



ASL Foggia

PugliaSalute



PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2021-2023

“La corruzione è un furto di democrazia ...” Sergio Mattarella.

AGGIORNAMENTO

Redatto da: Dott. Michele Ciavarella - Responsabile per la prevenzione della corruzione
--

Verificato da: Direttore Generale
--

Adozione con: Deliberazione n. _____ del _____

Triennio di riferimento: 2021-2023

Sommario

1. Fonti normative.....	4
2. Premessa	7
3. Elaborazione del Piano	8
4. Obiettivi Strategici.....	10
5. Coordinamento con il Piano della Performance	13
6. Piano Nazionale Anticorruzione 2019.....	15
SEZIONE I.....	16
7. Soggetti coinvolti	16
8. Compiti del RPCT.....	20
a. Contesto interno.....	22
9. Contesto esterno	29
10. Analisi del rischio	32
11. Ponderazione del rischio	38
12. Monitoraggio e riesame	39
SEZIONE II.....	41
13. Misure generali e specifiche.....	41
14. Codici di comportamento.....	42
15. Gestione Contratti Pubblici	44
16. Rotazione del personale.....	45
17. Astensione in caso di conflitto di interesse.....	49
18. Dichiarazione Pubblica di interessi.....	52
19. Conferimento incarichi	53

20.	Incompatibilità successiva (<i>pantouflage</i>)	55
21.	Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali	57
22.	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici.....	58
23.	Responsabile R.A.S.A.....	60
24.	Gestore segnalazioni UIF.....	61
25.	Referente monitoraggio Opere Pubbliche.....	61
26.	Tutela del Whistleblower	62
27.	Formazione del personale	64
28.	Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile	67
29.	Patto di integrità	68
30.	Sponsorizzazioni.....	69
31.	Attività conseguenti al decesso.....	70
32.	Donazioni e comodati d'uso	71
33.	Gestione ALPI e Liste di attesa	71
34.	Gestione attività di informazione scientifica	72
35.	Piano delle attività.....	73
36.	Monitoraggio.....	76
SEZIONE III		77
37.	Piano della Trasparenza	77
38.	Piano di attuazione della Trasparenza	78
39.	Responsabili della comunicazione e della pubblicazione.....	80
40.	Relazione annuale del RPCT	82
41.	Aggiornamento del Piano.....	82
42.	Entrata in vigore	82
43.	Allegati	83

1. Fonti normative

Si riporta un sintetico riferimento delle disposizioni emanate sino alla data di predisposizione del presente Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (d'ora in avanti PTPCT), che comprende non solo le disposizioni normative ma anche i Regolamenti e le Linee guida emanate a scopi interpretativi o di indirizzo di cui si è tenuto conto:

- L. 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della pubblica amministrazione";
- Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;
- Linee di indirizzo del Comitato interministeriale (DPCM 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica, del PNA;
- D. Lgs. 33/2013 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
- D.P.R. 62/2013 "Regolamento recante Codice di comportamento dei dipendenti pubblici a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- D.Lgs. 39/2013 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1 commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- PNA predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica ed approvato dall'A.N.AC. con delibera n. 72/2013 del 11.09.2013;
- D.L. 18 ottobre 2012, n. 179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese" convertito con modificazioni dalla L. 221/2012;
- D.L. 31 agosto 2013, n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" convertito con L. 125/2013;
- Documento formalmente approvato e pubblicato sul sito internet del Dipartimento della Funzione Pubblica in data 26 giugno 2014 contenente i "Criteri generali in materia di incarichi vietati ai pubblici dipendenti" elaborato a seguito della chiusura del tavolo tecnico a cui hanno partecipato il Dipartimento della Funzione Pubblica, la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, l'ANCI e l'UPI, avviato ad ottobre 2013 in attuazione di quanto previsto dall'intesa sancita in Conferenza unificata il 24 luglio 2013;
- Delibera A.N.AC. 75/2013: "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (art. 54, comma 5, d.lgs. 165/2001)";
- D.L. 24 giugno 2014 n. 90 "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari" convertito con modificazioni dalla L. 114/2014, che ha disposto il trasferimento all'A.N.AC. delle funzioni prima attribuite al Dipartimento della Funzione Pubblica in materia di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, c. 4, 5, e 8 della L. 190/2012 nonché in materia di trasparenza di cui all'art. 48 del D.Lgs. 33/2013;
- Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei Programmi triennali di trasparenza, dei Codici di comportamento approvato dall'A.N.AC. il 9 settembre 2014;
- Delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario";

- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione con determinazione n.12 del 28 ottobre 2015;
- Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»;
- Decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici;
- PNA 2016 deliberazione ANAC n. 831 del 03 agosto 2016;
- Determinazione A.N.AC. n. 358 del 29 marzo 2017, Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017, Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" (GU Serie Generale n.291 del 14-12-2017);
- Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 «relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (Regolamento generale sulla protezione dei dati);
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 - richieste di parere all'ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- Delibera ANAC n. 907 del 24 ottobre 2018 - Linee guida n. 12 Affidamento dei servizi legali;
- Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018 - Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro di cui all'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 - *c.d. whistleblowing* - (pubblicata nella Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 269 del 19 novembre 2018);
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione;
- Delibera ANAC n. 1102 del 21 novembre 2018 - Regolamento per l'esercizio della funzione consultiva svolta dall'Autorità nazionale anticorruzione, ai sensi della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e dei relativi decreti attuativi e ai sensi del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, al di fuori dei casi di cui all'art. 211 del decreto stesso (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n.295 del 20 dicembre 2018);
- Linee Guida ANAC n. 15 recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici», approvate dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 494 del 05 giugno 2019;
- Integrazioni e modifiche della delibera 8 marzo 2017, n. 241 per l'applicazione dell'art. 14, co. 1-bis e 1-ter del d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33 a seguito della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 23 gennaio 2019 - Delibera ANAC n. 586 del 26 giugno 2019;
- Regolamento per la gestione del Casellario Informatico dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, ai sensi dell'art. 213, comma 10, d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50, approvato con delibera ANAC n. 861 del 2.10.2019;

- Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità di cui al d.lgs. 18 aprile 2016, n. 50 approvato dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 920 nell'adunanza del 16 ottobre 2019;
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019;
- Delibera ANAC n. 1201 del 18 dicembre 2019, recante: "Indicazioni per l'applicazione della disciplina delle inconferibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione - art. 3 d.lgs. n. 39/2013 e art. 35 bis d.lgs. n. 165/2001";
- Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162 recante "Disposizioni urgenti in materia di proroga di termini legislativi, di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, nonché di innovazione tecnologica", cosiddetto "decreto milleproroghe".
- Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020 "Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche."
- Delibera ANAC n. 354 del 22 aprile 2020 "Individuazione dell'organo competente all'adozione del provvedimento motivato di "rotazione straordinaria", ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 30 marzo 2001, n. 165, nelle amministrazioni.";
- Decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 recante: "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34 coordinato con la legge di conversione 17 luglio 2020, n. 77 recante: «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19;
- Legge 11 settembre 2020, n. 120 di conversione del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale.
- Delibera numero 312 del 09 aprile 2020 "Prime indicazioni in merito all'incidenza delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sullo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. e sull'esecuzione delle relative prestazioni."
- Atto di segnalazione ANAC n. 1 del 22 gennaio 2020 recante proposta di modifiche al decreto legge 30 dicembre 2019, n. 162 - Approvato dal Consiglio con delibera n. 24 nell'adunanza del 22 gennaio 2020.

2. Premessa

Il presente Piano, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ASL di Foggia, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1372 del 18/09/2013, rappresenta l'aggiornamento del Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia per il triennio 2021-2023, inteso quale strumento di programmazione che viene adottato annualmente e si inserisce tra gli strumenti di Programmazione dell'Azienda ponendosi in stretta correlazione con il Piano della Performance aziendale, adottato ai sensi del D. Lgs. 150/2009.

In considerazione del complesso assetto strutturale ed organizzativo aziendale, il Direttore Generale dell'ASL di Foggia, già con nota ID 1172957 del 07 novembre 2017, ha istituito un Gruppo di Lavoro con il compito di svolgere una complessiva ricognizione degli obblighi ed adempimenti in materia di "privacy, anticorruzione, trasparenza e digitalizzazione", affidando il coordinamento al Responsabile della Struttura semplice "Pianificazione e Programmazione Aziendale".

In tema di misure generali e specifiche per la prevenzione della corruzione, il presente aggiornamento del PTPCT vede, come punto di partenza, una rilevante ricognizione dello stato di attuazione delle misure raggiunto nel corso dell'anno, stabilendo un nuovo Piano delle Azioni, con i relativi Responsabili e tempi di completamento stimati. Con riferimento alle misure specifiche per la prevenzione della corruzione, è stata svolta un'attività di monitoraggio interno, con la fattiva collaborazione dei Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, rilevatasi di particolare utilità per una comparazione tra le varie tipologie di misure di mitigazione del rischio, applicate nei contesti specifici. **L'attività di monitoraggio delle misure ha consentito di rilevare lo stato dell'arte sul livello di maturità del sistema anticorrittivo realizzato e percepito, da tutti i Referenti del RPCT, quale punto di partenza indispensabile per la programmazione delle misure nel triennio considerato.**

La strategia complessiva anticorrittiva dell'ASL di Foggia può essere ricondotta a tre principali obiettivi:

- **Ridurre le opportunità di porre in essere episodi corruttivi;**
- **Favorire l'emersione di casi di corruzione;**
- **Contribuire a creare un clima sfavorevole alla corruzione e una cultura dell'integrità a livello generale.**

In questo contesto ricordiamo l'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) elaborato annualmente da *Transparency International*, la maggiore organizzazione mondiale che si occupa della materia. Si tratta di un indice che determina la percezione della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi Paesi nel mondo, attribuendo a ciascuna Nazione un voto che varia da 0 (massima corruzione) a 100 (assenza di corruzione), ottenuto sulla base di varie interviste/ricerche somministrate ad esperti del mondo degli affari e a prestigiose istituzioni. La metodologia viene modificata ogni anno al fine di riuscire a dare uno spaccato sempre più attendibile delle realtà locali.

L'Indice di Percezione della Corruzione (CPI) 2020 pubblicato da *Transparency International* classifica l'Italia al 52esimo posto sui 180 Paesi oggetto dell'analisi. Il nostro Paese, dunque, pur mantenendo il punteggio (53) attribuitogli nell'edizione 2019, perde una posizione in graduatoria. Il CPI 2020 segna un rallentamento del trend positivo che aveva visto l'Italia guadagnare 11 punti dal 2012 al 2019, pur confermandola al 20esimo posto tra i 27 Paesi membri dell'Unione Europea.

Danimarca e Nuova Zelanda continuano ad attestarsi tra i Paesi più virtuosi, con un punteggio di 88.

PUNTEGGIO	PAESE	POSIZIONE	PUNTEGGIO	PAESE	POSIZIONE
88	Danimarca	1	60	Slovenia	35
85	Finlandia	3	57	Cipro	42
85	Svezia	3	57	Lettonia	42
82	Olanda	8	56	Polonia	45
80	Germania	9	54	Rep. Ceca	49
80	Lussemburgo	9	53	Italia	52
76	Austria	15	53	Malta	52
76	Belgio	15	50	Grecia	59
75	Estonia	17	49	Slovacchia	60
72	Irlanda	20	47	Croazia	63
69	Franca	23	44	Bulgaria	69
62	Spagna	32	44	Ungheria	69
61	Portogallo	33	44	Romania	69
60	Lituania	35			

Il presente Piano si articola in tre sezioni: la prima sezione è dedicata al modello di gestione interna con identificazione degli attori coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione, ivi compresa la presentazione della metodologia per la gestione del rischio; la seconda sezione è dedicata alla gestione e programmazione delle misure generali e specifiche di mitigazione del rischio; la terza sezione è dedicata al tema della trasparenza amministrativa.

3. Elaborazione del Piano

Per l'elaborazione del presente Piano sono stati coinvolti tutti i Dirigenti dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Strutture complesse, semplici e gli Uffici di Staff, per quanto di competenza, nell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure con relativi monitoraggi di I livello (*c.d. self assessment*).

Il presente Piano è oggetto di consultazione pubblica aperta a tutti gli stakeholder, al fine di consentire la formulazione di proposte di integrazione e contributi di aggiornamento rispondenti a specifiche esigenze.

Nel corso dell'anno 2020, l'ASL di Foggia ha provveduto all'adozione dei seguenti Regolamenti aziendali che hanno contribuito al rafforzamento del sistema complessivo di gestione del rischio corruttivo nelle aree maggiormente esposte:

- Deliberazione del Direttore Generale n. 1298 del 08/09/2020 avente ad oggetto: "Ricognizione dell'applicazione dell'atto di indirizzo ex art. 19 D.Lgs. 175/2016, adottato da ASL FG con Delibera 1057 del 26.07.2018, e linee di sviluppo. Presa d'atto punto 2 verbale Assemblea ordinaria dei soci del 19/12/2019";

- Deliberazione del Direttore Generale n. 1817 del 22/12/2020 avente ad oggetto: "Determinazione e ripartizione monte ore permessi sindacali per l'espletamento del mandato per l'anno 2020 a favore delle OO.SS. dell'Area Sanità, dell'Area Funzioni Locali, del Comparto Sanità e della RSU: sostituzione allegati nn. 1, 2 e 3 della deliberazione n. 1432 del 7.10.2020";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 31 del 9 gennaio 2020 avente ad oggetto: "Abbattimento Mobilità Passiva Ospedaliera interregionale, anno 2019. Verbale d'intesa con le Case di Cura Private Accreditate. Valutazione dell'attività svolta. Adempimenti conseguenti";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1520 del 26/10/2020 avente ad oggetto: "Approvazione Regolamento in materia di rotazione del personale aziendale";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1359 del 23/09/2020 avente ad oggetto: "Regolamento per la disciplina del patrocino legale dei dipendenti della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 899 del 22/06/2020 avente ad oggetto: "Regolamento interno per la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e D.lgs. n. 196/03, così come modificato dal D.lgs. n. 101/18 e Procedura interna per la gestione delle violazioni dei dati personali - Approvazione e contestuale Designazione Delegati e Autorizzati al trattamento dei dati personali.
- Deliberazione del Direttore Generale n. 642 del 14/05/2020 avente ad oggetto: "Approvazione Regolamento Aziendale - Rilevazione Presenze/Assenze";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 520 del 16/04/2020 avente ad oggetto: "Approvazione del Regolamento per le tele-visite e per le tele-sedute di supporto psicologico presso il Centro di Orientamento Oncologico di San Severo";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 355 del 11/03/2020 avente ad oggetto: "Regolamento temporaneo per l'adozione del lavoro agile quale misura di contrasto all'emergenza sanitaria covid-19";
- Deliberazione del Direttore Generale n. 950 del 30/06/2020 avente ad oggetto: "Modifiche e integrazioni alla Deliberazione DG n. 258/2017 "Servizio Aziendale di Prevenzione e Protezione - S.P.P.".
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1885 del 30/12/2020 con la quale è stato approvato, tra gli altri, il Piano annuale delle Assunzioni, per l'annualità 2021, di Sanitaservice ASLFG S.r.l. (Società controllata);
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1856 del 30/12/2020 avente ad oggetto: "Disciplinare Unico dei servizi affidati alla Sanitaservice ASL FG S.r.l. Approvazione".

In concomitanza con la dichiarazione di emergenza epidemiologica da Covid-19, l'ASL di Foggia ha proseguito le proprie attività istituzionali, adottando procedure aziendali per lo *smart working*, ove applicabile, come da disposizioni governative.

In particolare, al fine di un'azione coordinata di supporto, il Presidente della Giunta Regionale ha emanato provvedimenti organizzativi, anche nella veste di Autorità Delegata del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19, al fine di provvedere all'attuazione, a norma dell'art. 2 comma 12 del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, di misure ed interventi finalizzati alla

realizzazione di azioni di contrasto al virus, prevenzione dei contagi ed adeguamento funzionale e strutturale delle aree mediche.

Nell'ambito degli appalti, l'ASL di Foggia ha preso atto del documento ANAC, pubblicato in data 30 aprile 2020, contenente la "ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento". Con il predetto documento, l'ANAC ha inteso fornire un quadro delle vigenti disposizioni acceleratorie e di semplificazione in tema di procedure per l'aggiudicazione dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, al fine di agevolare le Stazioni appaltanti che ritenessero comunque necessario procedere ad approvvigionamenti nella difficile situazione di emergenza sanitaria in corso.

Altresi, il decreto legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito in legge 11 settembre 2020 n. 120, ha costituito un ulteriore intervento organico volto alla semplificazione dei procedimenti amministrativi, all'eliminazione e alla velocizzazione di adempimenti burocratici, alla digitalizzazione della pubblica amministrazione.

L'ASL di Foggia, per quanto possibile, ha adeguato le procedure interne in conformità alle nuove disposizioni normative che in particolare riguardano i seguenti ambiti:

- **semplificazioni in materia di contratti pubblici;**
- **semplificazioni procedurali e responsabilità;**
- **misure di semplificazione per il sostegno e la diffusione dell'amministrazione digitale;**
- **semplificazioni in materia di attività di impresa, ambiente e green economy.**

Nell'ambito delle donazioni, l'ASL di Foggia ha preso atto della modulistica predisposta dall'ANAC, congiuntamente al MEF, per adempiere all'obbligo di pubblicazione introdotto dall'art.99 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18 per garantire la conoscibilità delle erogazioni liberali a tutti gli interessati secondo uno schema uniforme che consenta anche la comparazione dei dati essenziali.

4. Obiettivi Strategici

L'ASL di Foggia, con l'adozione del presente Piano, in linea con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2019, giusta deliberazione dell'ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, si propone di migliorare la gestione delle misure di prevenzione del rischio con particolare attenzione alle aree mappate con un livello di rischio medio-alto, migliorando altresì il sistema ricognitivo dei processi e delle misure applicate dai referenti del RPCT, attraverso l'introduzione di uno strumento informatizzato di tipo collaborativo.

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione è integrato con il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, adeguato ai sensi e per gli effetti del d.lgs. 33/13, così modificato dal d.lgs. 97/06, di cui costituisce una specifica sezione.

Gli obiettivi su cui si fonda la strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso PTPCT aziendale.

Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti dell'ASL di Foggia, sono:

- **Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;**
- **Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;**
- **Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.**

In particolare, il presente Piano risponde alle seguenti esigenze:

- a) **individuare le attività**, tra le quali quelle di cui al comma 16 della legge 190/2012, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano nazionale anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, e le relative misure di contrasto, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle competenze previste dall'articolo 16, comma 1, lettera a-bis), del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;
- b) **definizione di procedure informatizzate** per l'effettuazione di analisi, di valutazioni, di proposte, con i dirigenti e il personale addetto alle aree a rischio;
- c) **definire le modalità di monitoraggio**, del rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione del procedimento;
- d) **rilevazione e adozione delle misure di contrasto** rispetto a rischi identificati quali:
 - **introduzione/sviluppo di forme di controllo interno** dirette a prevenire e consentire l'emersione della corruzione;
 - **meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni** idonei a prevenire il rischio di corruzione;
 - **valutazione della possibilità di garantire sistemi di rotazione del personale** addetto alle aree a rischio, attraverso la definizione di regolamenti, protocolli operativi e attività proceduralizzate per tutti i processi aziendali considerati a maggior rischio con l'accortezza di mantenere continuità e coerenza degli indirizzi e le necessarie competenze delle strutture;
- e) **effettiva applicazione della normativa** sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza, ai sensi del comma 51 L. 190/2012, attraverso la previsione di adeguate forme di tutela in capo al segnalante, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- f) **obblighi di informazione nei confronti del RPCT** chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- g) **adozione di misure che garantiscano**:
 - il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 L. 190/2012;
 - l'attivazione delle procedure disciplinari in caso di violazione dei doveri di comportamento, tra cui dovrà rientrare il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale;
 - la diffusione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, commi 49 e 50 L. 190/2012, e comma 16-ter dell'articolo 53 D.Lgs. 165/2001 come modificato, regole definite ulteriormente con il D.Lgs. 39 dell'8 aprile 2013;
 - la diffusione delle disposizioni di legge in materia di autorizzazione di incarichi esterni, come modificate dal comma 42 L.190/2012;
 - la verifica della realizzazione del piano trasparenza come disciplinata dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013 n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", ivi comprese l'adozione del Piano della Trasparenza, l'attivazione del sistema di trasmissione delle informazioni al sito web dell'amministrazione, del sistema delle sanzioni e del diritto di accesso civico;
 - l'individuazione di forme di integrazione e di coordinamento con il Piano della Performance.

Ai fini del presente Piano il concetto di corruzione è inteso, in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso di attività propriamente amministrative o tali in connessioni ad attività sanitarie, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti, nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione, sono pertanto più ampie delle fattispecie penalistiche disciplinate negli artt. 318-322 bis, 346 bis c.p., tali da ricomprendere anche eventi che rilevino un malfunzionamento dell'amministrazione (*ab externo*).

Al fine di individuare i reati oggetto dell'attività preventiva, sono di seguito indicate le fattispecie di reato in materia, ossia quelle contemplate dagli artt. 24 e 25 del D.lgs. n.231/2001, in parte modificate dalla Legge n.190/2012:

- a) Reato di concussione art. 317 c.p. (concussione)
- b) Reati di corruzione
 - art. 318 c.p. (corruzione per l'esercizio della funzione)
 - art. 319 c.p. (corruzione per un atto contrario ai doveri d'ufficio)
 - art. 319-bis c.p. (aggravanti specifiche)
 - art. 319-ter c.p. (corruzione in atti giudiziari)
 - art. 319-quater c.p. (induzione indebita a dare o promettere utilità)
 - art. 320 c.p. (corruzione di persona incaricata di pubblico servizio)
 - art. 321c.p. (pene per il corruttore)
 - art. 322 c.p. (istigazione alla corruzione)
 - art. 322-bis c.p. (peculato, concussione, corruzione e istigazione alla corruzione di membri e funzionari C.E.)
- c) Traffico di influenze illecite art. 346-bis c.p.(Traffico d'influenze illecite)
- d) Corruzione tra privati art. 2635 c.c

Altresì sono comprese le disposizioni contenute nel Testo unico in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Il presente Piano mira a individuare ed a sanzionare, mediante gli strumenti giuridici dell'ordinamento (D.Lgs n.165/2001 e CCNL di riferimento) nel rispetto delle relative funzioni e ruoli gerarchici, comportamenti di dirigenti e dipendenti in contrasto con i principi che disciplinano il pubblico impiego e in particolare i casi di conflitti d'interesse, a prescindere dalla loro rilevanza penale.

Tutti i Responsabili delle varie articolazioni aziendali sono tenuti a notificare il presente Piano ai rispettivi dipendenti, consulenti e collaboratori e fornitori in generale.

All'atto dell'assunzione in servizio è riportata formale dichiarazione nei contratti individuali di lavoro della consegna e ricevuta di copia del presente Piano con indicazione dell'indirizzo del sito web aziendale per la conoscibilità dei successivi aggiornamenti che il dipendente si renderà parte diligente di consultare e che in tal modo si avranno per conosciuti e notificati.

5. Coordinamento con il Piano della Performance

Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che “l’efficacia del PTPC dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell’amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell’amministrazione”. In particolare, “Risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani. Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera ANAC n. 6 del 2013, alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- **alla performance,**
- **agli standard di qualità dei servizi,**
- **alla trasparenza,**
- **al piano di misure in tema di misurazione e contrasto della corruzione.**

Pertanto, è necessario un coordinamento tra il PTPCT e gli strumenti vigenti per il controllo nell’amministrazione nonché di quelli individuati dal D.Lgs. n. 150 del 2009 e ss.mm.ii., ossia:

- **il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del D.Lgs. 150 del 2009);**
- **il Sistema di valutazione e misurazione della performance (art. 7 del D.Lgs 150 del 2009).**

La rilevanza strategica dell’attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che le amministrazioni debbano procedere all’inserimento dell’attività che pongono in essere per l’attuazione della Legge 190/2012 nella programmazione strategica operativa, definita in via generale nel P.P. Quindi le pubbliche amministrazioni procedono ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l’attuazione del PTPCT.

L’art. 41, c. 1, lett. h), del D.Lgs. 97/2016, ha attribuito rilevanza normativa a tale orientamento, introducendo, nell’art. 1 della Legge 190/2012, il comma 8-bis, ai sensi del quale: “L’Organismo indipendente di valutazione verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla performance, che i piani triennali per la prevenzione della corruzione siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all’anticorruzione e alla trasparenza. Esso verifica i contenuti della Relazione di cui al comma 14 in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza. A tal fine, l’Organismo medesimo può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza le informazioni e i documenti necessari per lo svolgimento del controllo e può effettuare audizioni di dipendenti. L’Organismo medesimo riferisce all’Autorità nazionale anticorruzione sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza.”

In tale prospettiva, “particolare attenzione è posta alla coerenza tra PTPCT e Piano della Performance, sotto due profili:

a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;

b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi e individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Il Ciclo della Performance “integrato” dell’ASL di Foggia sancisce l’importante ruolo che il Piano Triennale per la Prevenzione e della Trasparenza rivestono, in quanto non costituiscono solo una parte rilevante dei programmi di attività dell’Azienda, ma ne consentono la piena conoscibilità da parte di tutti i cittadini, anche in riferimento al loro stato di attuazione ed ai risultati conseguiti.

Il rispetto del Codice di Comportamento e delle norme dell’Anticorruzione sono realtà legate alla responsabilità individuale dei dipendenti, oltre alla responsabilità in vigilando di chi è preposto al controllo: il percorso che il processo di budget realizza per perseguire la performance organizzativa si riconduce invece ad una responsabilità gestionale-organizzativa legata alle strutture in cui l’Azienda si articola per apportare attraverso il proprio operato la soddisfazione dei bisogni della collettività.

Tenuto conto della distinzione, descritta nel Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell’ASL di Foggia, tra performance organizzativa, oggetto degli obiettivi delle schede di budget e legata al contributo che ogni struttura dà al perseguimento degli obiettivi strategici annuali, e performance individuale, che valorizza il contributo che il singolo dipendente (dirigenza e comparto) dà all’attuazione della strategia e inoltre si basa su valutazioni di tipo qualitativo e comportamentale, risulta quindi evidente che la tematica dell’anticorruzione è oggetto di attenzione nell’ambito appunto della performance individuale, come responsabilità individuale per quanto attiene sia al rispetto dei codici di comportamento, sia al rispetto dei regolamenti e come responsabilità in vigilando per l’attenzione alla gestione delle risorse affidate.

Tra gli obiettivi di Equipe previsti dal Piano delle Performance 2020-2022, sono presenti anche quelli relativi agli adempimenti in materia di anticorruzione e trasparenza, come di seguito elencati:

- **Applicazione delle prescrizioni contenute nel Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e di tutti gli obblighi in esso previsti: Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al PTCT. Individuazione delle attività a rischio e dei meccanismi adottati per prevenirle;**
- **Osservanza degli obblighi di trasparenza e pubblicazione dei dati sul sito Amm.ne Trasparente;**
- **Applicazione delle prescrizioni contenute nel Codice di Comportamento e di tutti gli obblighi in esso previsti: Realizzazione di n. 2 audit interni verbalizzati relativi al Codice di Comportamento ed attività poste in essere per il rispetto dello stesso.**

6. Piano Nazionale Anticorruzione 2019

L'ANAC, con delibera n.1064 del 13 novembre 2019, ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione - PNA 2019, atto di indirizzo per l'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, come previsto dall'art. 1, co. 2-bis, della l. n.190/2012, fornendo indicazioni utili per la progettazione, la realizzazione e il miglioramento continuo del Sistema di gestione del rischio corruttivo".

Il PNA 2019 dedica la maggiore attenzione alla parte generale, nella quale si ripercorrono e consolidano tutte le indicazioni date sino ad oggi, integrate con orientamenti maturati nel tempo e anche già oggetto di atti regolatori.

L'obiettivo è quello di disporre in un unico documento ricognitivo e complessivo tutte le indicazioni sugli istituti e gli strumenti di cui si compone il sistema di prevenzione della corruzione, utile alle amministrazioni per attuare e sviluppare i propri sistemi e misure.

Si conferma, tra i tanti elementi ed aspetti:

- **che i piani delle amministrazioni devono essere adottati annualmente entro il 31 gennaio, e pubblicati entro non oltre un mese dall'approvazione**
- **cultura organizzativa diffusa della gestione del rischio**
- **integrazione tra il processo di gestione del rischio e il ciclo di gestione della performance**
- **misure, strumenti e orientamenti, sia per la prevenzione della corruzione che per la trasparenza**
- **parte dedicata a figura, ruolo e poteri del RPCT, richiamando anche quanto già diffusamente specificato nella delibera n. 840/2018 e nel PNA 2018.**

Una parte specifica (l'allegato 1 del PNA 2019) è dedicata ad indicazioni per la gestione dei rischi corruttivi, anche qui recuperando anche i contenuti dei precedenti piani.

Novità per alcuni aspetti è rappresentata dalla parte relativa all'Analisi del Rischio:

"L'analisi del rischio ha un duplice obiettivo. Il primo è quello di pervenire ad una comprensione più approfondita degli eventi rischiosi, attraverso l'analisi dei cosiddetti fattori abilitanti della corruzione. Il secondo è quello di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività al rischio".

Il PNA 2019 propone un nuovo metodo per la valutazione dei rischi, con esempi di indicatori di stima del livello di rischio; in tal modo, per ciascun processo la valutazione complessiva del livello di esposizione al rischio sarà indicata con un **giudizio complessivo di tipo qualitativo**, seppure sintetico.

Il presente Piano si propone, dunque, di recepire le indicazioni metodologiche e di semplificazione indicate dall'ANAC, attraverso un percorso di miglioramento graduale nell'adozione di concrete misure di prevenzione e di sempre maggiore coinvolgimento e responsabilizzazione dell'intera struttura, anche al fine di favorire la fruibilità e la massima diffusione del documento stesso.

SEZIONE I

7. Soggetti coinvolti

La seguente figura, ripresa dall'Allegato 1 del PNA 2019, descrive tutti gli attori coinvolti nei processi di governance dell'anticorruzione, i cui compiti e responsabilità sono stati indicati nel presente documento:



Figura 1 - Attori coinvolti nel sistema di prevenzione della corruzione

I principali soggetti che, in maniera tra loro coordinata, concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'ASL di Foggia, sono indicati nella tabella che segue:

Soggetto/Organo/Struttura	Funzioni e responsabilità
Direttore generale	<p>Il Direttore Generale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - designa il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; - adotta il Piano e i suoi aggiornamenti e li comunica al Collegio sindacale e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV); - valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio corruzione; - assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni; - promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi

	<p>formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale.</p>
<p>RPCT</p>	<p>Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - presenta al Direttore Generale, per la necessaria approvazione, una proposta di il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; - vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano; - elabora le modifiche necessarie per migliorarne l'efficacia e predisporre l'aggiornamento annuale, tenendo conto delle normative sopravvenute e delle modifiche organizzative nel frattempo intervenute; - segnala all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza; - indica agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza; - pianifica le misure di trasparenza, monitora l'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e verifica la qualità dei dati pubblicati in termini di completezza, chiarezza, aggiornamento e facile consultazione; - pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa; - definisce percorsi di formazione, con il supporto dell'Ufficio Formazione, sui temi dell'etica e della legalità e individua, in accordo con i referenti, interventi di formazione specifica per i dipendenti che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione; - verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, nel rispetto dei criteri generali stabiliti dall'Azienda, (nei limiti di quegli incarichi ed uffici ove la rotazione è tecnicamente e logisticamente possibile, per la tipologia di competenze); - vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile; - cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua

	<p>attuazione;</p> <ul style="list-style-type: none"> - programma incontri periodici con i referenti al fine di monitorare il rispetto del Piano e condividere le problematiche emerse nel corso dello svolgimento dell'attività.
Tutti i Dirigenti Referenti del RPCT	<p>Tutti i Direttori di Struttura e i Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:</p> <ul style="list-style-type: none"> - valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative; - partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure; - curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione e promuovono la formazione in materia dei dipendenti assegnati ai propri uffici, nonché la diffusione di una cultura organizzativa basata sull'integrità; - assumono la responsabilità delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT; - tengono conto, in sede di valutazione delle performance del contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT; - forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione; - concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione; - controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti; - assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione; - avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente la propria struttura; - propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.
S.T.P.	<p>La Struttura Tecnica Permanente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - supporta l'attività dell'Organismo interno di vigilanza (OIV) nell'esercizio delle funzioni di programmazione, valutazione, controllo strategico e controllo di gestione.
SS Formazione	<p>Il Responsabile della Struttura Semplice Formazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> - cura l'inserimento nel Piano della Formazione degli obiettivi finalizzati alla realizzazione delle azioni previste dal Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza; - cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste

	dal Piano.
O.I.V.	<ul style="list-style-type: none"> - offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo; - fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi; - favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo; - attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC; - esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'ASL; - assicura il coordinamento tra i contenuti del Codice di comportamento e il sistema di misurazione e valutazione della performance e svolge un'attività di supervisione sull'applicazione del Codice, riferendone nella relazione annuale; - verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato; - rafforza il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance delle strutture e dei singoli operatori.
Collegio Sindacale	<p>Il Collegio Sindacale in particolare:</p> <p>verifica l'amministrazione dell'ASL sotto il profilo economico e vigila sulla corretta applicazione della normativa vigente e, pertanto, anche quella relativa alla tematica della prevenzione della corruzione.</p>
U.P.D.	<p>I componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari:</p> <ul style="list-style-type: none"> - vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale; - svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici; - curano l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando al dipendente che segnala illeciti le garanzie previste dall'ordinamento; - possono chiedere all'ANAC parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.
Dipendenti	<p>Tutto il personale aziendale:</p> <ul style="list-style-type: none"> - partecipa attivamente al processo di gestione del rischio; - attua le misure di prevenzione programmate nel PTPCT; - comunica i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente; - segnala le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD. <p>La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano</p>

	costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge 190/2012).
Collaboratori	<p>I collaboratori a qualsiasi titolo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - osservano le misure contenute nel Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASL; - segnalano le situazioni di illecito.

8. Compiti del RPCT

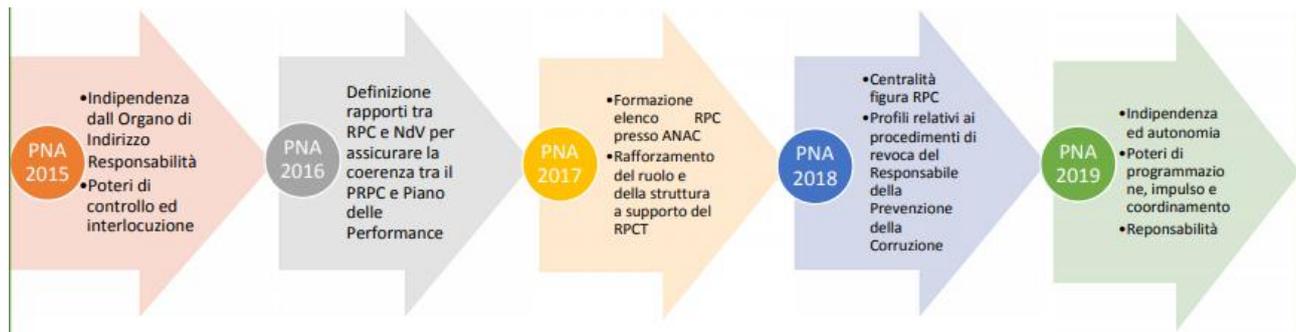
A.N.AC. svolge alcune precisazioni in tema di ruolo e poteri del RPCT, spesso oggetto nei fatti di interpretazioni non corrette che portano ad attribuzioni di funzioni non appropriate. Conferma quanto già indicato con la propria deliberazione n. 840 del 2 ottobre 2018. Il tutto è richiamato anche nel PNA 2019.

A sintetizzare quanto chiarito dall'Autorità:

- **i poteri di vigilanza e controllo del RPCT sono delineati come funzionali al ruolo principale che il legislatore assegna al RPCT**, che è quello di proporre e predisporre adeguati strumenti interni all'amministrazione per contrastare l'insorgenza di fenomeni corruttivi (PTPCT);
- **RPCT esercita poteri di programmazione, impulso e coordinamento**, la cui funzionalità dipende dal coinvolgimento e dalla responsabilizzazione di tutti coloro che a vario titolo partecipano dell'adozione e attuazione delle misure di prevenzione;
- **i poteri sono da coordinarsi con gli altri organi di controllo interno;**
- **è escluso che al RPCT spetti accertare responsabilità e svolgere direttamente controlli di legittimità e di regolarità amministrativa e contabile;**
- **su fatti e vicende che emergono, il RPCT è chiamato ad una "delibazione" sul fumus**, cioè sulla fondatezza, in modo anche da trarne spunti per interventi sul Piano anticorruzione e sulle misure di prevenzione, ed anche per meglio individuare quale organo/ufficio interno o esterno all'amministrazione sia competente per i necessari accertamenti di responsabilità (ai quali rimanda);

- come poteri istruttori in generale, sulle segnalazioni, vi è la possibilità che il RPCT possa acquisire direttamente atti e documenti o svolgere audizioni di dipendenti al fine di chiarire procedimenti e circostanze.

L'Asl di Foggia ha provveduto alla nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e del Responsabile della trasparente, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 372 del 18/09/2013. Di seguito è schematizzata la figura del RPCT nei Piani Nazionali Anticorruzione.



a. **Contesto interno**

Il Piano Nazionale Anticorruzione sollecita le Amministrazioni a riportare nei Piani le informazioni riguardanti il contesto esterno ed interno, con riferimento ad eventi di illegalità nell'ambito pubblico, emersi e registrati nell'ambito territoriale di interesse. L'inquadramento del contesto presuppone un'attività attraverso la quale è possibile far emergere le notizie e le informazioni necessarie all'individuazione dei fattori di rischio corruttivo che possono impattare sull'Azienda, in virtù delle molteplici specificità dell'ambiente, eventualmente collegate alle Strutture territoriali, alle dinamiche sociali, economiche e culturali, nonché alle caratteristiche organizzative interne aziendali. L'attenzione sul contesto giudiziario e sul fronte delle indagini attivate dagli organi inquirenti porta ad individuare diversi filoni che possono coinvolgere il settore sanitario e che vengono qui sinteticamente riepilogati al fine di evidenziare quali possono essere i rischi connessi alle attività dell'Azienda e che sono stati considerati nella fase di individuazione dei processi e della loro graduazione di rischiosità:

- preparazione e somministrazione di farmaci imperfetti, non muniti di risultati di studio pre-clinici e clinici a dimostrazione dell'efficacia sull'uomo, nonché in assenza delle necessarie autorizzazioni degli Enti regolatori nazionali;
- traffico illecito di rifiuti speciali e pericolosi;
- importazione, distribuzione e somministrazione ceppi virali e vaccini per uso veterinario a base di virus patogeni;
- falsi ricoveri;
- gestione delle liste d'attesa e prestazioni specialistiche, con elusione delle liste d'attesa stesse, nonché del previsto pagamento del ticket sanitario;
- frodi in commercio, in ordine alla vendita di prodotti contraffatti;
- commercio illegale di sostanze dopanti o anabolizzanti;
- prescrizione inappropriata di integratori artificiali ai neonati;
- abbandono e sequestro persone incapaci in strutture assistenziali.

In relazione agli aspetti di criminalità che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mette in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti anche nel nostro tessuto sociale.

L'Azienda Sanitaria Locale di Foggia è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle tre preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Foggia (FG/1, FG/2 e FG/3). L'Azienda si connota, sotto l'assetto organizzativo, per la presenza di un'ampia articolazione organizzativa sia a livello centrale che periferico ove risulta capillarmente diffusa sull'intero territorio foggiano.

L'ASL di Foggia ha sede legale in Foggia, alla via M. Protano 13 presso la Cittadella dell'Economia ed è costituita con personalità giuridica pubblica, ai sensi e per effetto di quanto previsto all'art. 3, comma 1bis del D.L.vo 502/1992 e s.m.i. e svolge le funzioni assegnate di tutela di promozione della salute degli individui e della collettività nel territorio della Provincia di Foggia. Gli Organi dell'ASL di Foggia, ai sensi del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii., sono: il Direttore Generale, che ne ha la rappresentanza legale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione. Il sito internet istituzionale dell'ASL Foggia è <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia> con accesso dal Portale Regionale della Salute della Regione Puglia www.sanita.puglia.it. Il patrimonio dell'ASL di Foggia è quello risultante dallo stato patrimoniale allegato al bilancio di esercizio e, comunque, ai sensi della legge

regionale n. 39 del 28/12/2006 e del regolamento n. 9 del 30/3/2007, a decorrere dal 1° gennaio 2007, l'azienda è subentrata a pieno diritto in tutto il patrimonio attivo e passivo delle disciolte AA.UU.SS.LL. preesistenti sul territorio nella provincia di Foggia. Il patrimonio, pertanto, è costituito da tutti i beni mobili e immobili come si evince dallo stato patrimoniale dell'atto di fusione e da tutti i beni a qualunque titolo acquisiti nell'esercizio delle proprie attività, ovvero a seguito di atti di liberalità.

I Principi su cui è fondata l'organizzazione dell'ASL di Foggia sono:

- Centralità del cittadino
- Decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
- Pianificazione dell'offerta socio-sanitaria e dei luoghi di fruizione
- Continuità dei percorsi di cura
- Sussidiarietà, la concertazione e la partecipazione
- Semplificazione delle procedure e dei percorsi
- Umanizzazione del rapporto di assistenza
- Accoglienza e la Comunicazione efficace ed eticamente corretta

L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Puglia, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- **prevenzione;**
- **assistenza territoriale;**
- **assistenza ospedaliera.**

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

In particolare, la ASL Foggia si articola in otto Distretti, tre Presidi Ospedalieri, Dipartimenti strutturali e Aree di gestione amministrativa, in aderenza all'assetto strutturale sancito dai Piani di Riordino Ospedaliero, dalla Legge Regionale del 28 dicembre 1994 n. 36, dal regolamento regionale del 28/11/2005 n. 27, dalla L.R. del 3 agosto 2006 n. 25, dalla L.R. del 9 agosto 2006 n. 26, dal R.R. del 18 aprile 2011 n. 6, dalla DGR del 27.12.2012 n. 3008, dalla D.G.R. del 4 luglio 2014 n. 1403, dalla D.G.R. del 6 maggio 2015 n. 930, dal R.R. del 4 giugno 2015 n. 4, dalla DGR del 29.02.2016 n. 161, dal R.R. n. 7 del 10/3/2017, come modificato dal R.R. n. 3 del 19/2/2018, con il quale è stata integralmente ridefinita la rete ospedaliera della Regione Puglia ai sensi del D.M. n. 70/2015 e delle Leggi di Stabilità 2016 e 2017 e dalla DGR 1195 del 03/07/2019 e R.R. n. 23 del 22/11/2019.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 1655 del 11 dicembre 2019 è stato preso atto dell'Accordo Attuativo stipulato, in data 22 novembre 2019, tra il Direttore Generale ASL FG di Foggia ed il Direttore Generale A.O.U. "Ospedali Riuniti" di Foggia finalizzato al trasferimento

dell’Ospedale “F. Lastaria” di Lucera dalla ASL Foggia all’Azienda Ospedaliero-Universitaria “Ospedali Riuniti” di Foggia.

La Direzione Aziendale della ASL Foggia opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta dalle seguenti Unità Operative di Staff:

- Unità di Statistica ed Epidemiologia
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale (S.P.P.A)
- Fisica Sanitaria
- Struttura Burocratico Legale
- Ufficio per le Relazioni con il Pubblico
- U.V.A.R.P. (Unità di Valutazione dell’Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
- Ufficio Formazione
- Ufficio di coordinamento aziendale delle cure primarie (U.A.C.P. – M.M.G)
- Ufficio di coordinamento aziendale delle cure pediatriche (U.A.C.P.P.)
- Unità di Controllo di Gestione
- Ufficio gestione strutture esterne e convenzioni
- Ufficio Trasparenza-Privacy-Anticorruzione
- Ufficio qualità e rischio clinico
- Servizio delle professioni sanitarie
- Area coordinamento servizi socio-sanitari
- Ufficio coordinamento screening
- Ufficio stampa

L’organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione delle seguenti Aree di Gestione:

- Area Gestione delle Risorse Finanziarie
- Area Gestione del Patrimonio
- Area Gestione delle Risorse Umane
- Area Gestione Tecnica
- Area Amministrativa Ospedaliera
- Area Amministrativa Distrettuale

L’ASL di Foggia garantisce l’erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso:

- le strutture Dipartimentali
- le strutture Distrettuali Socio Sanitarie in cui è suddiviso il territorio dell’ASL;
- gli Ospedali a gestione diretta
- il privato accreditato.

La Direzione Aziendale della ASL Foggia, così come risulta dalla Delibera n.906 del 29/07/2016, più volte modificata, da ultimo con delibera n. 1428 del 6/10/2020 ad oggetto “Assetto organizzativo e strutturale dell’Asl Foggia”, opera avvalendosi di una struttura organizzativa che prevede:

- Assetto Strutturale di Base dell'Assistenza Ospedaliera con i tre Ospedali di San Severo, Cerignola e Manfredonia;
- Supporto Amministrativo dell'Assistenza Ospedaliera con la Struttura Complessa Direzione Amm.va ospedaliera;
- Assetto Strutturale di Base dell'Assistenza Distrettuale con gli 8 Distretti Socio Sanitari di San Marco in Lamis, San Severo, Vico del Gargano, Manfredonia, Troia-Accadia, Lucera, Foggia e Cerignola;
- Coordinamento delle reti per le Patologie Croniche
- Le Strutture di Staff con la Strutture complesse della Struttura Burocratico-Legale, del Controllo di Gestione e dell'Unità di Statistica ed Epidemiologia
- Le Aree di Staff con le Strutture Complesse dell'Area Gestione delle Risorse Finanziarie, Area Gestione del Patrimonio, Area Gestione delle Risorse Umane, Area Gestione Tecnica e Coordinamento Socio Sanitario.

L'organizzazione sanitaria si articola altresì nella seguente organizzazione dipartimentale aziendale della funzione ospedaliera e mista, ospedale-territorio (alcuni Dipartimenti non sono ancora costituiti), così come previsto dalle delibere n. 933 del 24 luglio 2017, n. 73 del 24 gennaio 2019, n. 1638 del 03 dicembre 2019, n. 793 del 5 giugno 2020:

- Dipartimento Ospedale-Territorio di Diagnostica per Immagini e in vitro
- Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Chirurgico
- Dipartimento Ospedaliero Multidisciplinare Internistico
- Dipartimento Matero-Infantile
- Dipartimento di Emergenza - Urgenza
- Dipartimento del Farmaco
- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa Ospedaliera e Territoriale
- Dipartimento Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento Integrato di Oncologia
- Dipartimento dei servizi e aree amministrative
- Dipartimento delle Direzioni Mediche dei PP.OO

Il personale aziendale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'ASL di Foggia e pertanto la Direzione Strategica ha posto la massima attenzione sulle risorse umane per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale. Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Foggia, nel corso del 2019 è stato pari a n. 3.451 unità e **nel corso del 2020 è stato pari a 3.794**. L'analisi del turnover, ossia la differenza tra nuove assunzioni e cessazioni dei rapporti di lavoro, rivela nel 2020 un notevole aumento delle assunzioni, addirittura pari al 136,98%, dovuto soprattutto al potenziamento dei servizi sanitari per l'emergenza Covid 19 rispetto all'anno precedente.

L'assistenza Distrettuale dell'ASL Foggia viene assicurata da n. 8 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n. 61 Comuni secondo la rappresentazione grafica e tabellare che di seguito si riporta:

DISTRETTI SOCIO SANITARI	COMUNI AFERENTI
DSS FOGGIA	FOGGIA
DSS SAN SEVERO	SAN SEVERO, TORREMAGGIORE, S. PAOLO CIVITATE, SERRACAPRIOLA, CHIEUTI, LESINA, POGGIO IMPERIALE, APRICENA
DSS CERIGNOLA	CERIGNOLA, ORTA NOVA, STORNARA, STORNARELLA, ORDONA, CARAPELLE
DSS MANFREDONIA	MANFREDONIA, MONTE S. ANGELO, MATTINATA, ZAPPONETA
DSS LUCERA	LUCERA, ALBERONA, BICCARI, CASALNUOVO MONTEROTARO, CASALVECCHIO DI PUGLIA, CASTELNUOVO DELLA DAUNIA, CELENZA VALFORTORE, CARLANTINO, MOTTAMONTECORVINO, PIETRAMINTECORVINO, S. MARCO LA CATOLA, VOLTURARA APPULA, VOLTURINO, ROSETO
DSS S. MARCO IN LAMIS	S. MARCO IN LAMIS, S. GIOVANNI ROTONDO, SANNICANDRO GARGANICO, RIGNANO GARGANICO
DSS TROIA-ACCADIA	TROIA, ACCADIA, ORSARA, ASCOLI S. , BOVINO, FAETO, CASTELLUCCIO V., CELLE, ANZANO DI PUGLIA, CANDELA, CASTELLUCCIO DEI SAURI, DELICETO, MONTELEONE, PANNI, ROCCHETTA SANT'ANTONIO, SANT'AGATA
DSS VICO DEL G.	VICO G., ISCHITELLA, RODI G. , VIESTE, PESCHICI, CARPINO, CAGNANO VARANO, ISOLE TREMITI

L'interazione dell'ASL di Foggia con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "alto" il rischio corruttivo in particolar modo per i seguenti attori:

- RUP
- Operatori economici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti Commissioni bandi di gara, concorsi e di invalidità
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Personale medico in ALPI
- Strutture convenzionate
- Associazioni

I principali eventi rischiosi rilevati in fase di mappatura delle aree e dei processi sono riconducibili ai seguenti:

- **conflitto di interessi**
- **alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione**
- **violazione del codice appalti**
- **violazione del segreto d'ufficio**
- **pilotaggio di procedure istituzionali per favoritismi**
- **alterazione dei tempi di attesa**
- **elusione di regolamenti e norme per interessi personali**

L'analisi del contesto interno ha consentito di rilevare una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, stante la parziale attuazione, si prevede una generale rivisitazione delle aree, sotto-aree e processi con l'individuazione di specifiche misure ulteriori di mitigazione del rischio corruttivo, attraverso il coinvolgimento di tutti i Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, tramite l'utilizzo di un sistema informatizzato collaborativo in fase di implementazione.

L'anno 2020 è stato caratterizzato dall'escalation legata alla epidemia da COVID - 19 in tutto il territorio nazionale. Sin dalla prima ondata la pandemia da Covid-19 ha reso necessaria una generale riorganizzazione dei servizi che ha modificato le modalità sia di offerta che di fruizione delle prestazioni. La necessità di contenere il contagio ha prodotto una serie di misure ministeriali e regionali che hanno portato, nella cosiddetta "fase 1" alla sospensione delle attività programmate sia ospedaliere che territoriali. Pertanto, sulla base di specifici atti di indirizzo regionale, la ASL Foggia ha avviato da Marzo 2020 una serie di interventi mirati al contrasto della Pandemia da COVID -19. Detti interventi si sono articolati in più linee di attività, ed in particolare:

- interventi di prevenzione rivolti alla popolazione assistita e agli operatori sanitari e socio sanitari impegnati nei servizi e agli ospiti di strutture residenziali e semi residenziali destinate a cittadini non autosufficienti;
- interventi terapeutico riabilitativi, con l'attivazione di posti letto a gestione diretta presso presidi ospedalieri e territoriali.
- interventi diretti a potenziare le attività di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus SARS-CoV-2, attraverso la sorveglianza attiva effettuata a cura del Dipartimento di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale;
- interventi diretti ad assicurare mediante il potenziamento dei servizi distrettuali la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.

Il DPCM 09/03/2020 n.14 ad oggetto “ Disposizioni urgenti per il potenziamento del SSN in relazione all’emergenza COVID-19” ha previsto all’art. 8, per tutta la durata dello stato di emergenza epidemiologica, l’attivazione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, al fine di consentire al Medico di medicina generale o al Pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l’attività assistenziale ordinaria. Tali Unità che devono avere sede presso le sedi di Continuità assistenziali già esistenti con la previsione di una Unità speciale ogni 50.000 abitanti deve essere costituita da un numero di medici pari a quelli già esistenti nella sede prescelta ed essere attiva 7 giorni su 7 dalle ore 8,00 alle ore 20,00.

Con delibera n. 355 dell’11/3/2020 è stato approvato il “Regolamento temporaneo per l’espletamento del lavoro agile quale misura di contrasto all’emergenza sanitaria Covid-19” estendendo la tipologia dei destinatari del lavoro agile a tutto il personale dell’Azienda, ad esclusione del ruolo sanitario e del personale la cui attività non poteva essere svolta in un luogo diverso rispetto alla sede di lavoro.

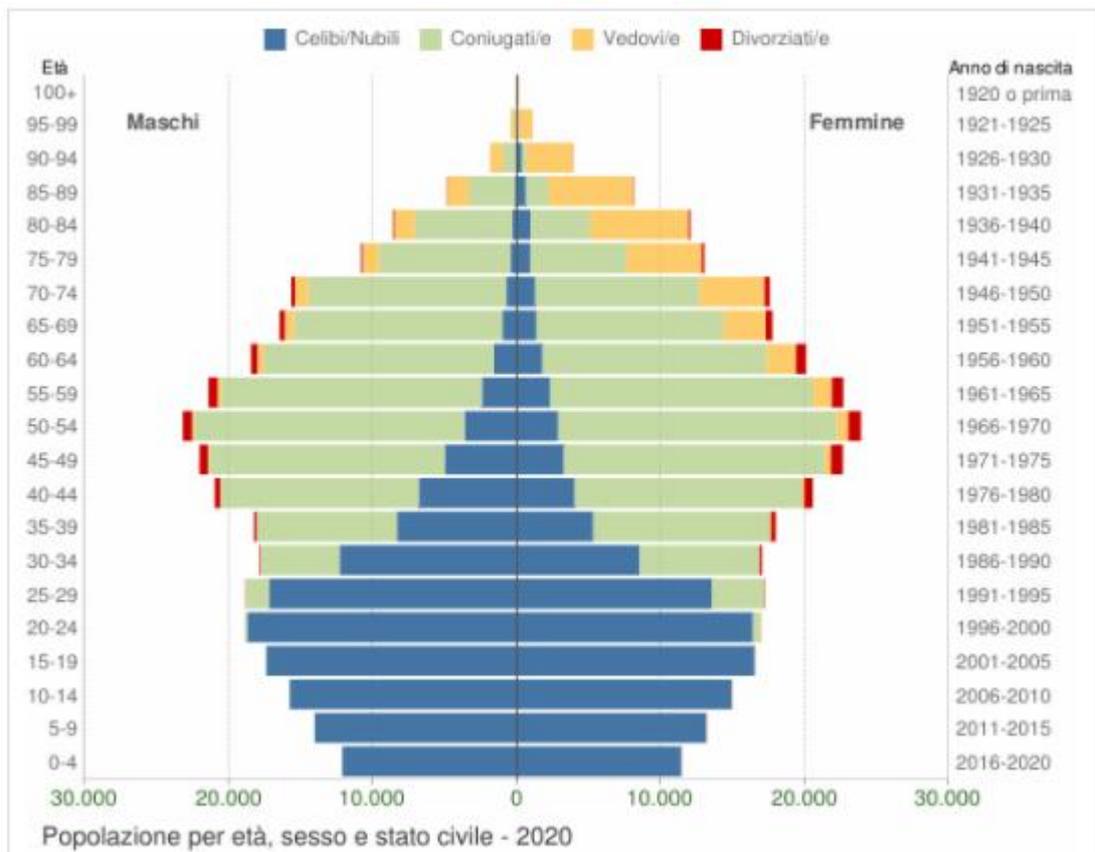
Con Delibera n. 621 del 07/05/2020 l’Asl di Foggia, ha previsto l’istituzione di n. 5 postazioni USCA nei comuni di Foggia, Troia, Torremaggiore, San Marco in Lamis e Vico del Gargano. Con successive delibere sono state attivate ulteriori n. 12 postazioni USCA nei comuni di Cerignola, Manfredonia e San Severo e a potenziamento del Dipartimento di Prevenzione a cui sono state attribuite le attività di sorveglianza sanitaria.

A seguito di disposizioni della Giunta regionale l’ASL di Foggia, con delibera n. 1873 del 31 dicembre 2020, ha disposto la costituzione del Nucleo Operativo aziendale (NOA-CovidVacc) quale organismo per il coordinamento e la gestione a livello locale delle attività previste dal Piano Strategico nazionale vaccinazione e dalle linee di indirizzo regionali.

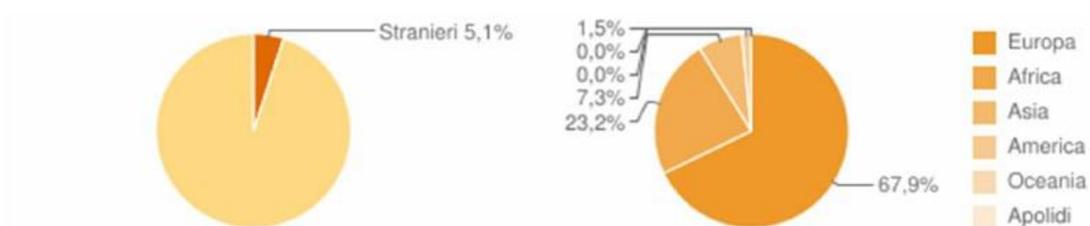
La Regione Puglia con DGR 31 luglio 2020, n. 1215 ha provveduto all’approvazione definitiva del Regolamento Regionale recante “Potenziamento della rete ospedaliera ai sensi dell’art. 2 del decreto legge 19 maggio 2020, n. 34 emanato con Regolamento Regionale 20 agosto 2020, n. 14. Parallelamente vi è stata la programmazione per la seconda fase COVID- e pertanto, con delibera ASL n. 91790 del 15 dicembre 2020 è stato approvato il Piano ospedaliero per il contenimento della diffusione della SARS-Cov-2. L’ASL FG ha potenziato l’offerta sanitaria ospedaliera tramite apposito piano di riorganizzazione, al fine di fronteggiare adeguatamente l’emergenza pandemica COVID-19 in corso e garantire l’incremento di attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza a media intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all’aumento progressivo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus Sars-CoV-2, ai suoi esiti ed ad eventuali accrescimenti improvvisi della curva pandemica

9. Contesto esterno

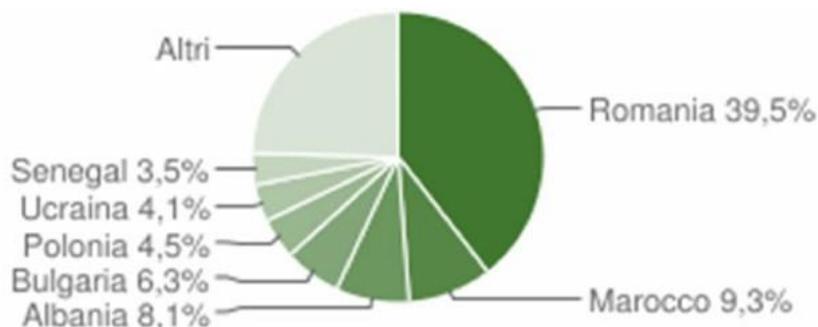
L'analisi del contesto esterno è volto ad evidenziare come l'ambiente esterno con il quale l'ASL di Foggia viene a contatto e nel quale opera con le proprie specifiche caratteristiche culturali, economiche, sociali, criminologiche può, eventualmente, favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi all'interno dei pubblici uffici. Il contesto esterno si presenta estremamente composito e, nel suo insieme, particolarmente complesso con riferimento, in particolare, al contesto economico, al mercato del lavoro ed al tessuto imprenditoriale, all'ordine e sicurezza pubblica, in ragione dell'ampiezza delle funzioni espletate che abbracciano l'intero territorio del Paese. **La ASL Foggia opera su un territorio di 7.007,54 Km², coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n. 606.904 abitanti.**



Gli stranieri residenti nella Provincia di Foggia rappresentano circa il 5,1% della popolazione residente complessiva.



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania con il 39,3% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (9,3%) e dall'Albania (8,1%).



I Livelli di Assistenza garantiti dalle strutture Distrettuali sono di seguito indicati:

- **Assistenza sanitaria di base:** è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale - MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatria di libera scelta - PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i MMG ed i PLS propongono al Distretto l'erogazione delle cure a domicilio con l'apertura di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) che prevede anche l'attività infermieristica;
- **Assistenza farmaceutica:** le Farmacie Territoriali dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri;

- **Assistenza specialistica ambulatoriale:** è erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero;
- **Assistenza residenziale e semiresidenziale:** comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale. E' prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale);
- **Assistenza continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP).** L'ASL di Foggia opera mediante n. 165 presidi a gestione diretta e n. 140 strutture convenzionate/autorizzate all'esercizio dell'attività.

La situazione concernente la condizione lavorativa sul territorio evidenzia una preoccupante diminuzione del numero degli occupati e dell'aumento del numero di disoccupati. La media di occupati nella città di Foggia è la più bassa in ambito regionale, in ambito territoriale (Mezzogiorno) e in ambito nazionale; la percentuale di disoccupazione e di popolazione inattiva è la più alta in ambito regionale, in ambito territoriale (Mezzogiorno) e in ambito nazionale. Tale contesto sfavorevole è considerato nella determinazione del rischio in alcuni processi aziendali con riferimento alla probabilità di accadimento di taluni eventi (minacce).

ItaliaOggi, in collaborazione con l'Università La Sapienza di Roma, ha pubblicato i risultati di uno studio, giunto alla 22-ma edizione, sulla qualità della vita nelle province italiane. La metodologia fa riferimento a nove dimensioni d'analisi: **1) affari e lavoro, 2) ambiente, 3) criminalità, 4) disagio sociale e personale, 5) popolazione, 6) servizi finanziari e scolastici, 7) sistema salute, 8) tempo libero e tenore di vita.** Queste dimensioni sono declinate in 21 sottodimensioni, da cui derivano 84 indicatori di base che permettono di investigare in maniera approfondita sui molteplici aspetti in cui la qualità della vita si articola nelle province italiane. La combinazione di questi produce una classifica complessiva della qualità della vita delle province italiane. Per il 2020 il primo posto è per la provincia di Pordenone, seguita da Trento, Vicenza e Padova. Fra le province pugliesi, **Foggia è 107-ma (-5)**, Lecce è 86-ma (-5 posti rispetto alla classifica 2019); Bari è 88-ma (-2), Brindisi è 89-ma (-2), Taranto è 94-ma (-5), BAT è 98-ma (-1).

L'interazione della ASL di Foggia con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consente, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "alto" il rischio potenziale corruttivo in particolar modo per i seguenti attori:

- Fornitori
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Privato accreditato

10. Analisi del rischio

La metodologia di "gestione del rischio" in riferimento alla norma ISO 31000 "Risk Management Principles and guidelines" è diffusa ormai da vari anni. Diversamente, quest'approccio rispetto ai profili di natura amministrativa, contabile e gestionale, ancorchè connessi ad ambiti sanitari, risale a tempi più recenti.

La c.d. "gestione del rischio" attinge alla stessa metodologia, come chiarito nel Piano Nazionale Anticorruzione.

Il PTPCT fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione al rischio di corruzione degli uffici e unità operative (amministrative, professionali, tecniche e sanitarie) e indica gli interventi organizzativi e le misure volte a prevenire il medesimo rischio e definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare negli stessi, prevedendo la rotazione di dirigenti e funzionari.

Il presente Piano, quindi, risponde specificatamente alle seguenti esigenze:

- a) **individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione**, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborate nell'esercizio delle proprie competenze;
- b) **prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione**, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) **prevedere, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del RPCT**, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- d) **monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti**;
- e) **monitorare i rapporti tra l'Amministrazione 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 dell'amministrazione;
- f) **individuare specifici obblighi di trasparenza** ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Ai fini dell'individuazione di tutte le aree a maggior rischio di fenomeni corruttivi si è proceduto alla ricognizione, con il supporto di tutti i referenti del RPCT, di macro-processi declinati poi in sotto-processi.

La suddetta mappatura è fondata sul concetto di "rischio corruttivo" quale pericolosità di un evento calcolata con riferimento sia alla probabilità che questo si verifichi e sia alla correlata gravità delle relative conseguenze, prendendo in considerazione i "fattori abilitanti".

Pertanto, inizialmente la mappatura delle aree a rischio tiene conto di quelle comuni e obbligatorie a tutte le PP.AA. che la stessa L. 190 (art.1 c.9, lett. a) già considera come tali al comma 16 dell'art.1:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;

- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'art.24 del D.Lgs. n.150/09.

Contestualmente al dato normativo, nell'attività di mappatura sono state poi considerate le attività più esposte al rischio di corruzione dettagliate nell'all' allegato 2 del P.N.A., *c.d.* sotto aree, quali:

A) Area acquisizione e progressione del personale

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

B) Area affidamento di lavoro, 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 del contratto
- 12. Subappalto
- 13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

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

- 1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
- 2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
- 3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
- 4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
- 5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
- 6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

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

- 1. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
- 2. Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
- 3. Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
- 4. Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
- 5. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
- 6. Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

L'analisi del rischio ha l'obiettivo di stimare il livello di esposizione dei processi e delle relative attività. Per la misurazione del livello del rischio sono state recepite le indicazioni metodologiche

contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, **privilegiando un'analisi di tipo qualitativo** rispetto a una di tipo quantitativo. Sono stati individuati cinque criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata fatta la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Key Risk Indicator

Descrizione / Descrizione livelli scala di valutazione

Rilevanza esterna

Quale è il livello di interesse esterno?

- 1 Minima: il processo ha ricadute prevalentemente interne all'Amministrazione
- 2 Bassa: il processo ha effetti, economici e non, poco rilevanti su soggetti esterni
- 3 Media: il processo ha effetti, economici e non, discretamente rilevanti su soggetti esterni
- 4 Alta: il processo ha effetti, economici e non, molto rilevanti su soggetti esterni
- 5 Massima: il processo ha effetti, economici e non, estremamente rilevanti su soggetti esterni

Discrezionalità

Quale è il grado di discrezionalità del decisore interno?

- 1 Minima: il processo è del tutto vincolato
- 2 Bassa: il processo è parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi
- 3 Media: il processo è parzialmente vincolato solo dalla legge
- 4 Alta: il processo è parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari)
- 5 Massima: il processo è altamente discrezionale

Gravità dei precedenti

Quale è la gravità degli eventi corruttivi che si sono manifestati nel passato?

- 1 Minima: non ci sono stati o non sono noti dei precedenti
- 2 Bassa: ci sono stati rilievi da parte di Organi di controllo, contestazioni, segnalazioni o reclami per irregolarità/violazioni prive di rilevanza penale e/o erariale e/o disciplinare
- 3 Media: sono stati avviati procedimenti disciplinari per irregolarità/violazioni che non hanno rilevanza penale e/o erariale
- 4 Alta: sono stati avviati procedimenti in sede giudiziaria davanti al Giudice civile, al TAR o al Consiglio di Stato
- 5 Massima: sono stati avviati procedimenti da parte dell'Autorità giudiziaria penale e/o da parte della Corte dei Conti

Opacità

Quale è il grado di opacità del processo decisionale?

- 1 Minima: il processo è ben definito con responsabilità chiare e trasparenti in tutte le sue fasi
- 2 Bassa: il processo è ben definito con responsabilità chiare e trasparenti nelle sue fasi critiche
- 3 Media: il processo è ben definito con responsabilità chiare e trasparenti solo nelle sue fasi principali
- 4 Alta: il processo non è ben definito né trasparente in diverse sue fasi, lasciate alla prassi e consuetudine

- 5 Massima: il processo non è ben definito né trasparente in molte sue fasi, lasciate alla prassi e consuetudine

Livello di collaborazione

Quale è il livello di collaborazione del responsabile del processo?

- 1 Minimo: delega le attività, finalizzate al solo adempimento formale della normativa
- 2 Basso: coinvolgimento occasionale, finalizzato ad un solo adempimento formale alla normativa
- 3 Medio: discreto coinvolgimento cercare di adempiere in modo sostanziale alla normativa
- 4 Alto: frequente coinvolgimento per garantire un pieno adempimento sostanziale alla normativa
- 5 Massimo: coinvolgimento costante per cogliere l'occasione della normativa per una revisione dei processi

Probabilità di Rischio

Calcolato automaticamente come media delle risposte delle precedenti domande

Impatto organizzativo

Il verificarsi dell'evento quale impatto di revisione del processo avrebbe sull'organizzazione?

- 1 Minimo: le azioni del processo sono realizzate da più persone aventi compiti e responsabilità distinte ed il controllo viene affidato ad una persona che non ha partecipato alle attività in oggetto
- 2 Basso: le azioni del processo sono realizzate da più persone aventi compiti e responsabilità distinte, anche di controllo e di responsabilità finale
- 3 Medio: le azioni del processo sono svolte dall'inizio alla fine da un'unica persona, ma il controllo viene effettuato da una o più persone non coinvolte nell'attività in oggetto, con la responsabilità finale in capo ad un altro
- 4 Alto: le azioni del processo sono svolte esclusivamente da una singola persona, con la responsabilità finale in capo ad un altro soggetto (Dirigente)
- 5 Massimo: le azioni del processo sono svolte dall'inizio alla fine da un'unica persona

Incidenza economica

Quale sarebbe il danno economico, diretto o indiretto, per l'Amministrazione al verificarsi di un evento corruttivo?

- 1 Minimo: trattasi di un'inefficienza organizzativa che può essere gestita senza che si realizzi un danno economico
- 2 Basso: un pregiudizio all'immagine dell'azienda, solo o associato ad un pregiudizio economico
- 3 Medio: un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, solo o associato ad un pregiudizio economico
- 4 Alto: un pregiudizio alla funzionalità ed efficienza dei servizi, associato ad un pregiudizio economico e reputazionale

5 Massimo: un pregiudizio a beni/interessi fondamentali dei cittadini/utenti (quali la salute, la sicurezza, la privacy, la salvaguardia dell'ambiente e simil) solo o associato a un danno economico e/o reputazionale e/o funzionale

Impatto reputazionale

Quale sarebbe la risonanza della notizia di un evento corruttivo?

- 1 Minimo: la notizia dell'evento rimarrebbe riservata all'interno dell'Amministrazione
- 2 Basso: la notizia dell'evento avrebbe diffusione solo locale
- 3 Medio: la notizia dell'evento avrebbe diffusione anche nazionale
- 4 Alto: la notizia dell'evento susciterebbe clamore nell'opinione pubblica
- 5 Massimo: la notizia dell'evento lederebbe la reputazione dell'Amministrazione

Livello di responsabilità

A quale livello di responsabilità organizzativa si colloca il rischio di evento corruttivo?

- 1 Minimo: addetto
- 2 Basso: funzionario
- 3 Medio: posizione organizzativa
- 4 Alto: dirigenza
- 5 Massimo: direzione

Impatto del Rischio

Calcolato automaticamente come media delle risposte delle precedenti domande

Grado di Rischio Potenziale

Calcolato automaticamente come prodotto tra probabilità ed impatto

Efficacia dei controlli

Quale è il grado di attuazione e l'efficacia delle misure di prevenzione?

- 1 Nulla: non incidono significativamente sul livello di rischio
- 0,8 Limitata: incidono limitatamente sul livello rischio
- 0,6 Discreta: abbattano parzialmente il livello di rischio
- 0,4 Significativa: riducono il livello di rischio ad un livello accettabile
- 0,2 Totale: riducono il grado di rischio ad un livello minimo

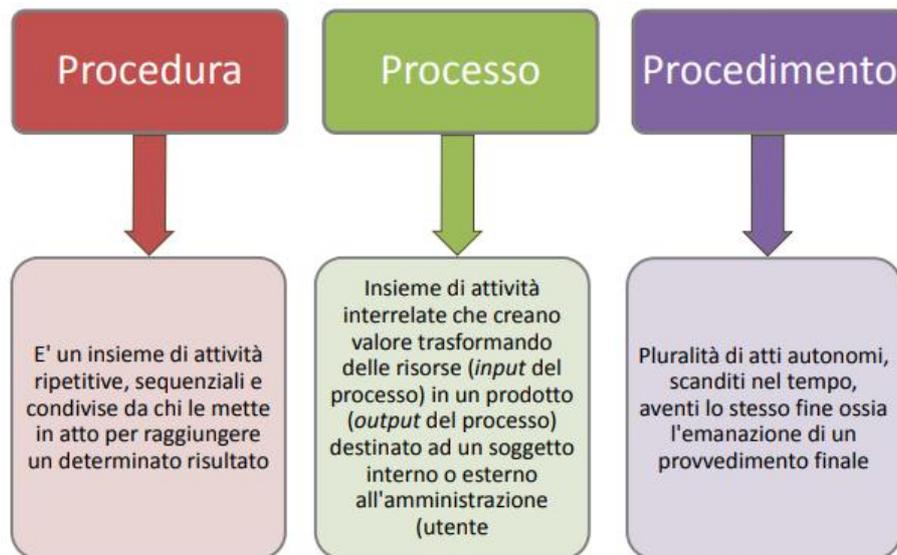
Grado di Rischio Residuo

Calcolato automaticamente come prodotto tra rischio potenziale e efficacia dei controlli

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori, non può essere la media dei singoli indicatori, ma deve essere il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si è data rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e portano i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".

Nel triennio 2021-2023 seguirà il perfezionamento della rilevazione delle fasi e delle attività dei processi sensibili nelle seguenti aree di rischio, distinguendo il processo dal procedimento e dalla procedura:

- Contratti pubblici
- Attività libero professionale
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Acquisizione del Personale
- Vigilanza, controlli ed ispezioni
- Assistenza protesica
- Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa
- Utilizzo beni aziendali
- Farmaceutica
- Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- Incarichi a soggetti esterni



L'ASL di Foggia ha adottato un sistema informatizzato centralizzato per il governo del sistema anticorruptivo, che assicurare una migliore qualità dei processi rilevati in quanto renderà maggiormente consapevoli i soggetti e le strutture coinvolte e garantisce la tracciabilità ed il monitoraggio costante delle attività poste in essere dalle strutture aziendali, in attuazione del Piano e delle relative misure di prevenzione.

Il sistema informatizzato consente di aggregare le informazioni di rischio come segue:

- per area, consentendo di identificare le aree maggiormente a rischio ed intervenire prioritariamente su di esse;
- per rischio: permettendo di conoscere i rischi più diffusi ed operare trasversalmente sui medesimi;
- per struttura organizzativa: per conoscere i punti di maggiore sensibilità organizzativa su cui porre particolare attenzione.

Il PNA 2019 fornisce nuove ed aggiornate indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi; in particolare per quanto riguarda l'analisi dei rischi e la stima del livello di esposizione.

L'Allegato 1 al PNA 2019 infatti ha ampiamente integrato e aggiornato le indicazioni presenti nel PNA 2013 e nell'Aggiornamento 2015 al PNA ispirandosi sempre ai principali standard internazionali di risk management.

Il trattamento del rischio prevede l'implementazione delle misure esistenti e l'individuazione di ulteriori misure finalizzate a neutralizzare o attenuare i rischi individuati.

In allegato al Piano sono riportate, in formato tabellare, le aree di rischio attualmente mappate con i rischi percepiti e le misure di mitigazione proposte da ciascun Referente e Responsabile aziendale per struttura di competenza.

In particolare, in allegato al presente Piano, è possibile consultare la seguente documentazione di dettaglio:

- **Valutazione dei rischi**
- **Priorità di trattamento del rischio**
- **Stato di attuazione delle misure**

11. Ponderazione del rischio

L'obiettivo della ponderazione del rischio è, come precisato dall'ANAC, di «agevolare, sulla base degli esiti dell'analisi del rischio, i processi decisionali riguardo a quali rischi necessitano un trattamento e le relative priorità di attuazione».

Pertanto, dopo aver determinato il livello di rischio di ciascun processo si è proceduto alla ponderazione, definendo, cioè, una graduatoria dei rischi, in base al livello di rischio più o meno elevato. La classifica del livello di rischio è stata poi esaminata e valutata per elaborare la proposta di trattamento dei rischi. Per far ciò si precisa che i processi sono stati considerati più o meno a rischio secondo la tabella di valutazione di seguito riportata.

Livello di rischio	Classificazione e identificazione del rischio
Basso	Rischio ACCETTABILE Il rischio è sostanzialmente controllato; la pesatura ha evidenziato un adeguato livello di prevenzione e delle misure organizzativa già poste in essere.
Medio	Rischio INTERMEDIO Il rischio è parzialmente non controllato. Il sistema preventivo deve essere implementato. Fondamentale il controllo nel tempo dell'effettiva prevenzione.
Alto	Rischio ELEVATO Il rischio è sostanzialmente non controllato. L'Azienda deve adottare misure ulteriori.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di “rischio residuo”, ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell’analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall’amministrazione valutandone l’idoneità e l’effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.

12. Monitoraggio e riesame

Il monitoraggio e il riesame periodico delle misure di prevenzione costituiscono una fase importante del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l’attuazione e l’adeguatezza delle misure definite nonché il complessivo funzionamento del processo stesso. Il monitoraggio dei processi già mappati avviene attraverso incontri/interviste/audit on-site con i referenti interni degli uffici aziendali. Sono verificati i livelli di attuazione, attraverso l’analisi degli indicatori con i risultati attesi e raggiunti, registrando eventuali scostamenti e relative criticità. Il monitoraggio procederà con frequenza semestrale secondo il principio di gradualità.

Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l’attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi “prova” dell’effettiva azione svolta.

Il riesame viene effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l’efficienza ed efficacia del sistema anticorruttivo nel suo complesso. I Responsabili degli uffici e i dipendenti tutti, quando richiesto e nelle modalità specificate, hanno il dovere di fornire il supporto necessario al RPCT, pena l’irrogazione di provvedimenti disciplinari.

Nel corso dell’anno 2020 sono state monitorate con audit e riunioni con i Referenti del RPCT, le seguenti strutture aziendali:

- Org001 Direzione Amministrativa
- Org002 Direzione Sanitaria
- Org003 S.S. Sistemi Informativi Aziendali
- Org004 Ufficio Fonia e Dati
- Org005 S.S. URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Org006 S.C. Controllo di Gestione
- Org007 S.S. Formazione
- Org008 Servizio di Prevenzione e Protezione
- Org009 Servizio Attività Libero Professionali
- Org010 Ufficio Sinistri
- Org011 S.C. S.B.L. - Ufficio Sinistri
- Org012 Ufficio Protocollo
- Org013 S.S. Pianificazione e Programmazione Aziendale
- Org014 S.S. UVARP
- Org015 Servizio Infermieristico Aziendale

- Org016 S.C. Statistica Ed Epidemiologia
- Org017 S.C. Gestione Patrimonio
- Org018 S.C. Gestione Delle Risorse Finanziarie
- Org019 S.C. Gestione Delle Risorse Umane
- Org020 S.C. Gestione Tecnica
- Org021 Coordinamento Servizio Socio-Sanitario
- Org022 S.C. Farmacia Territoriale
- Org023 S.C. Farmacia Ospedaliera
- Org024 Dipartimento di Prevenzione
- Org025 Dipartimento di Dipendenze Patologiche
- Org026 Dipartimento di Riabilitazione
- Org027 Dipartimento di Salute Mentale
- Org028 Direzione Amministrativa Presidi Ospedalieri
- Org029 Centri Trasfusionali
- Org030 Dipartimento di Diagnostica Per Immagini
- Org031 S.C. Gestione Amm.va Area Distrettuale
- Org032 U.P.D. - Ufficio Procedimenti Disciplinari
- Org033 P.O. G. Tatarella - Direzione Medica
- Org034 Distretto Socio Sanitario Foggia
- Org035 Servizio Sian - Foggia (Igiene Alimenti)
- Org036 Servizio Sian San Severo (Igiene Alimenti)
- Org037 SIAV A Area Nord-Sud Sanità Animale
- Org038 SIAV B Area Nord-Sud
- Org039 SIAV C Area Nord-Sud
- Org040 S.I.S.P. Area Nord-Sud - Servizio Igiene E Sanità Pubblica
- Org041 Dipartimento Di Riabilitazione
- Org042 Distretto Socio Sanitario Cerignola
- Org043 Ufficio Stampa
- Org044 Distretto Socio Sanitario S. Severo
- Org045 Distretto Socio Sanitario S. Marco In Lamis
- Org046 Distretto Socio Sanitario Troia-Accadia
- Org047 Distretto Socio Sanitario Manfredonia
- Org048 Distretto Socio Sanitario Vico Del Gargano
- Org049 Distretto Socio Sanitario Lucera
- Org051 Neuroradiologia Dipartimentale
- Org052 Direzione Sanitaria Presidi Ospedalieri
- Org053 Presidi Territoriali Assistenziali PTA
- Org054 Servizio Prevenzione e Sicurezza e Ambienti di Lavoro Spesal
- Org055 Direzione Sanitaria P.O. "Teresa Masselli Mascia"
- Org056 Direzione Sanitaria P.O. "San Camillo De Lellis"
- Org057 Spesal Aree Nord-Sud (Prevenzione E Sicurezza Degli Ambienti Di Lavoro)
- Org058 Pronto Soccorso Manfredonia
- Org059 Ser.D. Cerignola-Orta Nova
- Org060 DDP del Gargano e di S. Severo
- Org061 DDP Foggia e Lucera

SEZIONE II

13. Misure generali e specifiche

L'ASL di Foggia ha inteso programmare le misure di mitigazione del rischio corruttivo, in linea con la determinazione ANAC n. 12/2015, ovvero con la distinzione tra:

- **misure generali**, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- **misure specifiche** che si incidono su problemi specifici individuati tramite il meccanismo di analisi del rischio corruzione.

La programmazione delle misure di prevenzione, tanto generali quanto specifiche, avviene nel rispetto dei principi declinati nella richiamata determinazione e dunque comporta la prospettazione di misure che devono essere:

- adeguatamente progettate, onde evitare la pianificazione di misure astratte, non realizzabili o estremamente gravose perché superflue;
- efficaci a neutralizzare il rischio;
- sostenibili dal punto di vista economico ed organizzativo;
- adattate alle specificità ed alle peculiarità dell'ASL di Foggia;
- verificabili in sede di monitoraggio infrannuale, così da accertare non solo il relativo stato di attuazione ma svolgere altresì una valutazione sull'efficacia delle misure.

Infine, v'è evidenziato come tra le correzioni di rotta prospettate dall'ANAC figura l'individuazione e programmazione di misure in termini di obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale. Pertanto, il presente PTPCT allo scopo di garantire il necessario coordinamento con il Piano della Performance definisce, in specifiche schede di programmazione (che verranno opportunamente declinate in schede di budget), le misure di prevenzione "generali" e "specifiche" utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi con l'indicazione della tipologia, degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili e degli indicatori di monitoraggio. Di seguito sono elencate le misure programmate dall'ASL di Foggia con il relativo stato di attuazione, l'indicatore ed il responsabile dell'implementazione.

14. Codici di comportamento

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento	Attuata ed in fase di aggiornamento	Numero provvedimenti disciplinari per violazione del codice (su base annuale)	RPC, Direzione Generale, UPD, Area Gestione Risorse Umane
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Aggiornamento Codice, formazione e monitoraggio	Applicazione e monitoraggio	Applicazione e monitoraggio

L'art. 54, co. 5 del D.lgs. n. 165/2001, così modificato e sostituito dall'art. 1, co. 44, della Legge 190/2012, prevede che ciascuna Amministrazione Pubblica approvi, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere favore dell'OIV, un proprio codice di comportamento nel rispetto dei criteri, delle linee guida e dei modelli predisposti dall'ANAC.

Con la Determinazione n. 358 del 29/03/2017, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha emanato le Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli Enti del Servizio Sanitario Nazionale. Le linee guida intendono fornire agli enti del SSN destinatari del PNA di cui alla Determinazione A.N.A.C. n. 831 del 3 agosto 2016 alcune raccomandazioni e indicazioni pratiche sull'adozione di un Codice di comportamento come mezzo per contestualizzare, alla luce delle proprie specificità, le norme di portata generale contenute nel Regolamento di cui al DPR 62/13.

I principi del Codice si applicano a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'ASL di Foggia, con particolare attenzione a:

- a. personale operante presso le strutture del SSN a qualunque titolo, compresi tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività assistenziale, anche in prova, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;
- b. coloro che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione;
- c. personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico";
- d. soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
- e. componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico e amministrativo;
- e soggetti impiegati presso i suddetti uffici;
- f. soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
- g. dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione;

- h. collaboratori e consulenti dell'amministrazione con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
- i. collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Particolare attenzione è riversata sul conflitto di interessi inteso in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici. Il conflitto, in particolare, può essere:

- a. attuale, ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- b. potenziale, ovvero che potrà diventare attuale in un momento successivo;
- c. apparente, ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;
- d. diretto, ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- e. indiretto, ovvero che attiene a entità o individui diversi dal soggetto tenuto al rispetto del Codice ma allo stesso collegati.

Il vigente Codice di comportamento dell'ASL di Foggia è stato adottato con atto deliberativo del Direttore Generale n. 26 del 23 gennaio 2017 e si prevede l'aggiornamento alle ultime linee guida ANAC, entro dicembre 2021.

Il predisponendo Codice conterrà indicazioni specifiche tra cui:

- il richiamo all'obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari;
- il richiamo all'obbligo per il personale sanitario di tenere distinte attività istituzionale e attività libero professionale, per ciò che riguarda i rispettivi tempi, luoghi e modalità di svolgimento;
- il divieto di condizionare il paziente orientandolo verso la visita in regime di libera professione;
- il richiamo all'obbligo del medico di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria;
- il richiamo al corretto assolvimento degli obblighi informativi e alle relative tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate;
- il richiamo all'obbligo di aggiornamento professionale per il personale sanitario;
- il divieto di percepire corrispettivi di qualsivoglia natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che non siano consentiti dalla legge, previsti dal contratto collettivo e autorizzati dalla propria azienda;
- il divieto di indicare nella documentazione sanitaria, nei limiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale;
- il richiamo all'osservanza dei principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci (come ad esempio prodotti sostitutivi del latte materno);

- il richiamo al rispetto dei turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata;
 - il divieto di utilizzare divise e indumenti forniti al personale al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
 - il richiamo all'obbligo della corretta tenuta e gestione della documentazione clinica.
- Con riguardo all'ambito di responsabilità dirigenziale, il Codice dovrà prevedere e disciplinare ipotesi per cui il dirigente, per l'ambito di propria competenza e in relazione alla natura dell'incarico e ai connessi livelli di responsabilità:
- promuova la conoscenza e la massima diffusione dei contenuti del Codice presso coloro che operano nelle strutture di afferenza;
 - assicuri, intervenendo anche nella programmazione annuale, la formazione continua in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
 - attivi tempestivamente il procedimento disciplinare in caso di accertate violazioni del Codice;
 - rispetti in prima persona e vigili sul rispetto delle regole in materia di incompatibilità, incarichi di lavoro e cumulo di incarichi da parte dei soggetti operanti presso l'ente e tenga conto degli esiti della vigilanza ai fini del rilascio di eventuali autorizzazioni e dei possibili conflitti di interessi;
 - predisponga adeguati mezzi di comunicazione affinché i dipendenti, assenti per ragioni di salute, che abbiano legittima esigenza di allontanarsi dal proprio domicilio, possano informare l'ufficio di appartenenza di tale circostanza attraverso una utenza telefonica o indirizzo di posta elettronica, esclusivamente dedicati alle comunicazioni relative a eventuali allontanamenti dal domicilio;
 - adotti o contribuisca ad adottare le misure necessarie per proteggere l'integrità fisica e psicologica delle persone, impegnandosi a mantenere ambienti e climi di lavoro sicuri e salubri in conformità alla normativa vigente nazionale e internazionale;
 - segnali tempestivamente le infrazioni di cui venga a conoscenza, prestando la propria collaborazione quando richiesta, e provveda ad informare il dirigente gerarchicamente superiore delle eventuali situazioni che necessitano di una tempestiva denuncia alle Autorità competenti;
 - adotti ogni cautela di legge nel caso in cui riceva segnalazioni di illeciti.

15. Gestione Contratti Pubblici

Per la varietà e complessità dei beni e servizi acquistati e dei lavori eseguiti, la pluralità e specificità degli attori coinvolti, l'approvvigionamento di beni, servizi e lavori costituisce una delle principali aree di rischio in Sanità. Al fine di gestire in modo efficace i fattori di esposizione al rischio di corruzione l'ASL di Foggia pone l'attenzione all'intero ciclo degli approvvigionamenti, dalla definizione delle necessità (rilevazione del fabbisogno) alla programmazione degli acquisti, alla definizione del reperimento dei beni e servizi, fino alla gestione, esecuzione e collaudo del contratto. La gestione centralizzata delle procedure contrattuali, prevista dalla normativa nazionale e regionale, in capo alle centrali di committenza e soggetti aggregatori (artt. 37 e 38 del D.Lgs 50/16 e s.m.i.) certamente non deresponsabilizza le strutture aziendali per competenza.

Tra le principali misure di mitigazione del rischio corruttivo si evidenziano le seguenti:

- Adozione di un programma degli acquisti biennale/annuale
- Utilizzo di avvisi di pre-informazione
- Rotazione dei RUP e/o dei funzionari istruttori
- Attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del RUP
- Consultazione preliminare degli operatori economici per la definizione dell'oggetto dell'affidamento
- Preferenza per appalti di tipo aperto. Obbligo di motivazione in ordine alla scelta della procedura per altre tipologie procedurali.
- Verifica di conformità ai bandi tipo ANAC
- Adozione dei patti di integrità e osservanza della misura del revolving-doors
- Obblighi di trasparenza e pubblicità
- Tracciatura e valutazione delle offerte anormalmente basse
- Comunicazione periodica al RPCT dei lotti revocati e relativa istruttoria
- Controlli su situazioni di controllo tra partecipanti
- Controlli sull'effettiva applicazione di penali per ritardi
- Verifica adeguatezza e legittimità dell'istruttoria in caso di varianti

16. Rotazione del personale

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Rotazione del personale	Regolamento adottato. Misura della rotazione in fase di attuazione	Numero rotazioni del personale per anno o misure equivalenti	Direzioni Strutture - Area del Personale
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Applicazione Regolamento rotazione e monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione.	Applicazione e Monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione.	Applicazione e Monitoraggio del Piano pluriennale della rotazione.

Il quadro normativo di riferimento attribuisce alla rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione una valenza fondamentale per la prevenzione della corruzione. Come specificato nel P.N.A. l'attuazione della misura richiede la preventiva identificazione delle strutture che svolgono attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Dalla valutazione dei

rischi, è emerso che le aree maggiormente esposte al rischio di corruzione sono quelle relative all'affidamento di lavori, servizi e forniture ovvero alle attività di vigilanza, controllo e ispezione.

La rotazione ordinaria, prevista dalla Legge 190/2012, è rimessa all'autonoma programmazione dell'azienda mentre la rotazione straordinaria, prevista dall' art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs. 165/2001, si attiva d'ufficio successivamente al verificarsi di fenomeni corruttivi. Quest'ultima forma di rotazione è disciplinata nel d.lgs. 165/2001, art. 16, co. 1, lett. l-quater, secondo cui «I dirigenti di uffici dirigenziali generali provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

Rotazione straordinaria

L'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali «provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Ferme restando le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità, l'amministrazione ha l'obbligo di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta, quindi, di una misura tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo. L'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n.1047 del 21/11/2018, di "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione", al fine di stabilire l'applicabilità della rotazione straordinaria al singolo caso, segnalava che "l'Amministrazione è tenuta a verificare la sussistenza : a) dell'avvio di un procedimento penale o disciplinare nei confronti del dipendente, ivi inclusi i dirigenti, b) di una condotta, oggetto di tali procedimenti qualificabile come "corruttiva" ai sensi dell'art. 16, co. 1, lett. l-quater del d.lgs.165/2001". A tal proposito, l'ANAC indicava, tra l'altro, il momento del procedimento penale in cui deve essere effettuata la valutazione della condotta del dipendente da parte dell'Amministrazione, momento che "coincide con la conoscenza della richiesta di rinvio a giudizio (art. 405-406 e sgg. Codice procedura penale) formulata dal pubblico ministero al termine delle indagini preliminari, ovvero di atto equipollente (ad esempio, nei procedimenti speciali, dell'atto che instaura il singolo procedimento come la richiesta di giudizio immediato, la richiesta di decreto penale di condanna, ovvero la richiesta di applicazione di misure cautelari)."

L'Autorità, con l'approvazione della citata delibera n. 215 del 26 marzo 2019, ad oggetto "Linee Guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 6 comma 1, lett.l -quater, del d.lgs.n.165 del 2001", rivedendo le indicazioni precedentemente fornite con l'Aggiornamento al PNA 2018, ha ritenuto viceversa che l'espressione "avvio del procedimento penale o disciplinare per condotte di natura corruttiva", di cui all'art. 16 co.1, lett. l-quater del d.lgs.165/2001, non può che intendersi riferita al momento in cui il soggetto viene iscritto nel registro delle notizie di reato di cui all'art.335 c.p.p.. "Ciò in quanto è proprio con quell'atto che inizia un procedimento penale. (...) La misura deve essere applicata non appena l'Amministrazione sia venuta a conoscenza dell'avvio del procedimento penale. (...) Considerato che l'Amministrazione può venire a conoscenza dello svolgimento del procedimento penale anche

relativamente alle sue diverse fasi, si deve ritenere che il provvedimento debba essere adottato (con esito positivo o negativo, secondo le valutazioni che l'amministrazione deve compiere) sia in presenza del solo avvio del procedimento, sia in presenza di una vera e propria richiesta di rinvio a giudizio (...)"

Rotazione ordinaria

Al fine di pervenire alla piena attuazione della rotazione ordinaria del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, l'ASL di Foggia ha inteso disciplinare la materia con l'adozione di un atto aziendale all'interno del sono regolamentate le seguenti azioni previste dal P.N.A.:

- l'individuazione, nel rispetto della partecipazione sindacale, delle modalità di attuazione della rotazione in modo da contemperare le esigenze dettate dalla legge con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, mediante adozione di criteri generali;
- la definizione dei tempi di rotazione;
- per quanto riguarda il conferimento degli incarichi dirigenziali, il criterio di rotazione deve essere previsto nell'ambito dell'atto generale contenente i criteri di conferimento degli incarichi dirigenziali approvato dall'autorità di indirizzo politico;
- l'identificazione di un nocciolo duro di professionalità per lo svolgimento delle attività proprie di ciascun ufficio o servizio a rischio di corruzione; il livello di professionalità indispensabile è graduato in maniera differente a seconda del ruolo rivestito nell'unità organizzativa (responsabile o addetto);
- il coinvolgimento del personale in percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche mediante sessioni formative in house, ossia con l'utilizzo di docenti interni all'amministrazione, con l'obiettivo di creare competenze di carattere trasversale e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori;
- lo svolgimento di formazione ad hoc, con attività preparatoria di affiancamento, per il dirigente neo-incaricato e per i collaboratori addetti, affinché questi acquisiscano le conoscenze e la perizia necessarie per lo svolgimento della nuova attività considerata area a rischio.

L'attuazione della misura comporta che:

- per il personale dirigenziale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione, la durata dell'incarico deve essere fissata al limite minimo legale; per il personale non dirigenziale, la durata di permanenza nel settore deve essere prefissata da ciascuna amministrazione secondo criteri di ragionevolezza, preferibilmente non superiore a 5 anni, tenuto conto anche delle esigenze organizzative;
- per il personale dirigenziale, alla scadenza dell'incarico la responsabilità dell'ufficio o del servizio deve essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente;
- l'amministrazione ha il potere di mutare il profilo professionale di inquadramento del dipendente, nell'ambito delle mansioni equivalenti nell'ambito dell'area o qualifica di appartenenza;

- in caso di notizia formale di avvio di procedimento penale a carico di un dipendente (ad esempio perché l'amministrazione ha avuto conoscenza di un'informazione di garanzia o è stato pronunciato un ordine di esibizione ex art. 256 c.p.p. o una perquisizione o sequestro) e in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva, ferma restando la possibilità di adottare la sospensione del rapporto, l'amministrazione per il personale dirigenziale procede con atto motivato alla revoca dell'incarico in essere ed il passaggio ad altro incarico, ai sensi del combinato disposto dell'art. 16, comma 1, lett. l quater, e dell'art. 55 ter, comma 1, del d.lgs. n. 165 del 2001;
- per il personale non dirigenziale procede all'assegnazione ad altro servizio, ai sensi del citato art. 16, comma 1, lett. l quater;
- per le categorie di personale di cui all'art. 3 del d.lgs. n. 165 del 2001 applica le misure cautelari previste nell'ambito di ciascun ordinamento e, salvo disposizioni speciali, l'art. 3 della legge n. 97 del 2001;
- l'applicazione della misura è valutata anche se l'effetto indiretto della rotazione comporta un temporaneo rallentamento dell'attività ordinaria dovuto al tempo necessario per acquisire la diversa professionalità;
- l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche;
- nel caso di impossibilità di applicare la misura della rotazione per il personale dirigenziale a causa di motivati fattori organizzativi, l'amministrazione applica la misura al personale non dirigenziale, con riguardo innanzitutto ai responsabili del procedimento.

L'ASL di Foggia ha adottato il Regolamento in materia di rotazione del personale aziendale, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 1520 del 26/10/2020.

Come indicato dall'allegato n.2 al PNA 2019 (cfr. delibera ANAC n.1064/2019), sono previste, quali **modalità alternative alla rotazione** in senso stretto, quindi:

- all'interno dello stesso ufficio, una **rotazione "funzionale"** mediante la modifica periodica di compiti e responsabilità, anche con una diversa ripartizione delle pratiche secondo un criterio di causalità
- la **"doppia sottoscrizione" degli atti**, dove firmano, a garanzia della correttezza e legittimità, sia il soggetto istruttore che il titolare del potere di adozione dell'atto finale
- una **collaborazione tra diversi ambiti** con riferimento ad atti ad elevato rischio (ad esempio, lavoro in *team* che peraltro può favorire nel tempo anche una rotazione degli incarichi).

In aggiunta alle misure di rotazione sopra elencate, sono applicate le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

- criterio della **"segregazione delle funzioni"** per cui le varie fasi del procedimento, nelle aree a maggior rischio, sono affidate a più soggetti "per competenza" ovvero la persona che adotta il provvedimento finale è sempre diversa dalla persona che istruisce il procedimento;

- **affiancamento** di un funzionario al funzionario “istruttore” al fine di condividere le valutazioni inerenti l’istruttoria finale;
- **formazione graduale** dei dipendenti coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.

Al fine di attuare il criterio della rotazione del personale addetto a specifiche attività ad alto rischio, occorre evidenziare che il nuovo Codice dei Contratti, adottato con il D.lgs. n. 50/2016 (aggiornato dal D.lgs.56 del 19/04/2017 e dalla legge n. 96 /2017) ha innovato la disciplina riguardante la nomina dei componenti delle commissioni di aggiudicazione di contratti di appalti o concessioni, limitatamente alle fattispecie di cui agli artt. 77 e 78 del Codice Contratti. Il Consiglio di Stato, Sezione V, con sentenza n. 3570 del 04/06/2019, ha sottolineato che ai sensi dell’art. 216, comma 12, del D.lgs.50/2016 per le procedure da aggiudicarsi con il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa “il Presidente (della Commissione di gara) è, di norma, il dirigente amministrativo o altro Dirigente della Stazione appaltante”, con ciò attuando una previsione più restrittiva del dettato dell’art. 84, comma 3 del Codice dei Contratti, che prevedeva che lo stesso potesse essere sostituito da funzionario incaricato di funzioni apicali.

In allegato il Piano pluriennale della rotazione ordinaria dell’ASL di Foggia, per il triennio 2021-2023.

17. Astensione in caso di conflitto di interesse

Misura	Stato attuazione		Indicatore	Responsabile
Gestione conflitti di interesse	attuata		% verifiche sulle segnalazioni effettuate su base annuale	RPC e Referenti interni
Programmazione triennale	2021	2022	2023	
	Formazione e sensibilizzazione del personale	Formazione e sensibilizzazione del personale	Formazione e sensibilizzazione del personale	

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l’interesse pubblico

perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall'ordinamento (Institute of Medicine, 2009, Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Washington, DC: The National Academies Press).

Ai sensi dell'art. 6-bis della L. n. 241/90, così come introdotto dall'art.1, comma 41, della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endo-procedimentali e il provvedimento finale devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici. I Dirigenti formulano la segnalazione, riguardante la propria posizione, al Direttore Generale. Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo, e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013).
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di vigilanza e controlli sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).
- Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013)
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016)
- Obbligo a carico di ciascun dipendente all'atto dell'assegnazione all'ufficio di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 D.p.r n. 62/2013).
- Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'ufficio personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013).
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per

l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001).

- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche.
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 DPR n. 62/2013).

Si ravvisano casi di conflitto di interesse, anche nelle seguenti ipotesi:

- a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo, o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;
- c) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;
- d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
- e) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

In tutte le sopraindicate ipotesi di conflitto di interesse, il dipendente ha l'obbligo di presentare all'Area gestione Risorse Umane una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

In tutti gli atti e provvedimenti aziendali è inserita l'attestazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte di tutti i dipendenti coinvolti nei procedimenti.

Sul piano operativo, al fine di agevolare il dipendente nel conformare il proprio comportamento alle disposizioni legislative in materia di astensione e conflitto di interessi, ed in particolare agli obblighi di comunicazione discendenti dagli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013, al momento della sottoscrizione del contratto il dipendente che è stato assunto oppure il dipendente che è stato spostato/riassegnato o abbia modificato il proprio ruolo rilascia una dichiarazione, valutata dal Direttore della struttura di riferimento. Inoltre, con riferimento all'area a rischio dei contratti pubblici e alla delicata fase del ciclo degli approvvigionamenti denominata "progettazione della gara", i Servizi/UU.OO. per competenza procedono ad acquisire ulteriore modulistica di attestazione dell'assenza del conflitto di interessi da parte del RUP e degli altri soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara.

Per quanto concerne, invece, i collaboratori esterni a qualsiasi titolo investiti di incarico presso l'ASL di Foggia, all'atto del conferimento dell'incarico, l'Ufficio/Servizio conferente dovrà acquisire dichiarazione su insussistenza di conflitto di interessi da parte del collaboratore.

Durante l'anno 2020 non si sono registrate situazioni di sussistenza di conflitto di interessi a carico del personale dipendente aziendale.

18. Dichiarazione Pubblica di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Dichiarazione pubblica di interessi	In fase di applicazione	% dichiarazioni pubbliche sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa interessati	RPC e Direzione Generale
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Attivazione flusso informatizzato delle dichiarazioni tramite portale Agenas	+ 10% Controlli a campione tramite portale Agenas	+20% Controlli a campione tramite portale Agenas

Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro professione nelle varie Strutture aziendali, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legati in particolare all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, l'ASL di Foggia intende acquisire le "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.

I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- Prima Sezione - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- Seconda Sezione - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- Terza Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- Quarta Sezione - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".

- Quinta Sezione - “Modulo per la notifica dei doni ricevuti”.

Le informazioni rilevate potranno essere utilizzate per l’attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione “trasparente” delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della Farmaceutica, della Ricerca e della Sperimentazione Clinica.

19. Conferimento incarichi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	attuata	% verifiche sulle richieste autorizzative	RPC e Responsabili interni delle articolazioni aziendali
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Adozione specifico Regolamento	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 3 annuali)	Applicazione Regolamento e controlli a campione (almeno 4 annuali)

Lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

Per questi motivi, la legge n. 190 del 2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, in particolare prevedendo che:

- l’Azienda adotta uno specifico regolamento per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001, come modificato dalla l. n. 190 del 2012, prevede che "In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino

l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".

- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del d.lgs. n. 165 del 2001, le amministrazioni debbono valutare tutti i profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali; l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione va condotta in maniera molto accurata, tenendo presente che talvolta lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità, in special modo se dirigente, di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria; ne consegue che, al di là della formazione di una black list di attività precluse la possibilità di svolgere incarichi va attentamente valutata anche in ragione dei criteri di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente;
- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (comma 12); in questi casi, l'amministrazione deve comunque valutare tempestivamente (entro 5 giorni dalla comunicazione, salvo motivate esigenze istruttorie) l'eventuale sussistenza di situazioni di conflitto di interesse anche potenziale e, se del caso, comunicare al dipendente il diniego allo svolgimento dell'incarico; continua comunque a rimanere estraneo al regime delle autorizzazioni e comunicazioni l'espletamento degli incarichi espressamente menzionati nelle lettere da a) ad f-bis) del comma 6 dell'art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, per i quali il legislatore ha compiuto a priori una valutazione di non incompatibilità; essi, pertanto, non debbono essere autorizzati né comunicati all'amministrazione;
- il regime delle comunicazioni al D.F.P. avente ad oggetto gli incarichi si estende anche agli incarichi gratuiti, con le precisazioni sopra indicate; secondo quanto previsto dal comma 12 del predetto art. 53, gli incarichi autorizzati e quelli conferiti, anche a titolo gratuito, dalle pubbliche amministrazioni debbono essere comunicati al D.F.P. in via telematica entro 15 giorni; per le modalità di comunicazione dei dati sono fornite apposite indicazioni sul sito www.perlapa.gov.it nella sezione relativa all'anagrafe delle prestazioni.

L'ASL di Foggia ha adottato un Regolamento sul conferimento incarichi di collaborazione, ex art. 7 d.lgs. 165/2001, con deliberazione del Direttore Generale n. 891 del 14 giugno 2018.

Durante il monitoraggio delle misure applicate per l'anno 2019 sono state verificate a campione alcune autorizzazioni ad incarichi extra-istituzionali, senza rilevare alcuna criticità.

20. Incompatibilità successiva (*pantouflage*)

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Misura anti-pantouflage	attuata	% verifiche sulla presenza clausole anti-pantouflage in bandi di gara e contratti	RPC e Referenti interni
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Intensificazione controlli a campione (almeno 4)	Intensificazione controlli a campione (almeno 5 per anno)	Intensificazione controlli a campione (almeno 6 per anno)

La Legge n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito durante l'attività lavorativa situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.

La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D.lgs n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego. I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli.

Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell' art. 21 del d.lgs. 39/2013, l'ASL di Foggia adotta le seguenti misure:

- nei contratti di assunzione del personale è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro

subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

I soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento; Si provvede ad adire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.lgs. n.165/2001;

In fase di monitoraggio delle misure anti-pantouflage per l'anno 2020 sono state regolarmente rilevate le clausole predefinite sia nei contratti di assunzione che nei bandi di gara, senza rilevare alcuna criticità.

21. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Attestazioni di inconferibilità e incompatibilità	Misura attuata	Numero attestazioni disponibili su totale previsto su base annuale	RPC - Direttore Generale - Direttore Amministrativo - Direttore Sanitario
Programmazione triennale	2020	2021	2022
	Controlli su dirigenza sanitaria (100%)	Controlli su dirigenza sanitaria (100%)	Controlli su dirigenza sanitaria (100%)

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190". L'Autorità Nazionale per la Prevenzione della Corruzione (ANAC) con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

In particolare, la delibera stabilisce che "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39". Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del d.lgs n. 165/ 2001.

Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti l'Azienda verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale. In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2020, sono state rilevate le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, Sanitario ed Amministrativo, altresì effettuando controlli incrociati senza rilevare alcuna criticità.

22. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento interno per formazione Commissioni	Misura attuata	Numero verifiche attestazioni su numero commissioni istituite su base annuale	RPC - Direzione Generale - Area gestione Risorse Umane
Programmazione triennale	2020	2021	2022
	Applicazione Regolamento	Applicazione Regolamento	Applicazione Regolamento

Con la nuova normativa sono state introdotte anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del d.lgs. n. 165 del 2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione. La norma in particolare prevede:

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

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;
- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

Inoltre, il d.lgs. n. 39 del 2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3). Tale disciplina ha come destinatari le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001, gli enti pubblici economici e gli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del d.lgs. n. 39 del 2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18.

Si segnalano i seguenti aspetti rilevanti:

- in generale, la preclusione opera in presenza di una sentenza, ivi compresi i casi di patteggiamento, per i delitti contro la pubblica amministrazione anche se la decisione non è ancora irrevocabile ossia non è ancora passata in giudicato (quindi anche in caso di condanna da parte del Tribunale);
- la specifica preclusione di cui alla lett. b) del citato art. 35 bis riguarda sia l'attribuzione di incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali sia lo svolgimento di funzioni direttive; pertanto, l'ambito soggettivo della norma riguarda i dirigenti, i funzionari ed i collaboratori (questi ultimi nel caso in cui siano titolari di posizioni organizzative);
- in base a quanto previsto dal comma 2 del suddetto articolo, la disposizione riguarda i requisiti per la formazione di commissioni e la nomina dei segretari e pertanto la sua violazione si traduce nell'illegittimità del provvedimento conclusivo del procedimento;
- la situazione impeditiva viene meno ove venga pronunciata per il medesimo reato una sentenza di assoluzione anche non definitiva;
- Se la situazione di inconfiribilità si appalesa nel corso del rapporto, il responsabile della prevenzione avvia la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

L' ASL di Foggia, ha provveduto all'adozione del Regolamento sulle procedure di concorso, selezione e accesso all'impiego, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 100 del 23 gennaio 2018.

23. Responsabile R.A.S.A.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina RASA	attuata	Si/No	RPCT e Direzione
Programmazione triennale	2020	2021	2022
	Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC	Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC	Verifica annuale sul portale dei servizi AUSA dell'ANAC

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante ASL di Foggia. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici, ai sensi del d.lgs 50/2016 e s.m.i.

L'ASL di Foggia ha provveduto, con nota ID: 1214982 del 25/01/2018, a designare in qualità di RASA il Direttore f.f. dell'Area Gestione del Patrimonio.

24. Gestore segnalazioni UIF

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Segnalazioni UIF	In fase di attuazione	% segnalazioni effettuate	Gestore delle segnalazioni e RPCT
Programmazione triennale	2020	2021	2022
	Nomina gestore segnalazioni e Adozione regolamento interno	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni	Applicazione regolamento e monitoraggio segnalazioni

Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015, recante "determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della Pubblica Amministrazione, l'ASL di Foggia ha previsto la nomina del gestore delle segnalazioni alla UIF con la individuazione di delegati territoriali. Altresì è prevista l'adozione di specifico Regolamento interno in materia di contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo.

25. Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Monitoraggio degli interventi mediante l'inserimento dei dati richiesti nel portale del MEF (BDAP)	attuata	% monitoraggi	Referente AGT
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Monitoraggio interventi opere pubbliche	Monitoraggio interventi opere pubbliche	Monitoraggio interventi opere pubbliche

Ai sensi della Legge n.196/2009 è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP) in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica. Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, **l'ASL di Foggia ha già provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando il Direttore dell'Area Gestione Tecnica, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 64 del 21 gennaio 2019.**

26. Tutela del Whistleblower

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Segnalazione illeciti Portale Whistleblowing	attuata	% segnalazioni effettuate dai dipendenti	RPCT
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	monitoraggio segnalazioni e rendicontazione	monitoraggio segnalazioni e rendicontazione	monitoraggio segnalazioni e rendicontazione

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

Il nuovo art. 54 bis prevede che:

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

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

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

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

La disposizione pone tre norme:

la tutela dell'anonimato;

il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower;

la previsione che la denuncia è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

La misura al momento individuata dall'ASL di Foggia consiste nell'utilizzo di un modello di segnalazione specifico, reso noto a tutto il personale aziendale tramite circolare interna. La protocollazione delle segnalazioni che pervengono tramite email, pec o in modalità cartacea, è effettuata tramite la funzionalità "protocollo riservato". L'ASL di Foggia ha implementato un sistema informatizzato cifrato per la gestione delle segnalazioni degli illeciti che garantisce l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" e nell'osservanza del Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità, giusta Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018.

Nel corso dell'anno 2020 non risultano pervenute segnalazioni di illeciti da parte del personale aziendale.

27. Formazione del personale

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Formazione e sensibilizzazione	attuata	Eventi formativi (almeno 1 evento all'anno)	RPCT - S.S. Formazione
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Definizione fabbisogni formativi - Elaborazione Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione, avvio attività formativa per il personale dirigenziale	Aggiornamento formativo per il personale aziendale (dirigenza e comparto) Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione	Aggiornamento formativo per il personale aziendale (dirigenza e comparto) Piano della formazione in coordinamento con il Piano della rotazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito della prevenzione della corruzione. Infatti, una formazione adeguata consente di raggiungere i seguenti obiettivi:

- l'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova funzione da esercitare a seguito della rotazione;
- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di

conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;

- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati.

La programmazione delle attività di formazione in tema di anticorruzione e trasparenza è delineata in modo da coinvolgere tutto il personale ed in particolare i dipendenti operanti nei settori cd. "ad alto rischio corruttivo", ciò anche in previsione della rotazione ordinaria periodica del personale.

Le attività formative previste dal Piano della Formazione sono suddivise su tre livelli:

- a) **livello generale:** è rivolto a tutto il personale dell'ASL, a prescindere dal ruolo di appartenenza.

Persegue una duplice finalità:

- sensibilizzare ai temi dell'etica, della legalità e del conflitto di interessi attraverso un approccio di tipo valoriale;
- formare ed aggiornare il personale utilizzando un approccio di tipo contenutistico

Di seguito i principali argomenti previsti:

- i contenuti dei Codici di comportamento, con l'esame di quei comportamenti che possono determinare "malfunzionamento" o configurare fattispecie di reato;
- le "regole minime" per dipendenti e dirigenti, il comportamento in ufficio e con l'utenza, la gestione dei conflitti di interesse "anche potenziale", tenuto conto delle specifiche funzioni svolte e del ruolo ricoperto dal dipendente e il relativo dovere di astensione;
- i contenuti del PTPCT dell'ASL, soffermandosi sulle responsabilità dei dipendenti pubblici;
- le misure per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito;
- la normativa in materia di trasparenza, intesa non solo come strumento di lotta alla corruzione, con l'analisi degli obblighi di pubblicazione e le sanzioni per la mancata pubblicazione, di cui al d.lgs. n. 33/2013 s.m.

Gli argomenti suesposti sono affrontati analizzando il contesto in cui opera il personale dell'ASL e a cui applicare principi e novità in materia di "anticorruzione", al fine di delineare comportamenti eticamente adeguati ai casi tipici.

- b) **livello professionalizzante:** è rivolto al personale che opera nelle aree particolarmente esposte al rischio corruzione, ai Responsabili/Direttori di struttura e ai Responsabili di Procedimento

Si tratta di un percorso "mirato" basato su una formazione conforme alla realtà lavorativa, tenuto conto delle attività a rischio corruzione di ogni singola Struttura aziendale nonché delle indicazioni pervenute al Responsabile della Prevenzione della Corruzione da parte dei Responsabili/Direttori di Struttura.

I Responsabili di Struttura provvedono a segnalare annualmente all'Ufficio Formazione, le esigenze di formazione anticorruzione della propria unità, fermo restando la possibilità di esporre

nel corso dell'anno, di volta in volta, eventuali esigenze formative sopravvenute.

Di seguito i principali argomenti previsti:

- le procedure per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, con particolare riferimento alla modalità di scelta del contraente, ai sensi delle recenti modifiche legislative intervenute con il d.lgs. n. 50/2016;
- affidamento di lavori in caso di somma urgenza;
- le modifiche dei contratti d'appalto in corso di validità cd. "varianti in corso d'opera";
- procedure di accordo bonario a seguito dell'iscrizione di riserve sui documenti contabili dell'appaltatore;
- il RUP negli appalti pubblici dopo le modifiche al Codice degli Appalti e secondo il nuovo sistema di anticorruzione;
- il mercato elettronico della PA, con particolare riguardo alla RDO;
- il procedimento amministrativo alla luce della disciplina anticorruzione e trasparenza (autorizzazioni, concessioni, rischi e misure anticorruzione);
- il diritto di accesso civico, alla luce delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97/2016;
- gli obblighi di pubblicità e relative sanzioni, modalità di pubblicazione sul sito istituzionale;
- sanzioni e responsabilità connesse alla mancata osservanza della L. n. 190/2012;
- la disciplina del conferimento degli incarichi professionali e le relative modalità di pubblicazione;
- i nuovi adempimenti in materia di pubblico impiego, con riguardo alle progressioni di carriera e le progressioni economiche.

L'individuazione dei partecipanti ai singoli percorsi formativi, sia di livello generale che specifico, avverrà da parte dell'RPCT d'intesa con il Direttore/Responsabile di Struttura e con il Responsabile della Formazione, tenuto conto del ruolo affidato e delle aree a maggior rischio di corruzione individuate nel PTPCT e nel rispetto dei seguenti criteri:

- rotazione delle unità individuate, in modo da garantire la formazione di tutto il personale operante nei settori a più elevato rischio di corruzione;
- omogeneità delle caratteristiche professionali dei partecipanti, in relazione alle attività svolte.

c) **Livello specialistico:** è riservato al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e ai Referenti del RPCT.

E' basata sull'analisi del contenuto normativo specifico relativo all'intera materia della corruzione e delle illegalità amministrative, ai fini generali dell'intero processo di prevenzione. La formazione riguarda in particolare le tecniche di redazione dei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e delle tecniche di Risk Management, il monitoraggio costante dei procedimenti e del rispetto dei termini di legge e l'adozione di adeguati meccanismi di prevenzione e contrasto di condotte irregolari.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione sovrintende alla programmazione e alla realizzazione delle attività di formazione, nonché alla verifica dei suoi risultati effettivi. Dell'attività di formazione realizzata nell'anno di riferimento viene dato atto nella relazione annuale di cui all'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012.

L'efficacia del piano di formazione sarà garantita e valutata attraverso una costante attività di monitoraggio, da effettuarsi per ciascuna attività formativa. A tale scopo verrà somministrato al personale coinvolto nell'intervento formativo un questionario di rilevazione della qualità della formazione e del grado di soddisfazione teso ad evidenziare eventuali criticità riscontrate, in modo da attivare le misure necessarie per risolvere possibili problematiche emerse.

La pianificazione delle attività formative con frequenza obbligatoria, verrà formalizzata e resa nota tempestivamente al personale coinvolto, in modo da conciliare le esigenze formative con

quelle di servizio, senza pregiudicare la continuità dell'attività istituzionale.

Nel corso dell'anno 2020 non è stato possibile organizzare eventi formativi stanziati per il personale aziendale in materia di etica, legalità e trasparenza, secondo il Piano Aziendale della Formazione curato dal Dirigente della S.S. Formazione. Nel triennio 2021-2023 sono previste iniziative nell'ambito della sensibilizzazione di tutto il personale aziendale con modalità di fruizione on-line.

28. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile

Al fine di delineare un'efficace strategia anticorruzione, l'ASL di Foggia realizza forme di sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità. Tra le forme di coinvolgimento promosse e organizzate, si rileva la "Giornata della Trasparenza". La Giornata della Trasparenza costituisce un utile momento di confronto, sia per sensibilizzare i soggetti interni ed esterni all'ASL sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione, sia per esporre le iniziative in tal senso assunte dalla nostra ASL; il tutto allo scopo di conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza, ovvero:

- la partecipazione dei cittadini e di qualsiasi stakeholder, per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

In generale il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni portatrici di interessi collettivi, ai fini della implementazione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, della diffusione delle strategie di prevenzione e del loro monitoraggio si può riassumere in tre momenti fondamentali:

- a) **informazione e comunicazione**, resa effettiva anche grazie allo strumento della pubblicazione del presente Piano, nonché dei dati previsti dalla disciplina in materia di trasparenza sul sito internet aziendale
- b) **consultazione ed ascolto** mediante la raccolta da parte dell'URP di eventuali segnalazioni rispetto ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva.
- c) **collaborazione e coinvolgimento attivo** del pubblico mediante iniziative quali la pubblicazione sul sito internet istituzionale dell'avviso pubblico di consultazione del Piano, al fine di promuovere integrazioni del PTPCT adottato, così da assicurare un ruolo attivo e dinamico di collaborazione e coinvolgimento di tutti gli stakeholder al processo decisionale che conduce all'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

29. Patto di integrità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Patti di integrità	attuata	% patti di integrità rilevati su numero totale affidamenti (100%)	RPCT - Area Patrimonio - Area Tecnica - tutte le Strutture aziendali per competenza nell'ambito degli acquisti sotto-soglia
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Intensificazione controlli (almeno 10)	Intensificazione controlli (almeno 15)	Intensificazione controlli (almeno 20)

Questa misura consiste nella redazione di un documento (c.d. patto di integrità o protocollo di legalità) che il soggetto appaltante richiede di rispettare in maniera puntuale ai concorrenti alle gare al fine di assicurare un controllo sul reciproco operato ed, eventualmente, il ricorso all'adozione di sanzioni nel caso in cui alcuni dei principi o delle richieste in esso stabilite non vengano rispettate. Questi atti contengono infatti un complesso di regole comportamentali volte a prevenire il fenomeno corruttivo e, allo stesso tempo, valorizzare i comportamenti adeguati per tutti i concorrenti. A tal proposito l'ASL di Foggia ha predisposto un patto di integrità che è regolarmente utilizzato dalle strutture competenti per gli affidamenti di lavori, servizi e forniture. Il modello di Patto di integrità è obbligatoriamente sottoscritto e presentato insieme all'offerta da ciascun partecipante alla gara d'appalto. **Durante la fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2020 sono state controllate a campione alcune procedure di gara rilevando le sottoscrizioni dei patti di integrità, senza registrare alcuna criticità.**

30. Sponsorizzazioni

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Sponsorizzazioni	attuata	Adozione regolamento	RPC - Direzione
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Intensificazione controlli (almeno 5 all'anno)	Intensificazione controlli (almeno 6 all'anno)	Intensificazione controlli (almeno 8 all'anno)

Così come evidenziato dall'ANAC nel PNA aggiornamento 2015 con determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015, il settore dei farmaci, dei dispositivi, così come l'introduzione di altre tecnologie nell'organizzazione sanitaria, nonché le attività di ricerca, di sperimentazione clinica e le correlate sponsorizzazioni, sono ambiti particolarmente esposti al rischio di fenomeni corruttivi e di conflitto di interessi. In considerazione delle numerose relazioni intercorrenti tra i soggetti che a vario titolo intervengono nei processi decisionali, sono attuate ulteriori misure quali:

- attestazioni di insussistenza di conflitto di interessi
- dichiarazioni pubbliche di interessi su modello Agenas

L'ASL di Foggia ha provveduto all'adozione di uno specifico Regolamento per la disciplina e la gestione delle sponsorizzazioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 1019 del 09 agosto 2017, il quale sarà aggiornato durante il triennio 2021-2023. Durante la fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2020 non sono state rilevate criticità.

31. Attività conseguenti al decesso

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Attività conseguenti al decesso	attuata	Presenza affissione elenchi ditte	RPC - Direzioni PP.OO.
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Controlli annuali su presenza elenchi (almeno 1 controllo /anno)	Controlli annuali su presenza elenchi (almeno 1 controllo /anno)	Controlli annuali su presenza elenchi (almeno 1 controllo /anno)

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne.

La misura che l'ASL di Foggia ha adottato, prevede l'affissione, nelle camere mortuarie dei presidi ospedalieri, dell'elenco delle ditte autorizzate ad operare, aventi sede nel territorio, dal quale eventualmente i cittadini interessati potranno scegliere, senza interferenze eventuali da parte del personale aziendale. **I dipendenti sono informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese funebri, in linea con le disposizioni contenute nel vigente Codice comportamentale aziendale.**

32. Donazioni e comodati d'uso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Donazioni e comodati d'uso	da attuare entro dicembre 2020	Adozione regolamento (si)	RPCT - Direzione Generale
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Adozione Regolamento	Applicazione procedure	Applicazione procedure

L'ASL di Foggia presta particolare attenzione alle modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione, diverse rispetto agli ordinari canali di approvvigionamento. In questa fase di transizione verso le procedure di approvvigionamento aggregate in capo alle centrali di committenza/soggetti aggregatori, sulla base di quanto previsto dalla recente normativa per il settore degli acquisti, è possibile che il ricorso a tali modalità diventi sempre più elevato.

A partire, quindi, dalle misure di rafforzamento della trasparenza come, ad esempio, la pubblicazione dei dati inerenti le relative procedure aziendali autorizzative, l'ASL di Foggia prevede di definire, entro il mese di dicembre 2021, specifiche misure organizzative per la gestione dei comodati d'uso, integrandole in un unico Regolamento sulle donazioni e liberalità.

33. Gestione ALPI e Liste di attesa

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
ALPI e liste di attesa	attuata	% controlli - verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	Direzione Sanitaria
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Intensificazione controlli interni (+15%)	Intensificazione controlli interni (+20%)	Intensificazione controlli interni (+25%)

In relazione al rischio di violazione del diritto di libera scelta del paziente, con induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in ALPI a seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale, l'ASL di Foggia ha adottato, con deliberazione del Direttore Generale n. 503 del 30 marzo 2018, uno specifico Regolamento aziendale per lo svolgimento delle attività A.L.P.I., ove sono disciplinate le attività intramoenia del personale aziendale.

Le principali misure di mitigazione dei rischi in ambito ALPI e liste di attesa, risultano le seguenti:

- totale informatizzazione delle liste di attesa
- prenotazione di tutte le prestazioni tramite CUP
- aggiornamento periodico delle liste di attesa istituzionali
- svolgimento della libera professione in strutture aziendali
- obbligo dei POS nelle strutture dove si effettua la libera professione

Con nota prot. n. 1500518 del 13/05/2019 è stato nominato il Responsabile Unico delle Liste d'Attesa (RULA) della ASL Foggia. Successivamente, con deliberazione del Direttore Generale n. 1107 del 30 luglio 2019, l'ASL di Foggia ha recepito il Piano Attuativo Aziendale per il Governo delle Liste d'Attesa anni 2019-2021", elaborato dal Gruppo di lavoro, coordinato dal Direttore Sanitario.

34. Gestione attività di informazione scientifica

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamentazione attività di informazione scientifica	Da attuare entro dicembre 2021	Numero Regolamentazioni adottate	RPCT - Direzione Generale
Programmazione triennale	2021	2022	2023
	Adozione Regolamento	Monitoraggio misura	Monitoraggio misura

L'ASL di Foggia prevede di adottare uno specifico Regolamento sulle attività di informazione scientifica volto a:

- Definire e applicare le misure necessarie ad assicurare che l'attività di informazione scientifica presso le articolazioni organizzative dell'ASL di Foggia, avvengano secondo principi di legalità, eticità, trasparenza e correttezza, nel rispetto delle regole stabilite dalla vigente normativa,

nazionale e regionale in materia per favorire il miglioramento dell'assistenza fornita ai cittadini, dell'appropriatezza e dell'uso razionale del farmaco, dei dispositivi medici e di altri prodotti farmaceutici e sanitari;

- Assicurare la correttezza delle prescrizioni mediche in base alle procedure aziendali;
- Garantire l'imparzialità delle decisioni nell'ambito di procedure di gara per forniture di medicinali /dispositivi medici / altri prodotti sanitari e l'indipendenza del giudizio in merito alle prescrizioni di farmaci e/o all'utilizzo dei dispositivi medici, protesici, diagnostici, dietetici, vaccini, ecc;
- Garantire il rispetto del Codice di Comportamento aziendale e dei Codici Deontologici dei vari Ordini Professionali in merito all'informazione scientifica e al conflitto d'interessi.

35. Piano delle attività

Nella consapevolezza che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un complesso processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano nel tempo in modo graduale, si ritiene che tale attività si possa sviluppare nel triennio secondo il seguente cronoprogramma:

Tempi	Attività	Responsabile
Entro il 31/03/2021	Compilazione relazione annuale RPC e pubblicazione in formato xls	RPCT
Entro il 15/03/2021	Rilievi suggerimenti stakeholder per aggiornamento PTPCT	RPCT
Entro il 20/03/2021	Proposta e adozione dell'aggiornamento del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT - Direzione Generale
Entro il 31-03-2021	Attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione ex DL 33/13 e pubblicazione griglia di rilevazione	RPCT - O.I.V.
Entro settembre 2021	Programmazione formazione continua, tenendo presente una strutturazione su due	RPCT - S.S. Formazione

	<p>livelli:</p> <ul style="list-style-type: none"> - livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale); -livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione. 	
<p>Entro il 15 luglio 2021 Entro il 15 gennaio 2022</p>	<p>Monitoraggio semestrale I e II livello delle misure e valutazione sull'applicazione delle stesse da parte dei Referenti RPCT.</p>	<p>RPCT e Referenti RPCT</p>

Di seguito un Piano delle azioni prioritarie tese alla regolamentazione di procedure interne aziendali al fine di mitigare i rischi corruttivi nelle aree a maggior rischio:

Tempi	Attività	Responsabile
Entro giugno 2021	Aggiornamento Codice di Comportamento in base alle Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche approvate con delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020	RPCT - Direzione Generale - U.P.D. (con parere vincolante preliminare dell'OIV e informativa sindacale)
Entro dicembre 2021	Dichiarazioni pubbliche di interessi secondo modello Agenas	RPCT
Entro giugno 2021	Nomina gestore segnalazioni alla UIF e Regolamento per procedure antiriciclaggio	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie - RPCT
Entro dicembre 2021	Regolamento su donazione e liberalità	Area Patrimonio - RPCT - Direzione Generale
Entro dicembre 2021	Regolamento gestione attività informazione scientifica	Area Farmaceutica territoriale ed ospedaliera - RPCT - Direzione Generale
Entro dicembre 2021	Aggiornamento Regolamento gestione integrata accessi (documentale, civico semplice e generalizzato)	RPCT - S.S. Pianificazione e Programmazione aziendale - URP - Direzione Generale
Entro dicembre 2021	Monitoraggio I e II livello sull'applicazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi, tramite piattaforma web dedicata	RPCT - Tutti i Referenti del RPCT

36. Monitoraggio

Il sistema di monitoraggio sull'implementazione del PTPCT risulta essere una variabile particolarmente critica ed un miglioramento di tale aspetto è necessario per assicurare l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione aziendale. L'introduzione del sistema informatizzato consentirà una migliore *governance* del complesso sistema di gestione delle misure di mitigazione del rischio con un maggior coinvolgimento di tutti i Referenti del RPC.

A cadenza semestrale il Responsabile per la prevenzione della corruzione, attraverso il sistema informatizzato centralizzato:

- **verifica la progressiva esecuzione delle attività programmate** ed il raggiungimento degli obiettivi fissati, indicando gli scostamenti;
- **monitora sistematicamente** l'adempimento degli obblighi di pubblicazione e delle misure anticorruptive. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, il RPCT sollecita il Dirigente interessato a provvedere in merito in un termine ben definito; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il RPCT provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi interessati per i conseguenti adempimenti.

Il sistema informativo aziendale predisporre con cadenza semestrale un report di rilevazione del numero di accessi al sito web istituzionale e del numero di contatti alla sezione "Amministrazione Trasparente" da parte degli utenti; il report è trasmesso al Responsabile della Trasparenza che ne cura la pubblicazione sullo stesso sito web.

SEZIONE III

37. Piano della Trasparenza

Il Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”, coordinato con le modifiche introdotte dal D.Lgs. n 97/2016, è stato di rilevante impatto sull’intera disciplina della trasparenza operando una complessiva sistematizzazione dei principali obblighi di pubblicazione vigenti, introducendone anche di nuovi, e ha disciplinato per la prima volta l’istituto dell’accesso civico (art.5).

E’ inoltre intervenuto sui Programmi triennali per la trasparenza e l’integrità, modificando la disciplina recata dall’art.11 del D.Lgs. n.150/09, anche al fine di coordinare i contenuti del Programma con quelli del Piano triennale di prevenzione della corruzione e del Piano della “Performance”. In particolare, sono stati precisati i compiti e le funzioni dei Responsabili della Trasparenza ed è stata prevista la creazione della sezione “Amministrazione Trasparente” che sostituisce la precedente sezione “Trasparenza, valutazione e merito”, prevista dall’art.11 c.8 del D.Lgs. n.150/09.

Infine, ha implementato la normativa del sistema dei controlli e delle sanzioni sull’attuazione delle norme in materia di trasparenza.

Le principali novità introdotte dal d.lgs. 97/2016 in materia di trasparenza riguardano la definitiva delimitazione dell’ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti web unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

Nell’elaborazione del presente programma assume rilievo centrale la nozione di trasparenza “intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e le attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche” (art. 1 c.1). Si tratta di uno strumento giuridico che si affianca alla disciplina dell’accesso agli atti sancita dagli articoli 22 e seguenti della L. n.241/90, caratterizzata dalla titolarità di un interesse dell’istante. L’accessibilità totale presuppone, infatti, l’accesso da parte dell’intera collettività a tutte le “informazioni pubbliche”, con il principale scopo di favorire forme diffuse di controllo del rispetto dei principi di buon andamento e imparzialità.

Di seguito le principali attività programmate per il triennio 2019-2021 nell'ambito della Trasparenza dell'attività amministrativa e dell'integrità dell'ASL di Foggia:

- Informatizzazione totale dei flussi di comunicazione interna per il completo assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- Auditing interni periodici;
- Pubblicazione dei dati ulteriori con la collaborazione dei portatori di interesse esterni;
- Aggiornamento continuo dei dati pubblicati;
- Pubblicazione degli standard di qualità dei servizi;
- Miglioramento delle misure di monitoraggio e di vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- Attestazione dell'assolvimento degli obblighi sulla trasparenza, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009;
- Restrizione delle misure di pubblicazione in tema di inconferibilità e incompatibilità con riferimento ai soli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario e Direttore Scientifico, e Responsabili di Strutture semplici, complesse e Dipartimentali;
- Ridefinizione dei flussi informativi tra i Responsabili della trasmissione ed il Responsabile della pubblicazione delle informazioni sul sito web istituzionale;
- Aggiornamento completo della sezione "Amministrazione Trasparente", ai sensi del Dlgs 97/2016.

38. Piano di attuazione della Trasparenza

La trasparenza è intesa come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'Organizzazione e l'attività delle PP.AA., allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art.1 c.1 D.Lgs. n.33/13). Si tratta di una nozione diversa da quella contenuta negli articoli 22 e seguenti della L. n.241/90, che disciplina la distinta fattispecie del diritto di accesso ai documenti amministrativi, qualificato dalla titolarità di un interesse azionabile dinanzi al giudice (art.116 cod. proc. amm. D.Lgs.n.104/10) e sottoposto a una specifica e differente disciplina che trova la propria fonte nella richiamata legge n.241/90, la quale istituisce altresì la Commissione per l'accesso ai documenti amministrativi (art.27, come sostituito dall'art.18 della L.n.15/05), definendone le attribuzioni.

La disciplina della trasparenza rientra pertanto nei livelli essenziali delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche, oggetto della competenza esclusiva del legislatore statale ai sensi dell'art.117, c.2 lett.m), della Costituzione.

L'accessibilità totale presuppone, invece, l'accesso da parte dell'intera collettività a tutte le "informazioni pubbliche", secondo il paradigma della "libertà di informazione" di origine statunitense. Una tale disciplina è idonea a radicare, se non sempre un diritto in senso tecnico, una posizione qualificata e diffusa in capo a ciascun cittadino, rispetto all'azione delle pubbliche amministrazioni. La trasparenza è finalizzata a forme diffuse di controllo sociale dell'operato delle pubbliche amministrazioni e delinea, quindi, un diverso regime di accessibilità alle informazioni.

Il principale modo di attuazione di una tale disciplina è la pubblicazione sul sito istituzionale di una serie di dati individuati mediante precisi obblighi normativi, in parte previsti dal D.Lgs.

n.150/09, in parte da altre vigenti normative. Tale individuazione tiene conto, inoltre, della generale necessità del perseguimento degli obiettivi di legalità, sviluppo della cultura dell'integrità ed etica pubblica, nonché di buona gestione delle risorse pubbliche.

Per l'ASL di Foggia la trasparenza è, dunque, il mezzo attraverso cui prevenire e disvelare eventuali situazioni in cui possano annidarsi forme di illecito e di conflitto di interessi. Da qui la rilevanza della pubblicazione di alcune tipologie di dati relativi, da un lato, ai dirigenti, al personale non dirigenziale e ai soggetti che, a vario titolo, lavorano nell'ambito dell'Azienda, dall'altro, a sovvenzioni e benefici di natura economica e non elargiti da soggetti pubblici, nonché agli acquisti di beni e servizi. Anche la pubblicazione dei regolamenti e codici di comportamento sul sito istituzionale aziendale si inserisce nella logica dell'adempimento di un obbligo di trasparenza.

Il profilo "dinamico" della trasparenza è invece direttamente correlato alla *Performance*.

La pubblicità dei dati inerenti all'organizzazione e all'erogazione dei servizi al pubblico, infatti, si inserisce strumentalmente nell'ottica di fondo del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance anche grazie al necessario apporto partecipativo dei portatori di interesse.

La pubblicazione di determinate informazioni, infine, è un'importante spia dell'andamento della Performance dell'ASL di Foggia e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel recente Piano delle Performance (2018-2020), adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 956 del 22 giugno 2018. Il Programma di attuazione della Trasparenza, pertanto, deve porsi in relazione al ciclo di gestione della Performance e deve di conseguenza consentire la piena conoscibilità di ogni componente del Piano e dello stato della sua attuazione.

Il diritto dei cittadini di conoscere l'assetto strutturale e il modo di operare delle amministrazioni pubbliche, e, nello specifico, dell'ASL di Foggia e dei suoi operatori, finalizzato al conseguente controllo sociale sulla *res publica*, deve essere, comunque, conformato al rispetto del principio di proporzionalità previsto dalla vigente disciplina in materia di protezione dei dati personali. Tale principio è volto a garantire che i dati pubblicati e i modi di pubblicazione siano pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità indicate dalla legge nel rispetto della disciplina in materia di protezione dei dati, anche alla luce delle delibere dell'Autorità Garante in materia di protezione dei dati personali, e comporta altresì la necessità di provvedere all'archiviazione dei dati non più aggiornati, con particolare riguardo ai dati informativi inerenti al personale.

Vanno quindi delimitate le sfere di possibile interferenza tra disciplina della trasparenza e protezione dei dati personali, in modo da realizzare un punto di equilibrio tra i valori che esse riflettono in sede di concreta applicazione.

L'accesso documentale è disciplinato dagli artt. 22 e seguenti della Legge n. 241/1990 e s.m.i. L'ASL di Foggia ne dà attuazione in conformità al vigente Regolamento aziendale approvato con Deliberazione del Direttore Generale n. 357 del 31 marzo 2017.

La finalità dell'accesso documentale ex legge n. 241/1990 e s.m.i. è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare le facoltà partecipative e/o oppositive e difensive che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. La legge n. 241/1990 e s.m.i. esclude l'utilizzo del diritto di accesso al fine di sottoporre l'Amministrazione ad un controllo generalizzato sul suo operato. Le istanze di accesso documentale devono essere motivate.

L'accesso civico semplice e l'accesso civico generalizzato sono disciplinati rispettivamente dall'art 5 commi 1 e 2 del Decreto Trasparenza ed hanno lo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento, da parte delle Pubbliche Amministrazioni, delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, promuovendo la partecipazione dei cittadini al dibattito

pubblico. Le istanze di accesso civico semplice e di accesso civico generalizzato, a differenza dell'accesso documentale, non necessitano di motivazione. L'esercizio dell'accesso civico semplice e dell'accesso civico generalizzato non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. Chiunque ha il diritto di richiedere dati, informazioni e documenti nei casi in cui sia stata omessa la loro dovuta pubblicazione in "Amministrazione Trasparente" e di accedere ai dati ed ai documenti ulteriori rispetto a quelli per i quali la legge prevede un obbligo di pubblicazione.

Ferma restando la sostanziale differenza tra disciplina della trasparenza e quella sull'accesso ai documenti amministrativi, è da ritenere che alcuni limiti posti all'accesso dall'art. 24 della Legge n. 241/90 siano riferibili anche alla disciplina della trasparenza, in quanto finalizzati alla salvaguardia di interessi pubblici fondamentali e prioritari rispetto al diritto di conoscere i documenti amministrativi.

L'ASL di Foggia prevede di aggiornare, entro il mese di dicembre 2020, il vigente Regolamento sull'accesso agli atti amministrativi (deliberazione n. 357 del 31/03/2017) con l'integrazione degli istituti dell'accesso civico semplice e generalizzato, ivi compresa la regolamentazione del registro degli accessi, nel rispetto delle disposizioni contenute nel Regolamento UE 2016/679 e del D.lgs 196/03, così come modificato dal D.lgs 101/18.

Particolare attenzione sarà posta sul bilanciamento degli interessi tra il dovere dell'ASL di Foggia alla pubblicazione degli atti sul web (amministrazione trasparente e albo pretorio online) ed il diritto alla riservatezza degli interessati (persone fisiche), in ossequio ai principi di minimizzazione, pertinenza e non eccedenza sanciti dal Regolamento generale sulla protezione dei dati.

39. Responsabili della comunicazione e della pubblicazione

Tutti i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili delle strutture e unità operative aziendali (come da allegato n.5) sono responsabili per materia della selezione, dell'elaborazione, dell'aggiornamento e della qualità dei dati, delle informazioni e dei documenti da pubblicare sul sito internet istituzionale, nonché dell'attuazione, secondo competenza, delle misure previste dal Programma. Ciascuno dei predetti responsabili, in qualità di Responsabili della comunicazione, avrà la facoltà, per ambito di competenza, di individuare un "Referente della comunicazione dei dati", ovvero il collaboratore addetto alle operazioni di raccolta dei dati per la comunicazione periodica al Responsabile per la Trasparenza che provvederà alla successiva pubblicazione secondo norma.

La sezione obbligatoria di cui al D.lgs 33/2013, così come modificato dal Dlgs 97/2016, denominata "Amministrazione trasparente" è quella in cui devono essere rese note e disponibili le informazioni ed i documenti per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione, quale contenuto minimo della trasparenza aziendale. Tuttavia, l'ASL di Foggia potrà rendere noti e disponibili altre informazioni e documenti necessari per garantire efficienza, efficacia ed economicità delle prestazioni rese, sempre nel rispetto delle disposizioni in materia di tutela dati personali. **Periodicamente, il Responsabile della Trasparenza (RT), provvede a richiedere i dati e le informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria con obbligo di risposta tramite canali tracciabili (protocollo interno, posta elettronica ordinaria o certificata).**

Tutti i dati e le informazioni comunicate al RT sono pubblicate sul sito web, nella sezione dell'Amministrazione Trasparente e su altri canali, nei modi stabiliti dall'ANAC.

La verifica della conformità alla pubblicità obbligatoria è effettuata dal RT, a campione, attraverso la navigazione della sezione "Amministrazione Trasparente", colloqui con i Responsabili per materia ed audit interni.

Per quanto concerne l'aggiornamento della sezione "Amministrazione trasparente", ogni Struttura Aziendale, sia Complessa, Semplice che Dipartimentale, cura la tempestiva trasmissione delle informazioni al Responsabile per la trasparenza dell'ASL di Foggia, qualora non sia possibile l'inserimento in autonomia.

Rientra, pertanto, nella responsabilità dei Direttori, Dirigenti e Funzionari responsabili delle Strutture e Unità Operative, curare e garantire tale flusso affinché le informazioni sul sito web istituzionale siano sempre e costantemente aggiornate.

I Dirigenti e Funzionari Responsabili delle Strutture e Unità Operative, ognuno per la propria competenza e area di riferimento, controllano sistematicamente che le notizie sul sito web siano aggiornate.

Compete ai Dirigenti e ai Funzionari Responsabili delle Unità operative, così come individuati nell'allegato al presente Piano denominato "Allegato_5-Obblighi pubblicazione", aggiornare le informazioni ed i documenti sul sito web aziendale, nel rispetto delle frequenze di aggiornamento indicate e nell'osservanza delle disposizioni contenute nel vigente Codice di Comportamento aziendale adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 26 del 23 gennaio 2017.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, ai sensi dell'art. 8 c. 3 del D.Lgs. n. 33/13, sono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e di quanto previsto da specifiche previsioni normative. Alla scadenza del termine di durata dell'obbligo di pubblicazione, i documenti, le informazioni e i dati saranno comunque conservati e resi disponibili all'interno di distinte sezioni del sito di archivio.

Il Responsabile della trasparenza cura l'adeguamento e la qualità della pubblicazione dei dati sul sito web affinché i cittadini e i portatori di interesse possano accedere in modo agevole ai alle informazioni e ai documenti e ne possano comprendere il contenuto attraverso un processo di miglioramento continuo che conduca ad un adeguamento progressivo e puntuale ai requisiti normativi previsti.

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, il Responsabile della trasparenza assicurerà che in applicazione delle disposizioni di cui all'art.1 cc.32, 35 e 42 della L.190/12 i dati siano pubblicati in formato aperto.

In particolare, il c. 35 della stessa norma stabilisce che "per formati di dati aperti si devono intendere almeno i dati resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari, a condizione tali da permettere il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, di riuso o di diffusione diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettare l'integrità".

La Banca Dati nazionale "Soldi pubblici" raggiungibile al link <http://soldipubblici.gov.it/it/home> presenta una serie di interessanti e significativi dati ed informazioni ai fini delle pubblicazioni di cui all'art. 41, co. 1 bis. Si ritiene pertanto opportuno inserire tale link nella sezione "Dati sui pagamenti del SSN" presente in "Amministrazione Trasparente", pur assicurando le pubblicazioni da parte delle competenti Strutture secondo le prassi in uso.

Al fine di ottemperare all'obbligo di cui all'art. 4 della L. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale

degli esercenti le professioni sanitarie”, il quale prevede, fra l’altro, che le Strutture Sanitarie Pubbliche rendano disponibili, mediante pubblicazione sul proprio sito internet, i dati relativi a tutti i risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio, verificati nell’ambito dell’esercizio della funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario, è disposta la pubblicazione annuale in "Amministrazione trasparente/pagamenti dell'amministrazione/Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale" dei dati relativi all’importo dei risarcimenti per anno, a carico dell’ASL di Foggia.

40. Relazione annuale del RPCT

Ai sensi dell’art. 1 c. 14 della l. n. 190 del 2012, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno (salvo proroga), redige una relazione annuale che rendiconti l’efficacia delle misure di prevenzione definite nel Piano *c.d.* PTCPT e che è resa pubblica sul sito web istituzionale, sulla base delle indicazioni fornite dall’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). Si allega al presente Piano (Allegato_4_Scheda Relazione RPCT) la Relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione con riferimento all’anno 2019.

41. Aggiornamento del Piano

Il presente Piano verrà aggiornato annualmente (entro il 31 gennaio) o in caso di mutate esigenze organizzative-strutturali e adottato con deliberazione del Direttore Generale dell’ASL di Foggia. Sarà inoltre integrato dalle indicazioni fornite dall’ANAC, in coerenza con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione.

42. Entrata in vigore

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione 2021 – 2023 entra in vigore il giorno successivo alla deliberazione del provvedimento di adozione con la pubblicazione sul sito internet istituzionale nell’apposita sezione “Amministrazione Trasparente”.

43. Allegati

- **allegato n.1 - Valutazione dei rischi**
- **allegato n.2 - Priorità di trattamento dei rischi**
- **allegato n.3 - Stato di attuazione delle misure**
- **allegato n.4 - Relazione annuale del RPCT**
- **allegato n.5 - Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione**
- **allegato n.6 - Programmazione misure 2021-2023**
- **allegato n.7 - Piano pluriennale della rotazione del personale**