



ASL Foggia

PugliaSalute



## PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA 2022-2024

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

### **AGGIORNAMENTO**

<b>Redatto da: Dott. Michele Ciavarella - Responsabile per la prevenzione della corruzione</b>
<b>Verificato da: Direttore Generale</b>
<b>Adozione con: Deliberazione n. _____ del _____</b>
<b>Triennio di riferimento: 2022-2024</b>



## Sommario

1. Introduzione .....	4
2. Processo di elaborazione del Piano .....	5
3. Obiettivi Strategici .....	5
4. Coordinamento con il Piano della Performance.....	6
5. Modello organizzativo .....	7
SEZIONE I .....	8
6. Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione .....	8
7. Valutazione d’impatto del Contesto interno .....	12
8. Valutazione d’impatto del Contesto esterno .....	14
9. Analisi del rischio .....	18
10. Mappatura dei processi .....	19
11. Gestione del rischio .....	20
12. Monitoraggio semestrale .....	24
SEZIONE II .....	28
13. Misure generali e specifiche.....	28
14. Codici di comportamento .....	29
15. Gestione Contratti Pubblici .....	30
16. Rotazione del personale .....	31
17. Astensione in caso di conflitto di interesse .....	33
18. Dichiarazione Pubblica di interessi .....	36
19. Conferimento incarichi .....	37
20. Incompatibilità successiva ( <i>pantouflage</i> ) .....	39
21. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali.....	40



22.	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici .....	41
23.	Responsabile R.A.S.A. ....	43
24.	Gestore segnalazioni UIF .....	43
25.	Referente monitoraggio Opere Pubbliche .....	44
26.	Tutela del Whistleblower .....	45
27.	Formazione del personale .....	46
28.	Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile.....	48
29.	Patto di integrità.....	49
30.	Sponsorizzazioni .....	50
31.	Attività conseguenti al decesso .....	51
32.	Donazioni e comodati d'uso .....	52
33.	Gestione ALPI e Liste di attesa.....	52
34.	Gestione attività di informazione scientifica.....	53
35.	Emergenza epidemiologica.....	54
36.	Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) .....	55
37.	Piano delle attività.....	56
38.	Riesame periodico .....	58
SEZIONE III .....		59
39.	Piano della Trasparenza.....	59
40.	Trasparenza Amministrativa.....	60
41.	Responsabili della comunicazione e della pubblicazione.....	62
42.	Relazione annuale del RPCT .....	64
43.	Aggiornamento del Piano .....	64
44.	Entrata in vigore .....	64
45.	Allegati .....	65

## 1. Introduzione

Il presente Piano, su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza (RPCT) dell'ASL di Foggia (d'ora in avanti anche "Azienda"), nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 1372 del 18/09/2013, costituisce la sezione del Piano integrato di attività e Organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i., dedicata ai **"Rischi corruttivi e Trasparenza"** per il triennio 2022-2024.

Si precisa infatti che, a seguito dell'entrata in vigore del d.l. 9 giugno 2021, n. 80, "Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia", convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113, il presente documento sarà assorbito e sostituito, come altri strumenti di programmazione, dal Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO).

Pertanto il presente aggiornamento del Piano di prevenzione della corruzione e della Trasparenza è stato redatto nell'ottica di anticipare, quanto più possibile, i contenuti della sotto-sezione riferita a "Rischi corruttivi e trasparenza" che dovranno trovare collocazione nel PIAO, secondo quanto si evince dallo schema di decreto, del Ministro della Pubblica amministrazione, concernente la definizione del contenuto del PIAO, trasmesso alla Presidenza del Consiglio dei Ministri-Ufficio di Segreteria della Conferenza Unificata, per l'acquisizione dell'intesa della Conferenza Unificata medesima (ULM-FP 0001748 P- del 26.11.2021). Inoltre, sono stati recepiti gli Orientamenti dell'ANAC approvati in data 02/02/2022 con il documento denominato "*Orientamenti per la pianificazione anticorruzione e trasparenza*" poi presentati nel corso del webinar svolto in data 03/02/2022 denominato sull'"*Onda della semplificazione e della trasparenza*".

A seguito dell'apposita Adunanza dell'8 febbraio e del 17 febbraio 2022, la Sezione Consultiva del Consiglio di Stato ha rilasciato il relativo parere "condizionato" (n. 506) sullo schema di decreto del Presidente della Repubblica recante "Individuazione e abrogazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione ai sensi dell'articolo 6, comma 5, del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2021, n. 113".

**In considerazione del protrarsi dei tempi di adozione dei decreti attuativi, a seguito del parere del Consiglio di Stato, questa ASL ha valutato opportuno aggiornare il Piano di prevenzione della corruzione e della Trasparenza, entro il mese di aprile 2022.**

**Il presente documento si articola in tre sezioni:**

- la prima sezione è dedicata al modello di gestione interna con l'analisi degli impatti, l'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.

## 2. Processo di elaborazione del Piano

Per l'elaborazione del presente Piano sono stati coinvolti tutti i Dirigenti dei Distretti, dei Dipartimenti e delle Strutture Complesse, Strutture Semplici e gli Uffici di Staff alla Direzione Generale, ai fini dell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure (monitoraggi di I livello). 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. 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 Piano 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.

In riferimento alle misure specifiche per la prevenzione della corruzione, è stata svolta un'attività di monitoraggio interno, con la fattiva collaborazione dei Referenti del RPCT e, 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 (allegato n.6 – Programmazione misure 2022-2024).**

## 3. 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.

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 della trasparenza e dell'integrità a livello generale.

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.

#### 4. 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. **Il contenuto del presente Piano è integrato con il Piano delle Performance e con gli altri strumenti di programmazione annuale dell'ASL di Foggia**, così come richiesto dalla normativa vigente. Il Piano della Performance sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della Struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

In particolare, tra gli obiettivi quali-quantitativi di Equipe presenti nel Programma annuale delle attività per l'anno 2022, sono riportati i seguenti:

- **Monitoraggio periodico di primo livello** delle misure anticorruptive aziendali: Rendicontazione semestrale tramite piattaforma centralizzata aziendale - n° 2 monitoraggi semestrali (entro il 15 luglio e il 15 gennaio)
- **Trasmissione e pubblicazione atti di competenza** in Amministrazione Trasparente, nei modi e tempi previsti dall'allegato al Piano (allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione)
- **Partecipazione ad eventi/corsi** in materia di prevenzione della corruzione, etica e legalità, codice di comportamento

## 5. Modello organizzativo

L'ASL di Foggia, in linea con quanto previsto dalla vigente normativa, dà attuazione al principio di **separazione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo**, proprie della Direzione Strategica, e le funzioni di gestione, attribuite alla Dirigenza. Attua, inoltre, le logiche gestionali della delega e della responsabilità diffusa attraverso la precisa e puntuale determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Strategica, dei Dirigenti e di tutti gli operatori coinvolti a vario titolo nei livelli operativi dell'organizzazione, in modo da responsabilizzare, valorizzare e coinvolgere tutte le risorse professionali disponibili.

Le funzioni e i compiti previsti ai vari livelli operativi sono oggetto di adeguata definizione attraverso atti di organizzazione (regolamenti interni di funzionamento), ove non espressamente normati dall'Atto Aziendale, che definiscono gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico professionale, amministrativa e finanziaria del settore di competenza, compresa la facoltà di adottare atti di rilevanza esterna, quando l'incarico lo prevede.

**L'ASL di 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 Legislazione Regionale e Nazionale.**

Per ulteriori dettagli sul modello organizzativo si rinvia al cap. 2.3 "Come operiamo" del Piano delle Performance 2022-2024, reso disponibile all'indirizzo web <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/piano-della-performance>.

## SEZIONE I

### 6. Soggetti coinvolti nel sistema di prevenzione

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
<b>Direttore generale</b>	<p><b>Il Direttore Generale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- designa il Responsabile della prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;</li> <li>- adotta il Piano e i suoi aggiornamenti e li comunica al Collegio sindacale e all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV);</li> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- promuove una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione, incentivando l'attuazione di percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgono l'intero personale.</li> </ul>
<b>RPCT</b>	<p><b>Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:</b></p>



	<ul style="list-style-type: none"><li>- presenta al Direttore Generale, per la necessaria approvazione, una proposta di il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza;</li><li>- vigila sull'attuazione, da parte di tutti i destinatari, delle misure di prevenzione del rischio contenute nel Piano;</li><li>- 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;</li><li>- segnala all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza;</li><li>- 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;</li><li>- 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;</li><li>- pubblica sul sito internet istituzionale, entro le scadenze definite da ANAC, una relazione sull'attività svolta, predisposta secondo le indicazioni fornite dall'ANAC stessa;</li><li>- 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;</li><li>- 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);</li><li>- vigila sul rispetto delle disposizioni del decreto legislativo 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi, per quanto applicabile;</li><li>- cura la diffusione della conoscenza del Codice di comportamento aziendale e collabora con l'Ufficio Procedimenti Disciplinari per il monitoraggio annuale sulla sua attuazione;</li><li>- 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.</li></ul>
<b>Tutti i Dirigenti Referenti del RPCT</b>	<b>Tutti i Direttori di Struttura e i Dirigenti, per l'area di rispettiva competenza:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- valorizzano la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- 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;</li> <li>- assumono la responsabilità delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT;</li> <li>- 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;</li> <li>- forniscono le informazioni richieste dal RPCT per l'individuazione delle attività a più elevato rischio di corruzione;</li> <li>- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione;</li> <li>- controllano costantemente le attività più esposte al rischio corruzione svolte nella struttura cui sono preposti;</li> <li>- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;</li> <li>- avanzano proposte per la rotazione del personale esposto a rischio, afferente la propria struttura;</li> <li>- propongono, per l'area di competenza, i nominativi del personale con priorità di formazione.</li> </ul>
<b>S.T.P.</b>	<p><b>La Struttura Tecnica Permanente:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- supporta l'attività dell'Organismo interno di vigilanza (OIV) nell'esercizio delle funzioni di programmazione, valutazione, controllo strategico e controllo di gestione.</li> </ul>
<b>SS Formazione</b>	<p><b>Il Responsabile della Struttura Semplice Formazione:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 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;</li> <li>- cura la realizzazione delle iniziative di formazione previste dal Piano.</li> </ul>
<b>O.I.V.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- offre un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;</li> <li>- fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto, alla valutazione e al trattamento dei rischi;</li> <li>- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance ed il ciclo di gestione del rischio corruttivo;</li> <li>- attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza ed integrità, secondo le disposizioni impartite dall'ANAC;</li> <li>- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'ASL;</li> <li>- 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</li> </ul>

	<p>annuale;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- verifica la corretta applicazione del Piano ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato;</li> <li>- rafforza il raccordo tra misure anticorruzione e misure di miglioramento della funzionalità delle amministrazioni e della performance delle strutture e dei singoli operatori.</li> </ul>
<b>Collegio Sindacale</b>	<p><b>Il Collegio Sindacale in particolare:</b> 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>
<b>U.P.D.</b>	<p><b>I componenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- vigilano sull'applicazione del Codice di comportamento aziendale;</li> <li>- svolgono i compiti attribuiti dalla normativa ai comitati etici;</li> <li>- 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;</li> <li>- possono chiedere all'ANAC parere facoltativo ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazione del Codice di comportamento.</li> </ul>
<b>Dipendenti</b>	<p><b>Tutto il personale aziendale:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- partecipa attivamente al processo di gestione del rischio;</li> <li>- attua le misure di prevenzione programmate nel PTPCT;</li> <li>- comunica i casi di conflitto di interessi che li riguardano personalmente;</li> <li>- segnala le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'UPD.</li> </ul> <p>La violazione delle misure di prevenzione previste dal Piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, legge 190/2012).</p>
<b>Collaboratori</b>	<p><b>I collaboratori a qualsiasi titolo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- osservano le misure contenute nel Piano, per quanto applicabili alla tipologia di rapporto che intercorre con l'ASL;</li> <li>- segnalano le situazioni di illecito.</li> </ul>

## 7. Valutazione d'impatto del Contesto interno

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, con la Delibera n.906 del 29/07/2016, parzialmente modificata con delibera n. 977 del 02/08/2016, ha adottato la Bozza Atto aziendale ASL Foggia, e con delibera n. 1428 del 6/10/2020 ad oggetto "Assetto organizzativo e strutturale dell'Asl Foggia", più volte modificata, ha definito la nuova Struttura organizzativa che prevede:

- Assetto Strutturale di Base dell'Assistenza Ospedaliera con i tre Ospedali di San Severo, Cerignola e Manfredonia;
- 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 - DIOnc**
- **Dipartimento dei servizi e aree amministrative**
- **Dipartimento delle Direzioni Mediche dei PP.OO**

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'Azienda 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'ASL di Foggia, nel corso del 2020 è stato pari a 3.794 e nel corso del 2021 è stato pari a n. 3.524 unità.**

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a circa il 36,75% del totale nel 2021. La fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2021 è pari al 61,43%, di cui ben il 24,68% al di sopra dei 60 anni. Tale analisi comporta una riflessione sulle politiche di gestione del personale dipendente e sulla organizzazione aziendale.

Nel corso dell'anno 2021, i Direttori delle macro-strutture aziendali sono stati chiamati a rendicontare lo stato di attuazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi, riesaminando il grado di rischio attraverso una metodologia "ibrida" ovvero di tipo quantitativa affiancata da un'analisi del rischio qualitativa (monitoraggio di I livello).

Per ogni processo di competenza (per un totale di 246 processi), attraverso l'ausilio di un software web collaborativo, sono stati analizzati i rischi e le misure con relativi indicatori. Di seguito le principali informazioni acquisite per ogni processo:

- area del processo
- responsabile
- fattori abilitanti
- descrizione fasi del processo
- valutazione "quantitativa" del rischio corruttivo (probabilità ed impatto)

Per ogni misura è stato rendicontato quanto segue:

- Tempi e modi di attuazione
- Responsabile
- Indicatore di monitoraggio della misura
- Stato di attuazione della misura
- Esito monitoraggio I livello
- Monitoraggio II livello del RPCT

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

- **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**

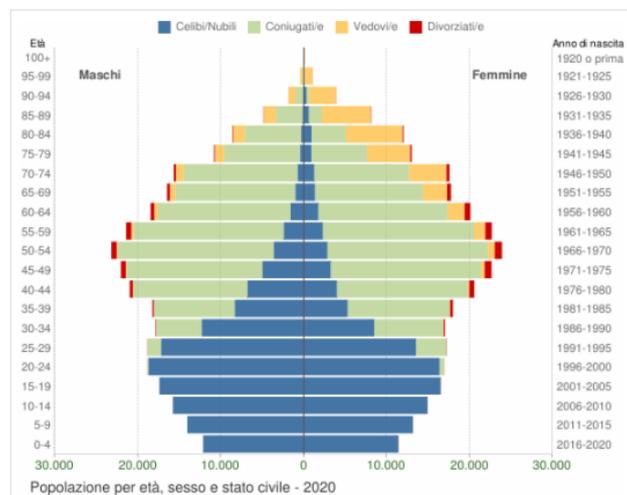
Per ulteriori dettagli sul modello organizzativo si rinvia al cap. 4.2 "Analisi del contesto interno" del Piano delle Performance 2022-2024, reso disponibile all'indirizzo web <https://www.sanita.puglia.it/web/asl-foggia/piano-della-performance>.

L'analisi del contesto interno, caratterizzata da numerosità di personale, strutture e funzioni e competenze di varia complessità, fa emergere alcuni elementi che condizionano il sistema di prevenzione della corruzione aziendale, consentendo tuttavia di rilevare una **generalizzata attuazione delle misure di prevenzione** riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, si prevede l'aggiornamento dei 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 e con l'ausilio di un software di tipo "collaborativo" già implementato.

## 8. Valutazione d'impatto del Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. L'ASL di Foggia, nella realizzazione delle attività istituzionali nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con le Istituzioni, gli Enti del S.S.N., le Università, le Associazioni, le Case farmaceutiche ed altri soggetti pubblici e privati.

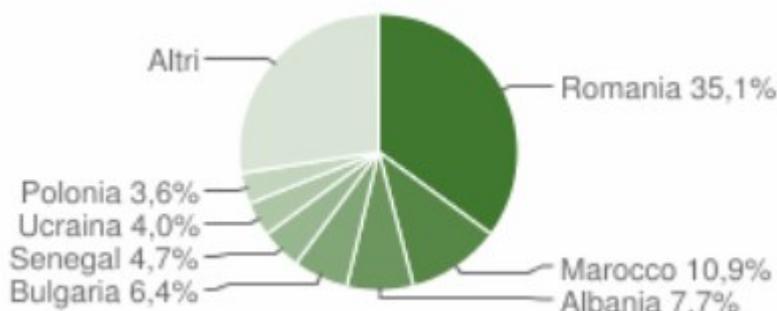
**La ASL Foggia opera su un territorio di 7.007,33 Km<sup>2</sup>, coincidente con la provincia di Foggia, su cui risiedono complessivamente n. 602.394 abitanti.**



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 35,1% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (10,9%) e dall'Albania (7,7%).



Il territorio provinciale è caratterizzato da una forte frammentazione di comunità comunali (n.61 comuni) inserite in tre aree territoriali disomogenee che presentano, tra l'altro, forti punti di debolezza legati alla infrastrutturazione delle vie di comunicazione.

Le aree territoriali su richiamate possono individuarsi rispettivamente con i territori dei Monti Dauni, Tavoliere delle Puglie e Gargano.

I confini distrettuali provinciali ricalcano le divisioni territoriali richiamate.

In particolare:

- i Distretti Socio Sanitari di Lucera e Troia ricoprono il territorio dei Monti Dauni;
- i Distretti Socio Sanitari di Cerignola, Foggia e San Severo comprendono il territorio del Tavoliere delle Puglie con inclusioni alle pendici del Gargano;
- i Distretti Socio Sanitari di San Marco in Lamis, Vico del Gargano e Manfredonia corrispondono al territorio garganico.

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 (Pediatra 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).

La Direzione Nazionale Antimafia e Antiterrorismo ha presentato la Relazione del I semestre 2021 sulle attività svolte dal Procuratore nazionale e dalla Direzione nazionale antimafia e antiterrorismo nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso.

Per quanto riguarda la Puglia ed in particolare la Provincia di Foggia, si evidenzia quanto riportato da pag. 263 della relazione semestrale 2021 del Ministro dell'Interno al Parlamento, consultabile al seguente indirizzo: [https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/03/Relazione\\_Sem\\_I\\_2021.pdf](https://direzioneinvestigativaantimafia.interno.gov.it/wp-content/uploads/2022/03/Relazione_Sem_I_2021.pdf).

Nonostante una flessione in genere delle attività delittuose dovuta all'intensificazione dei controlli delle Forze dell'ordine e dal "lockdown" correlato con l'emergenza sanitaria, anche nel semestre in riferimento l'esame globale del **fenomeno mafioso nella provincia di Foggia** conferma quali illeciti d'elezione dalle consorterie il traffico delle sostanze stupefacenti e il racket delle estorsioni. In relazione all'escalation criminale descritta, il Procuratore Nazionale Antimafia Cafiero DE RAHO, nel corso dell'intervento tenuto presso l'Università di Foggia il 27 gennaio 2020, ha sottolineato che quello foggiano è un territorio in cui **"la criminalità mafiosa è forte, arrogante e violenta"**.

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:

- **Responsabili Unici dei Procedimenti/Direttori dell'Esecuzione/Operatori economici**
- **Imprese esecutrici di lavori pubblici**
- **Consulenti e collaboratori**
- **Componenti delle Commissioni per bandi di gara e concorsi**
- **Componenti delle Commissioni di invalidità**
- **Aziende farmaceutiche e Sponsor**
- **Personale medico in ALPI**

- **Strutture private**
- **Associazioni**

Di seguito la matrice di analisi del contesto esterno che considera l'impatto (basso-medio-alto) e la probabilità di accadimento (bassa-media-alta) dei principali eventi corruttivi, tenuto conto della rilevanza degli interessi sottesi all'azione dell'ASL di Foggia e dell'incidenza degli interessi dei principali *stakeholder/shareholder* a vario titolo coinvolti nelle relazioni istituzionali.

Soggetti	Incidenza variabili esogene	Relazione Input	Relazione output	Impatto	Probabilità	Rischio potenziale
<b>Imprese affidatarie di lavori, servizi o forniture</b>	Territoriali ed economiche	Verbali stato avanzament o lavori, liquidazioni, contestazioni	Collaudi e pagamenti	Alto	Media	<b>Alto</b>
<b>Professionisti in ambito tecnico e legale</b>	Territoriali, sociali ed economiche	Affidamento incarico	Attestazioni e pagamenti	Alto	Media	<b>Alto</b>
<b>Case Farmaceutiche Sponsor Promotori ricerca scientifica e sperimentazioni</b>	Sociali ed economiche	Contributi economici	Studi e ricerche	Alto	Media	<b>Alto</b>
<b>Libera Professione intramuraria</b>	Economiche	Richiesta visite in ALPI	Visite in ALPI con compenso extra istituzionale	Alto	Media	<b>Alto</b>
<b>Ditte onoranze funebri</b>	Territoriali ed economiche	Richiesta informazioni su decessi per gestione funerali	Compenso al personale ASL per comunicazi one in anticipo del defunto	Alto	Media	<b>Alto</b>
<b>Associazioni, Ordini e soggetti del terzo settore, Strutture sanitarie private</b>	Territoriali, sociali ed economiche	Gestione eventi e servizi	Concession i, Accordi, Convenzion i e pagamenti	Medio	Bassa	<b>Medio</b>

<b>Soggetti pubblici</b>  <b>AReSS</b>  <b>Agenas</b>  <b>Ministero della Salute</b>  <b>MEF</b>  <b>Università</b>  <b>Enti di Ricerca</b>  <b>Comunità scientifica</b>	Territoriali, sociali	Convenzioni	Erogazione servizi	Basso	Bassa	<b>Basso</b>
<b>Altri Enti e Regioni</b>	Territoriali	Relazioni istituzionali	Accordi e Convenzioni	Basso	Bassa	<b>Basso</b>

Un contesto esterno “difficile”, come quello della Provincia di Foggia, obbliga l’ASL di Foggia a **rafforzare le proprie misure di contrasto alla corruzione** e ai reati corruttivi in genere, soprattutto per evitare, in un contesto economico-sociale vulnerabile, che le ingenti risorse finanziarie e le misure di sostegno a favore delle imprese, in ragione anche del PNRR, siano intercettate e costituiscano un’ulteriore occasione per la criminalità organizzata locale. Inoltre, occorre anche attrezzarsi per evitare di collaborare, magari in modo ignaro, al riciclaggio, nell’economia legale, di proventi da attività illecite e quindi all’inquinamento dei rapporti economici e socio-politici.

## 9. 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.

## 10. Mappatura dei processi

Nell'osservanza del Piano Nazionale Anticorruzione, l'ASL di Foggia ha mappato i processi aziendali nonché individuato le "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la norma ISO 31000 "*Risk Management - Principles and Guidelines*". Ai fini dell'individuazione di tutte le aree a 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".

In particolare, sono state considerate le seguenti Aree generali a rischio corruttivo:

### A) **Acquisizione e progressione del personale**

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

### B) **Affidamento di lavori, servizi e forniture**

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed 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) **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**
- D) **Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.**

Di seguito le Aree a rischio specifiche di ambito sanitario:

1. **Contratti pubblici;**
2. **Incarichi e nomine;**
3. **Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;**
4. **Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;**
5. **Attività libero professionale e liste di attesa;**
6. **Rapporti contrattuali con privati accreditati;**
7. **Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);**
8. **Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.**

**Nel corso dell'anno 2021 sono stati mappati ed analizzati 246 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "allegato n.1 – Analisi e trattamento dei rischi".**

## **11. Gestione del rischio**

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'inefficacia 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

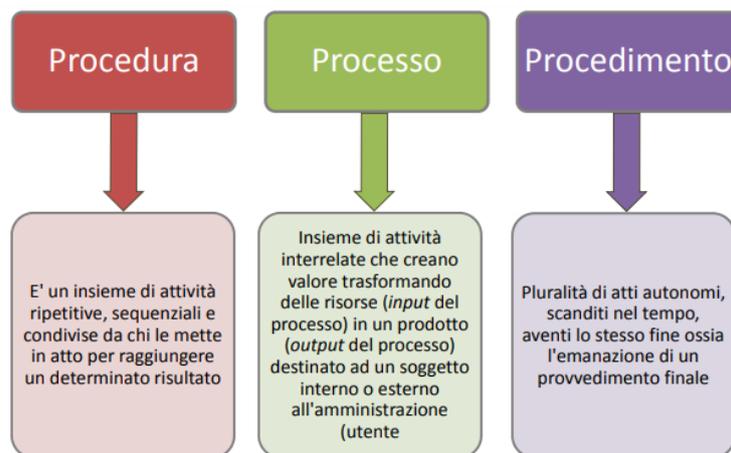
## Grado di Rischio Residuo

Calcolato automaticamente come prodotto tra rischio potenziale ed 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 2022-2024 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, per assicurare una migliore qualità dei processi rilevati e garantire la tracciabilità ed il monitoraggio costante delle attività poste in essere dai Referenti del RPCT, 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.

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

- **allegato n.1 – Analisi e trattamento dei rischi**
- **allegato n.2 – Priorità di trattamento dei rischi**
- **allegato n.3 – Stato di attuazione delle misure**

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.

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

## 12. Monitoraggio periodico

Il monitoraggio semestrale (I livello) delle misure di prevenzione risulta di fondamentale importanza nel processo di gestione del rischio grazie al quale è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure previste dal Piano. 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 controlla la veridicità delle informazioni rese dai Referenti in autovalutazione (monitoraggio I livello) 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 (monitoraggio di II livello).**

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.

**Nel corso dell'anno 2021 sono state monitorate con audit semestrali interni e riunioni on-line con i Referenti del RPCT, le seguenti Strutture aziendali:**

- Org001 - Direzione Amministrativa
- Org002 - Direzione Sanitaria
- Org003 - S.S. Servizio Informatizzazione
- Org005 - S.S. URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Org006 - S.C. Controllo di Gestione
- Org007 - S.S. Formazione Aziendale
- Org009 - S.S. Coordinamento Professioni Sanitarie
- Org011 - S.C. Struttura Burocratico-Legale - Ufficio Sinistri
- Org013 - S.S. Pianificazione e Programmazione Aziendale - Alpi
- Org014 - S.S. UVARP
- Org016 - S.C. Statistica Ed Epidemiologia
- Org017 - S.C. Gestione Del 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
- Org027 - Dipartimento di Salute Mentale
- Org028 - Struttura Funzioni Amministrative e dei Presidi Ospedalieri
- Org029 - Centri Trasfusionali
- Org032 - U.P.D. - Ufficio Procedimenti Disciplinari
- 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
- 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
- Org057 - Spesal Aree Nord-Sud
- Org058 - Pronto Soccorso Manfredonia
- Org059 - Ser.D. Cerignola-Orta Nova
- Org060 - DDP Del Gargano e Di S. Severo
- Org061 - DDP Foggia e Lucera
- Org062 - S.S. Gestione Rischio Clinico



Da una lettura comparativa con i precedenti report di rendicontazione, redatti nelle passate annualità, si è riscontrato un graduale ma continuo miglioramento dell'intero sistema di gestione della prevenzione della corruzione, svolta dai Referenti del RPCT.

Il RPCT, al termine del monitoraggio annuale, predispone la relazione annuale, secondo lo schema indicato da ANAC, ai sensi di quanto previsto all'art. 1, comma 14, della L. n. 190/2012 (allegato n.4 – Relazione annuale del RPCT).

## 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, va 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 Piano 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.

Le misure programmate dall'ASL di Foggia per il triennio 2022-2024 sono contenute nel documento "**allegato n.6 – Programmazione misure 2022-2024**".

Di seguito sono illustrate le principali misure di mitigazione del rischio corruttivo attuate dall'ASL di Foggia nell'ambito della gestione del sistema di prevenzione della corruzione.

#### 14. Codici di comportamento

Misura	Stato attuazione	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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	Aggiornamento e Formazione	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.AC. 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 riservata al 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 Codice di Comportamento aziendale, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 26 del 23 gennaio 2017, è stato di recente aggiornato e sarà adottato formalmente, entro il primo semestre 2022, previa acquisizione del parere vincolante dell'O.I.V., ai sensi dell'art.54, comma 5, del D. Lgs. 165/2001.

## 15. Gestione Contratti Pubblici

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Regolamento Acquisti	Misura attuata	Aggiornamento del Regolamento	Responsabile Area Gestione Patrimonio
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	Aggiornamento Regolamento Acquisti	Applicazione e monitoraggio del Regolamento	Applicazione e monitoraggio del Regolamento

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

Con deliberazione del Direttore Generale n.1443 del 02/12/2016 è stato approvato il Regolamento Aziendale per la disciplina dei “contratti sotto soglia” per servizi e forniture, nel rispetto dell’art.36 del D.Lgs n.50/2016 e s.m.i., ed individuazione strutture delegate, limiti e modalità di spesa per i relativi acquisti. Nel corso del triennio è previsto l’aggiornamento del Regolamento in linea con l’evoluzione normativa.

## 16. Rotazione del personale

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Rotazione del personale	Misura attuata tramite Regolamento e Piano della rotazione pluriennale	Numero rotazioni del personale per anno o misure equivalenti	Direzioni Strutture – Area del Personale
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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.

#### 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'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 2022-2024 (allegato n.7 – Piano pluriennale della rotazione del personale 2022-2024).**

## 17. Astensione in caso di conflitto di interesse

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Gestione conflitti di interesse	Misura attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate su base annuale	RPC e Referenti interni
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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.

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 DPR 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 richiede la dichiarazione di insussistenza di conflitto di interessi da parte del collaboratore.

**Durante l'anno 2021 non sono state rilevate/segnalate situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, a carico del personale dipendente aziendale.**

## 18. Dichiarazione Pubblica di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Dichiarazione pubblica di interessi	Misura in fase di definizione	% dichiarazioni pubbliche sottoscritte rispetto al totale dei professionisti di area sanitaria ed amministrativa interessati	RPC e Direzione Generale
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	Attivazione informatizzato delle dichiarazioni	flusso delle + 10% Controlli a campione	+20% Controlli a campione

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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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](http://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 2021 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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 preconstituito 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 2021 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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 2021, 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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 inconfiribilità 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. Altresì con deliberazione del Direttore Generale n. 1805 del 10 dicembre 2021 è stato recepito il Regolamento degli incarichi della Dirigenza Area Sanità.**

### 23. Responsabile R.A.S.A.

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Nomina RASA	attuata	Si/No	RPCT e Direzione
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 n. 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 trasmesse allo UIF rispetto a quelle ricevute	Gestore delle segnalazioni e RPCT
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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)	Misura attuata	% monitoraggi	Referente AGT
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	monitoraggio segnalazioni rendicontazione e	monitoraggio segnalazioni rendicontazione e	monitoraggio segnalazioni rendicontazione e

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 2021 non risultano pervenute segnalazioni di illeciti da parte del personale aziendale.**

## 27. Formazione del personale

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Formazione e sensibilizzazione	attuata	Eventi formativi (almeno 1 evento all'anno)	RPCT - S.S. Formazione
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 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 smi.

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 2021 è stata avviata un'intensa attività formativa per tutto il personale aziendale, in materia di Anticorruzione e Trasparenza Amministrativa, erogata nella modalità e-Learning. Nel corso del triennio 2022-2024 sarà garantita la prosecuzione delle attività di sensibilizzazione e formazione dei dipendenti per aree tematiche.**

## 28. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Azioni di sensibilizzazione	Misura attuata	Numero eventi almeno 1 /anno	RPCT
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	Programmazione eventi	Programmazione eventi	Programmazione eventi

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:

- 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
- 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.
- 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
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 2021 sono state controllate a campione alcune procedure di gara rilevando le sottoscrizioni dei patti di integrità e senza registrare alcuna criticità.**

### 30. Sponsorizzazioni

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Sponsorizzazioni	attuata	Adozione regolamento	RPCT - Direzione
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 2022-2024. Durante la fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2021 non sono emerse criticità.**

### 31. Attività conseguenti al decesso

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
<b>Attività conseguenti al decesso</b>	attuata	Presenza affissione elenchi ditte	RPC - Direzioni PP.OO.
<b>Programmazione triennale</b>	2022	2023	2024
	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 di mitigazione in essere 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	Misura da attuare	Adozione Regolamento (si)	RPCT - Direzione Generale
<b>Programmazione triennale</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
	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 adottare un Regolamento sulle donazioni e liberalità entro il primo semestre 2022.**

### 33. Gestione ALPI e Liste di attesa

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
ALPI e liste di attesa	Misura attuata	% controlli - verifica delle reportistiche provenienti dalle strutture aziendali, sui volumi di attività istituzionale e in libera professione	Direzione Sanitaria
<b>Programmazione triennale</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
	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
<b>Regolamentazione attività di informazione scientifica</b>	Misura da attuare	Monitoraggio applicazione Regolamento (si)	RPCT - Direzione Sanitaria
<b>Programmazione triennale</b>	<b>2022</b>	<b>2023</b>	<b>2024</b>
	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. Emergenza epidemiologica

Con il perdurare dell'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 nazionali e regionali. 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. Altresì, 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.

**L'emergenza sanitaria ha messo in luce le criticità note del sistema sanitario mostrando da un lato, l'innegabile abnegazione in particolare del personale sanitario ma dall'altro lato ha evidenziato alcune lacune nella gestione del reclutamento del personale in considerazione dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali e la necessità di potenziare i servizi territoriali e tecnologici.**

### **36. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)**

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, **l'ASL di Foggia, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute"**. La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 113845 del 15 novembre 2021.

Di seguito i compiti del Dirigente designato:

- Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
- Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
- Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
- Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

### 37. 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 31/03/2022	Compilazione relazione annuale RPCT e pubblicazione sul sito internet istituzionale in formato xls	RPCT
Entro il 15/03/2022	Rilievi suggerimenti stakeholder per aggiornamento PTPCT	RPCT
Entro il 30/04/2022	Proposta e adozione dell'aggiornamento del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT – Direzione Generale
Entro il 31/03/2022	Attestazione assolvimento obblighi di pubblicazione ex DL 33/13 e pubblicazione griglia di rilevazione	RPCT - O.I.V.
Entro il 30/06/2022	<p>Programmazione formazione continua, tenendo presente una strutturazione su due livelli:</p> <p>- livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);</p> <p>- livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, ai referenti, ai</p>	RPCT – S.S. Formazione

	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.	
Entro il 15/07/2022	Monitoraggio semestrale I livello delle misure	Referenti RPCT
Entro il 15/01/2023	Monitoraggio II livello per la valutazione sull'applicazione delle misure da parte dei Referenti RPCT	RPCT

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:

<b>Tempi</b>	<b>Attività</b>	<b>Responsabile</b>
Entro giugno 2022	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 2022	Dichiarazioni pubbliche di interessi secondo modello Agenas	RPCT
Entro giugno 2022	Nomina gestore segnalazioni alla UIF e Regolamento per procedure antiriciclaggio	Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie - RPCT
Entro dicembre 2022	Regolamento su donazione e liberalità	Area Patrimonio - RPCT – Direzione Generale
Entro dicembre 2022	Regolamento gestione attività informazione scientifica	Area Farmaceutica territoriale ed Ospedaliera - RPCT –

		Direzione Generale
Entro dicembre 2022	Monitoraggio I e II livello sull'applicazione delle misure di mitigazione dei rischi corruttivi, tramite piattaforma web dedicata	RPCT – Tutti i Referenti

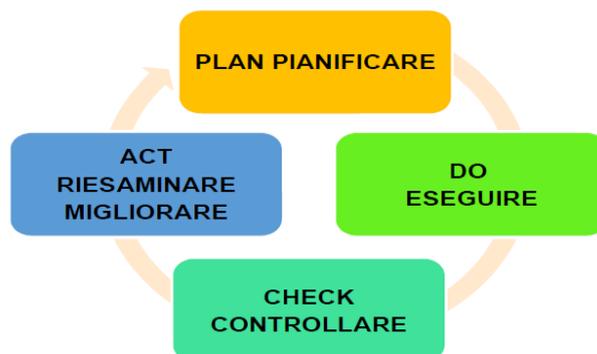
### 38. Riesame periodico

Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate.

Il monitoraggio è un'attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso.

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il **riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio corruttivo"**, al fine di integrare ulteriori misure di mitigazione del rischio corruttivo o eliminare alcune misure risultate inefficaci nel contesto specifico.

Si applica il c.d. "ciclo di *Deming*", ossia il ciclo di PDCA (plan-do-check-act), un modello studiato per il miglioramento continuo dei processi e l'utilizzo ottimale delle risorse, che si articola nelle seguenti macro-fasi in sequenza:



## SEZIONE III

### 39. 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.

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 Piano, 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”**.

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 2022-2024 nell'ambito della Trasparenza dell'attività amministrativa e dell'integrità dell'ASL di Foggia:

- a) **Informatizzazione totale dei flussi di comunicazione interna** per il completo assolvimento degli obblighi di trasparenza;
- b) **Audit interni** periodici;
- c) **Pubblicazione dei dati ulteriori** con la collaborazione dei portatori di interesse esterni;
- d) **Aggiornamento continuo** dei dati pubblicati;
- e) Pubblicazione degli standard di **qualità dei servizi**;
- f) Miglioramento delle misure di **monitoraggio e di vigilanza** sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- g) Attestazione dell'assolvimento degli **obblighi sulla trasparenza**, ai sensi dell'art. 14, c. 4, lett. g), del d.lgs. n. 150/2009;
- h) 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;
- i) Ridefinizione dei **flussi informativi tra i Responsabili della trasmissione** ed il **Responsabile della pubblicazione** delle informazioni sul sito web istituzionale;
- j) **Aggiornamento completo della sezione "Amministrazione Trasparente"**, ai sensi del Dlgs 97/2016.

#### 40. Trasparenza Amministrativa

L'accessibilità totale presuppone 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'ASL, 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, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 85 del 31 gennaio 2022.

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.

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 ha provveduto all'adozione del nuovo Regolamento sugli accessi agli atti con deliberazione del Direttore Generale n. 1190 del 27 luglio 2021.**

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 on-line) 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.

#### **41. Responsabili della comunicazione e della pubblicazione**

Tutti i Direttori, i Dirigenti e i Responsabili delle Strutture ed Unità Operative Aziendali sono individuati quali Responsabili per competenza 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 delle misure previste dal Piano.

**L'elenco aggiornato dei centri di responsabilità relativi alla comunicazione e pubblicazione dei dati in "Amministrazione Trasparente" è riportato nell' "allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione".**

Ciascuno dei predetti Responsabili, in qualità di Responsabili della comunicazione, ha 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 all'URP che provvederà alla successiva pubblicazione sul sito web nelle apposite sezioni dell'Amministrazione Trasparente.

La sezione obbligatoria di cui al D.lgs 33/2013, così come modificato dal Dlgs 97/2016, denominata "Amministrazione trasparente" è quella in cui sono 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 RPCT 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).

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

**Compete ai Dirigenti e ai Funzionari Responsabili delle Unità operative, così come individuati nell'allegato al presente Piano, denominato "allegato n.5 – Obblighi di pubblicazione e Responsabili della trasmissione", 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.**

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.

Allo scopo di aumentare il livello di trasparenza dei dati, delle informazioni e dei documenti, facilitandone la reperibilità e l'uso, il RPCT 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"*.

Nel corso del triennio 2022-2024 è prevista la pubblicazione dei seguenti **"dati ulteriori"** dell'Amministrazione Trasparente del sito internet istituzionale, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- **i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio**, ai sensi della legge n. 24/2017;
- **i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche** di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- **dati relativi al censimento delle autovetture di servizio**, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014;
- Link, nella sezione **"Dati sui pagamenti del SSN"**, alla Banca Dati nazionale "Soldi pubblici" raggiungibile all'indirizzo <http://soldipubblici.gov.it/it/home>.

## 42. 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 n.4 – Relazione annuale del RPCT**) la Relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione con riferimento all'anno 2021.

## 43. 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.

## 44. Entrata in vigore

Il presente Piano triennale di prevenzione della corruzione 2022–2024 entra in vigore il giorno successivo alla deliberazione del provvedimento di adozione con la pubblicazione sul sito internet istituzionale nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

#### **45. Allegati**

- **allegato n.1 – Analisi e trattamento 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 2022-2024**
- **allegato n.7 – Piano pluriennale della rotazione del personale 2022-2024**