La formazione costituisce una leva fondamentale per il successo della strategia dell'anticorruzione.

La formazione realizzata in questa ASL nel corso del 2015 è stata destinata: ai dipendenti delle strutture che fanno parte del Dipartimento di Prevenzione Territoriale, ai dipendenti delle strutture del



Dipartimento Amministrativo, alla direzione aziendale, al RPC, ai dirigenti dei servizi di Farmacia Ospedaliera e Territoriale.

Gli eventi formativi, destinati ai dipendenti dei due Dipartimenti, sviluppati in house in modalità frontale, dal titolo "La formazione necessaria" avevano come contenuti oltre agli aspetti principali della normativa in materia, il concetto di corruzione secondo la legge 190/2012, le misure anticorruzione e l'applicazione pratica in ambito sanitario e nel settore degli Appalti e dei controlli e vigilanza sanitaria. Per quanto riguarda la formazione rivolta alla direzione aziendale, al r.p.c., ai dirigenti dei servizi di Farmacia Ospedaliera e Territoriale, promossa da "Illuminiamo la Salute" si è svolta fuori dall'Azienda e ha riguardato approfondimenti sulla normativa anticorruzione, sui temi dell'etica in sanità e sulle tematiche relative al settore dei farmaci.

Nel Piano Aziendale della Formazione per l'anno 2016, approvato da questa ASL è stata prevista la formazione per la prevenzione della corruzione.

#### Whistleblowing

L' ASL di Oristano ha approvato le linee guida per la tutela del dipendente che segnala illeciti pubblicando ed esplicitando attraverso il sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente" tutte le modalità a disposizione (Piattaforma informatica, segnalazione cartacea, verbale, posta elettronica) per effettuare le segnalazioni.

Si evidenzia che non è pervenuta nessuna segnalazione.

#### Rapporti con la società civile

A partire dal Dicembre del 2013 l'Azienda, al fine di instaurare un rapporto diretto ed immediato di comunicazione con tutti i cittadini, ha attivato nuovi canali di comunicazione attraverso i social network (facebook, twitter e you tube).

In occasione della giornata della Trasparenza, promossa da questa Azienda e tenutasi in data 18.12.2015, la direzione generale e la dirigenza dell'asl hanno incontrato gli stakeholder interni ed esterni dell'ASL per illustrare, tra gli altri, gli strumenti e gli obiettivi in materia di trasparenza attuati e da attuare. Con l' occasione gli stakeholder sono stati invitati a proporre osservazioni e/o contributi, ai fini dell'elaborazione dei Documenti Programmatici per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza

#### Ulteriori misure proposte nel Piano per prevenire e combattere la corruzione in Sanità

##### 1. Azioni volte alla promozione del whistleblowing

La misura non ha avuto finora nessun riscontro, sarà necessario fare leva sull'aspetto culturale per raggiungere, seppure non nell'immediato i risultati voluti, attraverso la realizzazione di eventi formativi

specifici che mirino ad accrescere il senso di appartenenza e la fiducia nel sistema aziendale.

2. Promuovere l'integrazione dei controlli presenti in azienda.

Integrare tra loro i controlli e gli audit presenti in azienda, previsti da altre normative (es. normativa comunitaria nell'ambito dei controlli ufficiali) per gestire le informazioni in maniera sistematica, ai fini della prevenzione della corruzione.

La finalità consiste nel realizzare l'integrazione delle misure di prevenzione con i processi organizzativi.

## **PARTE SECONDA**

### **ANALISI DEL RISCHIO**

2. L'Azienda Sanitaria n.5 di Oristano, in attuazione del P.T.P.C., ha avviato nel corso del 2015 l'attività di mappatura dei processi aziendali, classificati per area, secondo quanto previsto nell'Allegato 2 del PNA.

La metodologia operativa di mappatura, approvata dal Piano, riporta attraverso una scheda, di obiettivi, da affidare ai Dirigenti Responsabili di struttura: l'individuazione del processo, eventuali sue fasi, i responsabili per ciascun processo o fase di esso, la valutazione del rischio, secondo i criteri indicati nella Tabelle Allegato 5 del P.N.A. e secondo la tempistica prevista.

Le aree analizzate e i processi oggetto della mappatura sono state le seguenti:

#### A) Area di rischio: acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento;
2. Progressioni di carriera;
3. Conferimento di incarichi di collaborazione;

#### B) Area di rischio: affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento;
2. Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento;
3. Requisiti di qualificazione;
4. Requisiti di aggiudicazione;
5. Valutazione delle offerte;
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte;
7. Procedure negoziate;
8. Affidamenti diretti;
9. Revoca del bando;
10. Redazione del cronoprogramma;
11. Varianti in corso di esecuzione;
12. Subappalto;
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali

durante la fase del contratto;

C) Area di rischio: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

D)Area di rischio: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;

A seguito dell'Approvazione della Determinazione ANAC N.12/2015 - Parte Speciale Sanità - vengono evidenziate le sottoindicate ulteriori **aree di rischio generali**:

Aree di rischio -

E) Contratti Pubblici;

F) Incarichi e nomine;

G) Gestione delle entrate , delle spese e del patrimonio;

H) Vigilanza, controlli, ispezioni, sanzioni;

inoltre vengono individuate a titolo esemplificativo le sottoindicate aree di rischio specifiche:

I) Attività libero professionale e liste di attesa;

L) Rapporti contrattuali con i privati accreditati;

M) Farmaceutica,dispositivi e altre tecnologie,Ricerca sperimentazioni e sponsorizzazioni;

Nelle aree a rischio C-D, oggetto di mappatura e analisi del rischio, sono comprese in generale e a titolo indicativo e non esaustivo: le attività relative a: concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi e sussidi, nonché vantaggi economici a privati ed enti pubblici,

-attività relative a incompatibilità e cumulo di impieghi,( l'autorizzazione per il personale dipendente ad incarichi esterni)

-attività di vigilanza, ispezioni, controlli e sanzionatoria, con riferimento all'area della prevenzione,

-attività amministrative connesse all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza come la gestione delle liste di attesa, le esenzioni e le riscossioni del ticket, l'erogazione in regime di libera professione.

## **2.1 PROCESSI, MAPPATURA, VALUTAZIONE DEI RISCHI E ATTRIBUZIONE MISURE**

L'attività di analisi dei processi, mappatura, valutazione dei rischi e attribuzione delle misure è stata condotta all'interno dell'ASL da gruppi di lavoro intersettoriali, costituiti con disposizione del Commissario Straordinario e coordinati dal R.P.C. e ha riguardato le seguenti macrostrutture e strutture complesse e semplici

- 1 - Dipartimento di Prevenzione (Igiene degli alimenti di origine animale, Sanità animale, Igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche, Igiene alimenti e Nutrizione Igiene e Sanità Pubblica, Medicina Legale, Servizio di prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro);

- 2 - Distretti Socio -Sanitari; (Attività e servizi di assistenza e cure domiciliari - PUA (punto unico di accesso) - UVT (unità di valutazione territoriale) - Funzioni Amministrative;
- 3 - Tecnostruttura; (Affari Generali/ Legali, Formazione, Accreditamento, Qualità e Liste d'Attesa - CUP)
- 4 - Amministrazione del Personale,
- 5 - Provveditorato;
- 6 - Nuove Opere e Ristrutturazioni;
- 7 – Manutenzioni, Patrimonio, Servizi Generali e Ingegneria Clinica;
- 8 – Direzione Ospedaliera;

La valutazione dell'efficacia delle misure stabilite saranno incluse tra gli obiettivi operativi dei Responsabili della strutture nel Ciclo delle Performances entro l'anno 2016.

Come indicato in premessa il presente documento si pone in continuità con il Piano approvato con Delibera del C.S.n. 46 del 30.01.2015 e pertanto l'attività di mappatura dei processi proseguirà fino a completa mappatura di tutte le attività aziendali nel corso del 2016, per le sottoindicate aree/ strutture , secondo la metodologia illustrata nel Piano Anno 2015:

- Direzione Generale;
- Direzione Amministrativa;
- Direzione Sanitaria;
- Attività di Programmazione e Controllo;
- Sistema Informativo Aziendale;
- Attività Medico competente;
- Attività Servizio Prevenzione Protezione;
- Attività Fisica Medica;
- Bilancio e Contabilità;
- Ufficio Legale;
- Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze;
- Dipartimenti Ospedalieri;
- Servizio delle professioni Sanitarie;
- Medicina convenzionata ( medici di medicina generale, di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali);

Tutte le attività di mappatura dei processi, analisi dei rischi e applicazione delle misure per contrastare il rischio saranno incluse tra gli obiettivi operativi dei Responsabili delle strutture competenti nel Ciclo delle Performances entro l'anno 2016.

## **2.2 COORDINAMENTO CON IL CICLO DELLE PERFORMANCES**

Considerato che l'efficacia del P.T.P.C. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione il suo contenuto deve essere coordinato rispetto a tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione.

Esiste uno stretto legame funzionale tra Piano della Performance e P.T.P.C., come previsto nell'Allegato 1 sez.B. 1.1.4. del P.N.A., nella delibera n.6/2013 della Civit ( ora ANAC) e nel D.Lgs 150/2009.

La disciplina dell'Anticorruzione e della trasparenza è un'area strategica della programmazione aziendale diretta all'individuazione delle misure di carattere generale che l'Azienda ha adottato o intende adottare per prevenire il rischio di corruzione, che richiede un concorso di azioni positive di tutto il personale sia per la realizzazione che per i controlli, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

Impegno dell'Azienda è di garantire l'integrazione di questi strumenti traducendo le misure di prevenzione contenute nel presente P.T.P.C. in veri e propri obiettivi da inserire nel Piano delle Performances.

Il Piano delle Performance svilupperà annualmente le schede di programmazione delle misure di prevenzione della corruzione incluse nel presente PTPC, declinandole in obiettivi di performance organizzativa e individuale, correlati anche al sistema di retribuzione di risultato e di produttività.

A tal fine si riporta nel presente Piano la scheda tipo e le schede per ciascuna struttura nella quale dovranno essere riportate le azioni, il responsabile, l'indicatore e la tempistica che i Dirigenti delle aree/strutture di questa ASL sono tenuti a rispettare, allegate al presente sotto B)

Dei risultati emersi nella Relazione delle Performance, il Responsabile Prevenzione Corruzione tiene conto per:

- effettuare un'analisi per comprendere le cause in base alle quali si sono verificati degli scostamenti rispetto ai risultati attesi;
- individuare delle misure correttive, sia in relazione alle misure obbligatorie che a quelle ulteriori, in coordinamento con i dirigenti interessati;
- inserire le misure correttive tra quelle necessarie per migliorare il PTPC.

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N.5 DI ORISTANO**

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione -Obiettivi operativi dei Dirigenti Responsabili di Struttura  
Programmazione Attività Anno 2016

Mappatura dei processi ed elaborazione del catalogo da parte dei Responsabili di cui alle strutture indicate  
nella Parte seconda del Piano e sottoriportate :

Direzione Generale, Sistema Informativo Aziendale, Bilancio e Contabilità, Medico Competente, Attività  
Servizio Prevenzione e Protezione, Attività Fisica Medica, Dipartimento di Salute Mentale  
e Dipendenze, Dipartimenti Ospedalieri, Direzioni Sanitarie, Servizio delle Professioni Sanitarie, Medicina  
Convenzionata ( medici di medicina generale, di continuità assistenziale, specialisti ambulatoriali)

AZIONI	INDICATORE	RESPONSABILE	TEMPISTICA 2016
Mappatura dei processi consistente nell'individuazione del processo delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase	Elaborazione del catalogo dei processi. Trasmissione del catalogo al RPC	Responsabile di ciascun dei servizi interessati	30/06/16
Valutazione del rischio, consistente nella: 1) identificazione; 2) analisi; 3) ponderazione; (secondo i criteri indicati nella Tabella Allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione) 4)Proposta delle opportune azioni di contrasto (Misure)	Trasmissione report al RPC dei risultati dell'attività.	Responsabile di ciascun dei servizi interessati	30/06/16

## **PARTE TERZA**

### **AREA DI RISCHIO GENERALI IN SANITÀ**

La Determinazione n.12 del 28 ottobre 2015, adottata dall'Anac, ha individuato le sottoindicate aree che, seppur riconducibili alla tipologia di aree di rischio "generalì" per il settore sanitario necessitano di ulteriori specificazioni.

### **3. Contratti Pubblici**

#### Analisi del contesto

Nell' ASL N.5 di Oristano i servizi competenti all'attivazione di procedure di gara sono:

- Servizio Provveditorato per l'acquisizione di beni, servizi, tecnologie sanitarie e informatiche
- Servizio Nuove Opere e Ristrutturazioni (appalti di opere e acquisti in economia);
- Servizio Manutenzione, Logistica, Servizi Generali, Patrimonio e Ingegneria Clinica ( appalti di opere, di impianti, di manutenzione e assistenza alle attrezzature e tecnologie e Acquisti in economia);
- Direzioni Amm.ve dei PP.OO. e di due Distretti -Socio Sanitari (acquisti in economia ).

Il processo di acquisto, le procedure, le fasi e l'individuazione degli attori è disciplinato con atto del D.G. n.437/'07 e con Regolamento Acquisti beni e servizi in economia approvato con D.G. N.580 / 2013.

#### Procedure di gara

La Regione Sardegna a partire dall'anno 2012 con l'approvazione delle DGR 17/13 del 24/04/2012 DGR 41/07 del 15/10/2012 e 51/13 del 28/12/2012 ha disposto che le procedure di gara di farmaci e dispositivi medici siano espletate tramite Unioni di Acquisto con individuazione dell'ASL capofila da parte della Regione o attraverso le Centrali di Acquisto Territoriali (CAT);

Le gare sono espletate prevalentemente attraverso piattaforma telematica.

L'ASL di Oristano è stata individuata come capofila regionale per la gestione di due gare: fornitura soluzioni infusionali e dispositivi medici di cui alle lett. G e P 05 della CND.

Per quanto riguarda l'acquisto di buoni pasto, buoni benzina, energia elettrica, noleggio autovetture, multiservizi o altro presente nella piattaforma l'ASL di Oristano aderisce al sistema CONSIP.

Gli approvvigionamenti per le restanti forniture sono gestiti, dai servizi competenti, prevalentemente con piattaforma telematica.

#### Acquisti sotto soglia

Per quanto riguarda gli acquisti sotto soglia e gli acquisti in economia gestiti presso i PP.OO. e i Distretti lo strumento utilizzato è prevalentemente tramite il MEPA.

Nell'ASL di Oristano tutto il ciclo passivo di gestione degli ordini, bolle e fatture e dei magazzini è informatizzato e quindi è assicurata la tracciabilità del processo.

Nell'anno 2013 è stata adottata una procedura organizzativa, approvata con delibera D.G. n. 499 del 30.5.2013 finalizzata a ridurre i tempi di pagamento delle fatture e rendere tracciabili tutte le fasi del ciclo passivo della liquidazione.

Lo scopo è stato pienamente raggiunto.

Un focus particolare per quanto riguarda questa Azienda dovrà essere fatto da parte degli attori del processo di approvvigionamento alla fase di programmazione in quanto, seppure risulti regolamentata fin dallo 2007, necessita anche alla luce della legge 190/2012 di ulteriori approfondimenti.

In particolare occorre potenziare tutti gli strumenti della trasparenza.

I soggetti destinatari delle forniture dovranno documentare la definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno) indicare le modalità di reperimento, fino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

### **3.1 RISCHI**

Tale necessità risponde principalmente alla logica di evitare:

- frazionamenti negli acquisti;
- Affidamenti diretti;
- acquisti di prodotti infungibili;
- proroghe degli affidamenti;
- acquisti urgenti;
- durata dei tempi di valutazione delle offerte da parte della commissione di gara;

Gli indicatori sottoelencati sono adottati con il presente Piano e saranno previsti nel monitoraggio periodico del P.T.P.C.

1 - affidamenti diretti/ sul totale degli acquisti;

2 - acquisti di beni infungibili esclusivi/ sul totale degli acquisti effettuati;

3 - affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili esclusivi sul totale delle richieste pervenute per unità operativa ospedaliera/ territoriale;

4 - proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti;

I prezzi di riferimento dei beni e servizi a maggior impatto, di cui al decreto legge n. 98 del 6/07/2011, e al decreto legge 24/04/2014, n.66, costituiscono una importante misura e possono essere utilizzati anche per ridurre l'asimmetria informativa tra acquirente e fornitore.

#### Rischi della fase di redazione del capitolato e/o dell'identificazione del fabbisogno

I rischi sottoriportati costituiscono elementi rivelatori di una programmazione carente/impropria,



segnali di un uso distorto della discrezionalità:

- identificazione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma alla volontà di agevolare interessi privati.
- abuso o impropria partecipazione di privati nell'attività di programmazione allo scopo di avvantaggiarli nelle fasi successive.
- eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali.
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto.
- presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi soggetti.
  - gare con unica offerta valida.

### **3.2 MISURE PROPOSTE PER RIDURRE I RISCHI**

- Individuazione di criteri per stabilire la priorità in fase di individuazione dei bisogni;
- Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, verbalizzazioni incontri aperti al pubblico;
- Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara anche, previste anche in capitolato).

Gli indicatori sottoelencati sono adottati con il presente Piano e saranno previsti nel monitoraggio periodico del P.T.P.C

1. affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
2. statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
3. proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore);
4. percentuale di gare con un'unica offerta valida;

Procedure di acquisto di materiale economale (stampati, materiale per pulizia, guardaroba ecc)

Per le gare del beni economali che come indicato nella parte generale vengono acquistate tramite MEPA o con adesione alle gare Consip vengono adottati i seguenti indicatori per il monitoraggio:

1. affidamenti diretti/sul totale degli acquisti (per valore economico);
2. numero di acquisti tramite MEPA/ su numero totale di acquisti;
3. statistica delle ditte affidatarie dei servizi per verificare la frequenza delle ditte risultate aggiudicatarie;
4. percentuale di gare con un'unica offerta valida;

I suddetti indicatori saranno applicati anche agli acquisti di materiali hardware, software e licenze

d'uso.

### Procedure di Gara – Opere Pubbliche , impianti e Manutenzioni

Nell'ASL di Oristano le procedure di gara per le opere pubbliche vengono espletate dai Servizi : Nuove Opere e Manutenzione, Logistica, Servizi Generali, Patrimonio e Ingegneria Clinica che provvedono anche alle procedure di acquisti in economia.

### Programmazione

Particolare attenzione dovranno porre gli attori del processo alla fase di programmazione.

Occorre potenziare tutti gli strumenti della trasparenza.

Pertanto i soggetti destinatari delle forniture dovranno documentare tutte le fasi del ciclo degli approvvigionamenti la definizione delle necessità (qualificazione del fabbisogno) indicare le modalità di reperimento, fino alla gestione dell'esecuzione del contratto.

Occorre evitare:

- frazionamento nelle gare;
- affidamenti diretti;
- proroghe degli affidamenti;
- gare urgenti;
- estensione su affidamenti già espletati;
- aggiornamento prezzi e varianti in corso d'opera;
- reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto;
- revisione delle caratteristiche tecniche, qualora dall'analisi dei fornitori disponibili sul mercato non risultino garantite modalità di acquisto concorrenziali.

### L' ASL di Oristano adotta i seguenti indicatori previsti quale monitoraggio nel presente Piano per la fase di programmazione

- 1.affidamenti diretti/cottimi fiduciari sul totale degli affidamenti (per numero e valore economico);
- 2.procedure negoziali senza previa pubblicazione del bando di gara;
- 3.affidamenti (quantità e valore) di beni infungibili/esclusivi sul totale della richieste pervenute per unità operativa;
- 4.proroghe e rinnovi sul totale degli affidamenti (quantità e valore);

### Ulteriori misure

-Per servizi e forniture standardizzabili, nonché lavori di manutenzione ordinaria, adeguata valutazione della possibilità di ricorrere ad accordi quadro e verifica delle convenzioni/accordi quadro già in essere.

-Controllo periodico e monitoraggio dei tempi programmati anche mediante sistemi di alert in ordine alle future scadenze contrattuali (ad esempio, prevedendo obblighi specifici di informazione in relazione alle prossime scadenze contrattuali da parte del responsabile del procedimento ai soggetti deputati a programmare le procedure di gara anche all'interno dei capitolati).

#### Trasparenza

- Adozione di criteri trasparenti per documentare il dialogo con i soggetti privati e con le associazioni di categoria, prevedendo, tra l'altro verbalizzazioni e incontri aperti al pubblico e il coinvolgimento del R.P.C.;

La suddetta misura costituirà oggetto di obiettivi operativi da inserire nel ciclo delle Performances.

### **3.3 PROGETTAZIONE DELLA GARA**

#### Principali rischi

-nomina di responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (Conflitto di interessi soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza;

-fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara;

-attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato;

-procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore;

-predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione;

-definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico -economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa

-prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti;

-abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere;

-formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore uscente, grazie ad asimmetrie informative esistenti a suo favore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici.

#### Misure previste

-prevedere strategia di acquisto per assicurare la rispondenza della più ampia procedura di

approvvigionamento al perseguimento del pubblico interesse, nel rispetto dei principi enunciati dall'art.2 del Codice dei Contratti Pubblici;

- introdurre consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche;
- provvedere alla nomina del responsabile del procedimento con rotazione degli stessi e variazione del personale di supporto al RUP;
- evitare di prevedere requisiti restrittivi di partecipazione;
- valutare con completezza la stima del valore dell'appalto;
- inibire la redazione di progetti e capitolati approssimativi e che non dettagliano sufficientemente ciò che deve essere realizzato in fase esecutiva;
- non prevedere criteri di aggiudicazione della gara eccessivamente discrezionali o incoerenti rispetto all'oggetto del contratto;
- definire linee guida che introducano criteri stringenti ai quali attenersi nella determinazione del valore stimato del contratto avendo riguardo alle norme pertinenti a all'oggetto complessivo del contratto;
- introdurre audit su bandi e capitolati per verificarne la conformità ai bandi redatti dall'ANAC e il rispetto della normativa anticorruzione;
- stilare direttive interne/linee guida che limitino il ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV) in caso di affidamenti di beni e servizi standardizzati, o di lavori che non lasciano margini di discrezionalità all'impresa;
- dettagliare obbligatoriamente nel bando di gara in modo trasparente e congruo I requisiti minimi di ammissibilità delle varianti progettuali in sede di offerta;
- prevedere nella sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara;
- prevedere in tutti i bandi, gli avvisi, le lettere di invito o nei contratti adottati una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute nei patti di integrità;
- inserire misure di trasparenza volte a garantire la nomina di responsabile di procedimento a soggetti in possesso dei requisiti di professionalità necessari;
- previsione di procedure interne per la verifica del rispetto del principio di rotazione degli operatori economici presenti negli elenchi della stazione appaltante;

L' ASL di Oristano adotta i seguenti indicatori previsti quale monitoraggio nel presente Piano per la fase di programmazione

- 1.affidamenti diretti/cottimi fiduciari sul totale degli affidamenti (per numero e per valore economico) in un determinato arco di tempo.
- 2.analizzare I valori iniziali di tutti gli affidamenti non concorrenziali in un determinato arco temporale

che in corso di esecuzione o una volta eseguiti abbiano oltrepassato i valori soglia previsti normativamente.

Se viene affidato un appalto con procedura negoziata in quanto il valore stimato è sotto soglia e, successivamente, per effetto di varianti, quel valore iniziale supera la soglia, potrebbe essere necessario un approfondimento delle ragioni che hanno portato l'amministrazione a non progettare correttamente la gara.

### **3.4 SELEZIONE DEL CONTRAENTE**

Principali rischi

In questa fase i rischi possibili derivano dalla possibilità che i vari attori coinvolti manipolino le disposizioni che governano i vari processi al fine di pilotare l'aggiudicazione della gara.

Possono rientrare in tale casistica, ad esempio:

- azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara;
- l'applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolare l'esito;
- la nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti;
- l'alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo.
- il mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione;
- l'alto numero di concorrenti esclusi, la presenza di reclami o ricorsi da parte di offerenti esclusi;
- una valutazione dell'offerta non chiara/trasparente/giustificata;
- l'assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza;
- la presenza di gare aggiudicate con frequenza agli stessi operatori di gare con un ristretto numero di partecipanti o con un'unica offerta valida.

Possibili Misure

- Tenuta di albi ed elenchi di possibili componenti delle commissioni di gara suddivisi per professionalità
- Scelta dei componenti delle commissioni, tra i soggetti in possesso dei necessari requisiti, mediante estrazione a sorte in un'ampia rosa di candidati
- Rilascio da parte dei commissari di dichiarazioni attestanti:
  - A. L'esatta tipologia di impiego/lavoro, sia pubblico che privato, svolto negli ultimi 5 anni;
  - B. Di non svolgere o aver svolto alcun'altra funzione o incarico tecnico o amministrativo relativamente al contratto del cui affidamento si tratta (art.84, co.4 del Codice)
  - C. Se professionisti, di essere iscritti in albi professionali da almeno 10 anni (art.84, co.8, lett.a del

codice);

D. Di non aver concorso, "in qualità di membri delle commissioni giudicatrici, con dolo o colpa grave accertati in sede giurisdizionale con sentenza non sospesa, all'approvazione di atti dichiarati illegittimi" (art.84,co.6, del Codice);

E. Di non trovarsi in conflitto di interesse con riguardo ai dipendenti della stazione appaltante per rapporti di coniugio, parentela o affinità o pregressi rapporti professionali;

F. Assenza di cause di incompatibilità con riferimento ai concorrenti alla gara, tenuto anche conto delle cause di astensione di cui all'art.51 c.p.c., richiamato dall'art.84 del Codice.

Check list di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione.

### **3.5 ESECUZIONE DEL CONTRATTO**

#### Principali rischi

- approvazione delle modifiche del contratto originario;
- autorizzazione al subappalto;
- ammissione delle varianti;
- verifiche in corso di esecuzione;
- verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel DUVRI;
- apposizione di riserve;
- mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto;
- abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore.

#### Possibili misure da adottare in questa fase

- Controllo sull'applicazione di eventuali penali per il ritardo.
- Verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'ANAC delle varianti.
- Per opere di importo rilevante, pubblicazione on line di rapporti periodici che sintetizzano, in modo chiaro ed intellegibile, l'andamento del contratto rispetto a tempi, costi, e modalità preventivate in modo da favorire la più ampia informazione e trasparenza.

#### Anomalie significative

- Assenza del Piano di Sicurezza e coordinamento;
- Indicatori adottati quale monitoraggio del Piano per le gare di lavori pubblici;
- Numero di affidamenti con almeno una variante rispetto al numero totale degli affidamenti effettuati in un arco di tempo circoscritto;
  - Numero complessivo di procedure attivate in un arco di tempo circoscritto per le quali è pervenuta una sola offerta;

### **3.6 RENDICONTAZIONE DEL CONTRATTO**

Nella fase di rendicontazione del contratto nel quale l'amministrazione verifica la conformità o regolare esecuzione della prestazione richiesta ed effettua i pagamenti a favore dei soggetti esecutori è importante mappare il procedimento di nomina del collaudatore, il procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, ovvero dell'attestato di regolare esecuzione.

Si considerano elementi rivelatori di un'inadeguata rendicontazione l'incompletezza della documentazione inviata al RUP ai sensi dell'art.10 comma 7, secondo periodo, del D.P.R. n.207/2010 (verbali di visita, informazioni in merito alle cause del protrarsi dei tempi previsti per il collaudo).

#### Misure previste in questa fase

- Pubblicazione del report periodico sulle procedure di gara espletate sul sito della stazione appaltante;
- Predisposizione e pubblicazione di elenchi aperti di soggetti in possesso dei requisiti per la nomina dei collaudatori, da selezionare di volta in volta tramite sorteggio;

Con l'Aggiornamento 2015 l'ANAC introduce per la prima volta una fase di "rendicontazione" dei contratti che si identifica con la chiusura di regolarità contabile nei contratti di lavori.

Mappare la corretta esecuzione dei contratti nei contratti di durata significa effettuare verifiche intermedie da parte del DEC e pertanto una opportuna misura dovrà essere la previsione nel capitolato della rendicontazione del contratto da parte del DEC.

### **3.7 INCARICHI E NOMINE**

#### Incarichi di strutture complesse

Il d.lgs. 39/2013, come confermato dalla delibera 149/2014 dell'ANAC, disciplina le inconfiribilità e le incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo.

L'attenzione sugli eventi rischiosi va rivolta alle procedure di assegnazione degli incarichi di struttura complessa ed incarichi a professionisti esterni.

Gli incarichi dirigenziali di struttura complessa di questa azienda sono n.42.

Tra le principali possibili misure di prevenzione per tale fase è quella di verificare attraverso l'acquisizione di idonea documentazione, la coerenza tra la richiesta di avvio di una procedura concorsuale e l'Atto aziendale, la dotazione organica, le previsioni normative e regolamentari del settore sia nazionali che regionali e la sostenibilità economico finanziaria.

Un evento rischioso si individua nella mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirlo tramite incarichi ad interim.

Può costituire una **misura** per prevenire tale rischio vincolare il tempo di assegnazione di incarichi temporanei vigilando sui tempi di avvio delle procedure concorsuali.

Per le posizioni dirigenziali di strutture complesse la costituzione della Commissione esaminatrice è vincolata da precise norme nazionali e regionali. Occorre solo rendere pubblico e trasparente il sorteggio.

Nell'ASL di Oristano il procedimento è gestito dal servizio Amministrazione del Personale, su proposta del quale il Direttore Generale ha nominato apposita commissione interna per la pubblicazione e l'effettuazione del sorteggio, ai sensi dell'art.25 del D.P.R. 483/'97.

#### Incarichi a soggetti esterni

Per provvedere al conferimento di incarichi di natura professionale ai soggetti esterni l'organo di vertice deve dotarsi degli strumenti interni che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali all'incarico.

L'attribuzione degli incarichi sia interni che esterni deve conformarsi ai principi di trasparenza e imparzialità.

Ai sensi dell'art. 41, comma 2 del d.lgs. 33/2013 sussiste l'obbligo di pubblicare tutte le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi , l'elenco dei professionisti incaricati deve essere pubblicato ai sensi dell'art.15 del d.lgs. 33/2013 nell'Amministrazione Trasparente del sito web aziendale.

#### Contesto interno

Nel' ASL di Oristano il procedimento è gestito dal Servizio Affari Generali. L'Azienda ha disciplinato la procedura per il conferimento degli incarichi esterni adottando apposito regolamento e cura la pubblicazione dei dati e informazioni relativi ai libero professionisti nel sito istituzionale nel rispetto dell'art.15 del d.lgs. 33/2013.

Il processo è inserito nella mappatura dei processi a rischio effettuata da questa Azienda, le misure previste per contenere i rischi sono:

- Trasparenza, attraverso la pubblicità, revisione del regolamento.

### **3.8 GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO**

La realizzazione del programma di lavoro previsto dal Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC) rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. La sua completa implementazione realizza un processo di miglioramento dell'organizzazione.



### Il contesto interno

Nell'ASL di Oristano la gestione delle entrate e delle spese è di competenza del Servizio Bilancio e Contabilità.

Con Delibera della Giunta Regionale n.29/8 del 24/07/2013, la Regione Sardegna ha approvato il Percorso Attuativo finalizzato alla Certificabilità dei bilanci delle Aziende Sanitarie.

L'ASL di Oristano ne ha preso atto approvando un programma di azione e ha provveduto, in particolare, all'adozione dei seguenti Regolamenti in materia:

- Regolamento per l'applicazione e recepimento delle linee guida per l'area delle rimanenze finali con atto deliberativo del D.G.n.625 del 24.7.2014;
- Regolamento per l'applicazione e recepimento delle linee guida per l'area del Patrimonio Netto con atto deliberativo del C.S.n.414 del 26.6.2015;
- Regolamento per l'applicazione e recepimento delle linee guida per l'area delle Immobilizzazioni con atto deliberativo del C.S.n.971 del 30.12.2015;

Si evidenzia inoltre che in data 12.01.2016 l'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità ha approvato le linee guida regionali per l'area Crediti e Ricavi.

### Misura di Trasparenza

La misura da applicare per l'anno 2016 consiste nel dare evidenza nel sito web della fase del processo in corso.

### Pagamenti

Relativamente all'area dei pagamenti in ottemperanza al D.lgs 192/2012 nell' Azienda di Oristano è stata approvata una procedura interna, condivisa tra le strutture, volta a mappare l'intero processo del ciclo passivo per garantire principalmente il rispetto dei tempi di pagamento raggiungendo gli ottimi risultati che si attestano con i tempi medi di pagamento a quota 41 giorni.

Le attività relative ai pagamenti possono presentare rischi concreti di corruzione ad esempio:

- il ritardare i compensi dovuti per prestazioni erogate nel rispetto dei tempi contrattuali;
  - liquidare le fatture senza adeguata verifica della prestazione;
  - effettuare registrazioni di bilancio e rilevazioni non corrette/non veritiere;
  - effettuare i pagamenti senza rispettare la cronologia della presentazione delle fatture o scadenzario;
- provocando disparità di trattamento o favoritismi tra i creditori dell'Azienda.

I dati vengono pubblicati regolarmente sul sito istituzionale alla pagina "Amministrazione Trasparente"

La misura di prevenzione per questa area :

- Trasparenza -pubblicazione e aggiornamento dati sul sito aziendale alla pagina "Amministrazione

Trasparente”;

#### Il Patrimonio immobiliare dell'ASL di Oristano

Nel' ASL di Oristano la gestione del Patrimonio Immobiliare e mobiliare è di competenza del Servizio Manutenzione, Logistica, Servizi Generali e Patrimonio.

Il patrimonio immobiliare è consistente e comprende terreni e fabbricati.

L'elenco dei beni, che è pubblicato nel sito istituzionale “Amministrazione Trasparente” ai sensi dell' art. 30 del D.Lgs N33/2013, comprende la rendita e il valore di ciascun bene, con indicazione dei beni concessi in locazione e relativo canone.

Nell'ambito del PAC è stato approvato il regolamento per l'applicazione e recepimento delle linee guida per l'area delle Immobilizzazioni con atto deliberativo del C.S.n.971 del 30.12.2015.

Per quanto riguarda le dismissioni l'Azienda ha recepito una procedura approvata dalla Regione, ma considerata l'attuale congiuntura economica non sono in atto procedure di alienazione.

Misure:

- Rispetto del principio di selezione tra gli aspiranti a contratti di locazione fondi rustici imparziale confronto tra i soggetti interessati e adeguata motivazione in ordine alla scelta.
- Proposta di procedura interna alla direzione generale.

### **3.9 VIGILANZA, CONTROLLI E ISPEZIONI**

Come riportato nella Determina Anac n.12/2015 “Le attività di vigilanza, controllo, ispezione, e l'eventuale irrogazione di sanzioni riguardano tutte le amministrazioni che svolgono compiti di vigilanza su specifici settori” .

Per quanto riguarda la sanità sono in generale le aree di competenza dei dipartimenti di prevenzione e che presentano oggettivi profili di rischio corruzione.

#### Contesto interno

Il Dipartimento di Prevenzione dell'ASL di Oristano svolge la sua attività nel rispetto degli obiettivi nazionali e regionali descritti nei rispettivi Piani di Prevenzione. I volumi di attività sono pertanto già preventivamente definiti secondo piani pluriennali di intervento

Si riporta, a titolo conoscitivo, una tabella riassuntiva delle attività di vigilanza, tratta dal Relazione sulla Performance 2014, che rappresenta i dati numerici delle attività di controllo, vigilanza e ispezioni riferite al biennio 2013-2014 e relative all'ambito Igiene e sicurezza ambienti di lavoro e Igiene Alimenti e nutrizione:

## Igiene Alimenti e nutrizione

## Igiene e sicurezza ambienti di lavoro

Attività di ispezione e verifiche	2013	2014	Attività di controllo e vigilanza	2013	2014
alimenti	1001	1023	Vigilanza cantieri	243	224
Acque destinate al consumo umano	45	21	Vigilanza altri comparti produttivi	253	221
Prodotti fitosanitari	58	62	Denunce infortuni	110	91
Attività dicampionamenti e controlli	2013	2014	indagini infortuni	12	18
Alimenti, farine, frutta, bevande, preparazioni gastrinomiche	246	234	Piano di lavoro amianto pervenuti	605	530
Acque destinate al consumo umano	3340	3326	Pareri piani di lavoro	605	530
			Notifiche preliminari cantieri pervenute	1511	946

Le misure da applicare per le suddette attività sono previste nel vigente Piano triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017 all'art.8, con riferimento alla rotazione dove si stabilisce:

- la separazione delle funzioni di programmazione rispetto alle funzioni ispettive;
- affidamento, a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a copie di tecnici della prevenzione o altri operatori con rotazione degli abbinamenti delle copie;
- verbali relativi ai sopralluoghi sempre sottoscritti dall'utente destinatario;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico;
- separazione delle funzioni ispettive dalle funzioni autorizzative;
- audit dipartimentali o interdistrettuali incrociati sulle attività svolte;

Inoltre tra le misure indicate a seguito della mappatura dei rischi sono state previste, per le attività in oggetto l'applicazione di procedure interne di servizio già in uso.

### Misura Trasparenza da attuare:

- Pubblicazione delle procedure interne di servizio sul sito istituzionale;
- Pubblicazione delle imprese sottoposte a controllo;
- Pubblicazione in apposita sezione del sito dei verbali ispettivi;
- Attuazione di tutte le misure già previste nel Piano ( es.rotazione);

Gli obiettivi di trasparenza costituiranno obiettivi operativi di performance.

Il monitoraggio periodico del presente Piano verterà sull'attuazione delle suddette misure.

I processi relativi alle attività di vigilanza, controllo, ispezione, sono inseriti nella mappatura dei processi a rischio effettuata da questa Azienda, le misure previste per contenere i rischi sono:

- applicazione procedure specifiche dei singoli servizi, rotazione/alternanza , tracciabilità processi;

### AREE DI RISCHIO SPECIFICHE

L'ANAC con la determinazione n.12/2015 oltre alle aree generali indica ulteriori aree definite "aree

specifiche” verso cui orientare interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio corruzione.

### **3.10 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA**

L'attività libero professionale, con riferimento alla problematica dell'accesso alle prestazioni del cittadino e alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa e alla trasparenza delle procedure di gestione delle prenotazioni e di identificazione di priorità delle prestazioni, può rappresentare un'area di rischio di comportamenti opportunistici per favorire posizioni di privilegio o di profitti indebiti, a svantaggio dei cittadini sotto il profilo economico e del sistema sanitario sotto il punto di vista della qualità percepita dei servizi.

Il governo dei tempi di attesa rientra nei Livelli Essenziali di Assistenza quindi dovrebbe essere ricompreso negli obiettivi strategici aziendali.

#### Contesto interno

Nell'ASL di Oristano i processi relativi all'attività libero professionale e liste d'attesa sono incardinati rispettivamente presso il Servizio Amministrazione del Personale e presso la Tecnostruttura.

L'ASL di Oristano, con atto deliberativo del D.G. n.667 del 28/4/2009 ha approvato, ai sensi della legge n.120 del 3.8.2007, il Regolamento aziendale per lo svolgimento della libera professione intramuraria del personale dirigente del ruolo sanitario, successivamente modificato al fine di rendere coerente ed aggiornata la disciplina con il mutato quadro normativo nazionale e regionale.

Con l'atto deliberativo del C.S. n.662 del 18.8.2015 si è provveduto ad approvare il Piano Aziendale della Libera Professione anno 2015. L'attività viene svolta all'interno delle strutture aziendali.

L'ASL trasmette semestralmente i dati relativi alla libera professione in azienda, alla Regione Sardegna per il monitoraggio, finalizzato a garantire che lo svolgimento della medesima non vada a detrimento dell'attività istituzionale. La Regione ha adottato specifiche linee guida (DGR 51/21 del 17.11.2009) quali misure dirette a prevenire l'insorgenza di conflitto di interesse.

Il servizio di prenotazione delle prestazioni dell'attività di libera professione è affidato a personale Aziendale così come la riscossione dei compensi.

La Regione, con del G.R.30/62 del 12/7/2011, ha promosso il governo delle liste di attesa.

L'ASL di Oristano gestisce le liste di attesa attraverso il Centro Unico di di Prenotazione (CUP).

Pubblica nel rispetto degli obblighi di trasparenza:

- mensilmente i tempi di attesa prima disponibilità in giorni;
- tempi di attesa suddivisi per specialità, sede e professionista;
- statistica ASL complessiva;
- statistica ASL per sede;
- agenda extra CUP;

I processi relativi alle attività di libera professione e gestione delle liste d'attesa, tramite CUP, sono inseriti nella mappatura dei processi a rischio, effettuata da questa Azienda, le cui misure previste per contenere i rischi analizzati sono:

- Regolamentazione interna;
- Rotazione del personale;

Misure da attuare anno 2016 - libera professione aziendale:

-Regolamentazione interna -procedura;

Trasparenza

- pubblicazione elenchi professionisti libera professione aziendale nella sezione "Amministrazione

Misure da attuare anno 2016 - Gestione Liste d'attesa:

- Monitoraggio;
  - Trasparenza;
  - Formazione;

### **3.11 - RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI**

Il Settore dell'accreditamento delle strutture private, come evidenziato dall'ANAC, rappresenta una componente significativa del sistema sanitario, sia per l'aspetto soggettivo, in quanto si tratta di erogatori privati di prestazioni per conto del servizio sanitario, sia per l'aspetto economico in quanto nel settore si concentrano ingenti flussi finanziari.

Per quanto sopra rappresentato l'ambito in argomento risulta esposto a rischio di comportamenti che, qualora non adeguatamente standardizzati nelle relative procedure possono determinare fenomeni di corruzione.

La normativa della Regione Sardegna prevede:

- a) autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio;
- b) accreditamento istituzionale;
- c) tetti di spesa/accordi contrattuali;

Possibili Rischi :

- errori nella valutazione dei fabbisogni;
- ritardi o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni;
  - ritardi nelle visite ispettive finalizzate al rilascio delle autorizzazioni;

Contesto interno

Nell'ASL di Oristano i processi relativi all'attività in oggetto sono gestiti dal Servizio Accreditamento, Qualità e Risk management e per quanto riguarda la programmazione delle attività dai Distretti Sanitari.

Le strutture accreditate e contrattualizzate con questa ASL sono 23. I dati relativi a ciascuna struttura, le prestazioni erogate e gli accordi contrattuali stipulati sono pubblicati nell'apposita Sezione dell'Amministrazione Trasparente.

I processi relativi alle attività di accreditamento sono inseriti nella mappatura dei processi a rischio, effettuata da questa Azienda, le misure previste per contenere i rischi analizzati sono stati individuati nella:

- migliore pianificazione delle attività;
- incremento risorse umane;
  - formazione;
  - rotazione del personale addetto ai controlli;

#### Misure definite nel presente Piano da attuare Anno 2016:

- Approvazione procedura interna, condivisa con i servizi territoriali dei distretti che preveda indicazione dei criteri, modalità, tempi per la rilevazione dei dati necessari alla stima del fabbisogno territoriale.
- lista degli adempimenti e delle procedure ispettive sulle strutture;
- standardizzazione processo di negoziazione delle prestazioni con le strutture;
- rotazione del personale deputato al controllo;

### **3.12 - FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI.**

Il settore dei farmaci, dei dispositivi, l'introduzione nell'organizzazione sanitaria di nuove tecnologie nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le sponsorizzazioni costituiscono aspetti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi.

I rischi principali derivano dall'informazione scientifica manipolata dai produttori di farmaci e tecnologie che condizionano le riviste mediche nella selezione delle informazioni da pubblicare e conseguentemente i medici nella prescrizione di farmaci.

Alla base di ciò vi è la perdita dell'indipendenza della ricerca e dello sviluppo dei farmaci, troppo spesso condizionata dai finanziamenti delle aziende farmaceutiche.

Gli eventi rischiosi di questo settore riguardano:

- inappropriatezza prescrittiva, in ambito extra ospedaliero e abuso della discrezionalità professionale del medico al fine di favorire la diffusione di un particolare farmaco e frodare il servizio sanitario nazionale. Altro evento rischioso può consistere in omissioni nell'attività di vigilanza e controllo quali -quantitativo delle prescrizioni da parte dell'Azienda Sanitaria.

In ambito ospedaliero gli eventi rischiosi possono riguardare: furto di medicinali, improprio utilizzo,

sprechi e negligenze.

#### Contesto interno

Nell'ASL di Oristano, per quanto riguarda la fase di approvvigionamento di farmaci e dispositivi si rimanda a quanto riportato nella parte dedicata agli Appalti, dove si è precisato come la Regione Sardegna a partire dall'anno 2012 ha disposto che le procedure di gara di farmaci e dispositivi medici siano espletate tramite Unioni di Acquisto con individuazione dell'ASL capofila da parte della Regione o attraverso le Centrali di Acquisto Territoriali (CAT).

In applicazione delle linee guida per l'Area delle Rimanenze, approvate con Decreto n.1 del 9.1.2014 dalla Regione Sardegna e alla luce dei suggerimenti e indicazioni pervenute sull'argomento dalla Corte dei Conti, questa azienda ha approvato una procedura finalizzata ad integrare i livelli di responsabilità delle UU.OO.coinvolute nella gestione dei farmaci e dei dispositivi medici in dotazione.

Gli aspetti relativi alla logistica di magazzino delle merci in entrata e in giacenza, alla distribuzione alle strutture ospedaliere, territoriali e ai pazienti aventi diritto sono disciplinati da apposita procedura, approvata con atto D.G. n.695/2014 che regola la gestione del Magazzino Unico.

Il magazzino farmaceutico di questa ASL è informatizzato e in tutto il processo passivo ordini, bolle e fatture è garantita la tracciabilità.

Dal report fornito per l'anno 2014, dalla Società specializzata in rilevazioni dati e analisi dei consumi farmaceutici delle aziende sanitarie della Sardegna, l'ASL di Oristano è risultata la più virtuosa nella prescrizione dei farmaci.

La spesa farmaceutica complessiva è comunque ingente (sia convenzionata, che in dpc ed interna).

Per tale motivo l'Azienda di Oristano continua ad attuare le più rigorose misure di controllo, in sintonia con le disposizioni impartite ai Commissari Strordinari dal competente Assessorato Regionale.

A tal fine verrà chiesto, in coerenza con gli obblighi previsti nel codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013 e dal codice di comportamento aziendale, a tutti gli operatori interessati nei processi decisionali relativi all'acquisto di farmaci, dispositivi la compilazione della “**dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti**” (predisposta dall' Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), finalizzata a rendere trasparenti le relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione.

La compilazione annuale della dichiarazione e la successiva pubblicazione nel sito costituisce una misura del presente P.T.P.C.

### **3.13 - ATTIVITA' CONSEGUENTI AL DECESSO IN AMBITO INTRAOSPEDALIERO**

Considerato che i decessi in Italia avvengono prevalentemente in ospedale e la relativa gestione del servizio presso le camere mortuarie può essere affidata alle strutture interne o esternalizzata. Non esistono specifiche linee guida di riferimento.

Tuttavia il servizio in argomento ha forti implicazioni di natura etica ed economica che possono coinvolgere gli operatori sanitari in relazione ai molteplici interessi che si concentrano su questo particolare ambito.

#### Rischi:

- comunicazione anticipata del decesso ad una determinata agenzia di onoranze funebri che si vuole favorire, in cambio di compensi;
- segnalazione ai parenti del defunto, da parte degli operatori del reparto, di una specifica impresa di onoranze funebri in cambio di compensi, regali, utilità.

#### Contesto interno

Nell'ASL di Oristano è stata adottata una procedura condivisa tra la direzione sanitaria ospedaliera, l'U.O. di Anatomia Patologica che contempla la parte relativa alla permanenza delle salme nelle camere mortuarie e la scelta da parte dei familiari dei servizi funebri attraverso appositi moduli.

- Misura prevista nel presente Piano;
- procedura interna formalizzata per regolamentare il servizio.
- Trasparenza
- Pubblicazione della procedura.

## **PARTE QUARTA -**

### **FLUSSI INFORMATIVI-MONITORAGGIO -VIOLAZIONI DEL PIANO**

All'interno del presente Piano ( Punto 1.5 ) sono indicati i Dirigenti che relazionano periodicamente verso il Responsabile Prevenzione Corruzione al fine di aggiornarlo sia sullo stato di attuazione e adeguatezza del Piano sia sulle attività di monitoraggio svolte.

- Al Responsabile Prevenzione Corruzione debbono essere indirizzati (con periodicità definita, o per singolo evento, o a richiesta ) adeguati flussi informativi costituiti da:
  - stato di avanzamento delle misure di prevenzione e/o modifica delle aree di rischio/controlli(da parte dei Dirigenti);
  - segnalazioni indirizzate alla Direzione da parte di soggetti interni o esterni inerenti ipotesi di reato : il RPC accerta che chi segnala al superiore gerarchico o ai soggetti apicali dell'Azienda condotte illecite, o loro prodromi, di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto che intrattiene, non subisca ingiuste ripercussioni o misure discriminatorie, dirette o indirette. Sono fatte salve le perseguibilità a fronte delle responsabilità penali per calunnia o diffamazione e di quelle civili per risarcimento del danno ingiustamente cagionato;
  - informazioni su procedimenti disciplinari e segnalazioni di violazioni del Codice di Comportamento(da parte dell'UPD);
    - indicatori di Rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da



parte del RUP);

- numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi dirigenziali (Responsabile Personale)
- esiti di verifiche del rispetto dei termini dei procedimenti (da parte dei Referenti);
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che hanno relazioni con l'Azienda (da parte dei Dirigenti delle strutture).

### **Monitoraggio e aggiornamento del Piano Triennale Prevenzione Corruzione**

La responsabilità del monitoraggio del PTPC è attribuita al Responsabile Prevenzione Corruzione, che ogni anno deve predisporre una relazione sulle attività di monitoraggio svolte e gli esiti rilevati.

La relazione, redatta secondo lo schema predisposto dall'ANAC è pubblicata sul sito web dell'Azienda nella Sezione Amministrazione Trasparente

- Tale relazione deve contenere un nucleo minimo di indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con riguardo ai seguenti ambiti:
  - Gestione dei rischi
    - azioni intraprese per affrontare i rischi di corruzione
    - Controlli sulla gestione dei rischi di corruzione
    - Iniziative di automatizzazione dei processi intraprese per ridurre i rischi di corruzione.

### Formazione in tema di corruzione

- Quantità di formazione in tema di anticorruzione erogata in giornate/ore
- Tipologia dei contenuti offerti
- Articolazione dei destinatari della formazione in tema di anticorruzione
- Articolazione dei soggetti che hanno erogato la formazione in tema di anticorruzione

### Codice di comportamento

Adozione delle integrazioni al codice di comportamento

Denunce delle violazioni al codice di comportamento

Attività dell'ufficio competente ad emanare pareri sull'applicazione del codice di comportamento

### Altre iniziative

Numero di incarichi e aree oggetto di rotazione degli incarichi

Esiti di verifiche e controlli su cause di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi

Forme di tutela offerte ai whistleblowers

Rispetto dei termini dei procedimenti

Iniziative nell'ambito dei contratti pubblici

Iniziative previste nell'ambito dell'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere

indicazione delle iniziative previste nell'ambito dei concorsi e selezioni del personale

indicazione delle iniziative previste nell'ambito delle attività ispettive.

Il monitoraggio da parte del R.P.C. verrà effettuato, di norma, con cadenza semestrale ma potranno essere effettuati monitoraggi estemporanei.

Il monitoraggio è effettuato, per quanto possibile, mediante sistemi informatici, che consentono la tracciabilità del processo e la verifica immediata dello stato di avanzamento, allo stato, nell'ASL di Oristano non dispone di strumenti informatici per il monitoraggio.

### **Violazioni del Piano Triennale Prevenzione Corruzione e Responsabilità**

Ai sensi dell'art.1, c.14 della legge 190/2012, in caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il RPC risponde ai sensi dell'art.21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare.

La violazione da parte dei dipendenti dell'amministrazione, delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare.