



**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **764**

DATA: **01/04/2021**

OGGETTO: **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Avv.to Stefano Rossi in qualità di Direttore Generale nominato con deliberazione di Giunta Regionale n. 1507 del 04/09/2018

Con il parere favorevole del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

Con il parere favorevole del Dott. Andrea Chiari - Direttore Amministrativo

Su proposta della struttura: Servizio Socio Sanitario

Estensore: Giuseppe Pesare

Istruttore: Giuseppe Pesare

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.:

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.: VITO GIOVANNETTI

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-914-2021**

DATA: **31/03/2021**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

Documento

Impronta Hash

MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE

04E9401A27978A7FEBA50955A06D81980E2A079A16

70BD89D8CD23532F96FEC9

**Piano Triennale della Prevenzione della
Corruzione e della Trasparenza 2021-2023**

**09DD19D9C4A516E40610432442D13CC8B758005FA3
FA49E377AF8C643ED5931C**

L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente, è conservato a cura dell'Ente produttore secondo normativa vigente.

Il contenuto del provvedimento indicato nel presente frontespizio deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE
(nominato con deliberazione di Giunta Regionale n.1507 del 04/09/2018)

OGGETTO: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023

IL DIRETTORE GENERALE

sulla base della seguente proposta predisposta dal Dirigente apicale della struttura proponente che ne attesta la regolarità della istruttoria ed il rispetto della legalità

VISTI

il Decreto Legislativo n. 165/2001;

la Legge n. 116/2009;

la Legge n. 190/2012;

il Decreto Legislativo n. 235/2012;

il Decreto Legislativo n. 33/2013; il Decreto Legislativo n. 39/2013;

il Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013;

la Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013; la Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2013; il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16.01.2013;

il Piano Nazionale Anticorruzione 2016-2018, approvato con Deliberazione ANAC n. 831 del 03.08.2016, e i successivi aggiornamenti;

il Piano Nazionale Anticorruzione 2019-2021, approvato con Deliberazione ANAC n. 1064 del 13.11.2019; il Decreto Legislativo n. 97/2016;

le Intese in sede di Conferenza Unificata di cui all'art. 8, comma 1, del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che – ai sensi della Legge n. 190/2012 – definiscono (anche per le AA.SS.LL.) gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, anche con riguardo alla definizione, da parte di ciascuna amministrazione, del Piano triennale di prevenzione della corruzione, e, in particolare, l'intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della Legge n. 190/2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013);

PRESO ATTO

che, ai sensi dell'art. 1, comma 5, della Legge 190/2012, le pubbliche amministrazioni devono provvedere all'adozione di un Piano di prevenzione della corruzione che fornisca una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione e indichi gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio;

che, ai sensi dell'art. 1, comma 8, della Legge 190/2012, il Piano di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, comma 5, e i relativi aggiornamenti annuali, vengono adottati entro il 31 gennaio di ciascun anno;

che, come comunicato con nota del Presidente dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del 2 dicembre 2020, per il solo anno 2021 il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione ha differito al 31 marzo 2021 il termine di cui sopra, in ragione dell'emergenza sanitaria da Covid-19;

che, ai sensi dell'art. 1, comma 9, della Legge 190/2012, il Piano di prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, comma 5, deve rispondere alle seguenti esigenze:

- a) individuare le attività, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano Nazionale Anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti;
- b) prevedere, per tali attività, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- c) prevedere, con particolare riguardo alle stesse attività, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- d) definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- e) definire le modalità di monitoraggio dei 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;

che l'art. 10 del Decreto Legislativo n. 97/2016 ha modificato l'art. 10 del Decreto Legislativo n. 33/2013, abrogando l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità, nonché prevedendo che sia inserita un'apposita sezione nel Piano triennale per la prevenzione della corruzione, in cui ogni amministrazione indichi i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati richiesti dalla normativa;

che l'art. 10, comma 8, del Decreto Legislativo n. 33/2013 sancisce l'obbligo, per le amministrazioni pubbliche, di pubblicare il Piano triennale per la prevenzione della corruzione sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente";

DATO ATTO

che con Delibera n. 1279 del 30.10.2018 è stato nominato il Dott. Vito Giovannetti Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ai sensi della Legge n. 190/2012;

RITENUTO

di riconoscere e di fare proprie le finalità di prevenzione della corruzione Legge n. 190/2012 e dalla normativa vigente, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle funzioni istituzionali;

RILEVATA

la necessità, da parte dell'ASL Taranto, di adottare, entro il 31 marzo 2021, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2021-2023, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

D E L I B E R A

per tutti i motivi esposti in narrativa e che qui s'intendono richiamati per formarne parte integrante e sostanziale:

1. **di adottare** il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2021-2022-2023, allegato al presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale;
2. **di riconoscere** e di fare proprie le finalità di prevenzione della corruzione Legge n. 190/2012 e dalla normativa vigente, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle funzioni istituzionali;
3. **di stabilire** che tutti i dirigenti, dipendenti, collaboratori, convenzionati dell'Azienda sono tenuti a fornire ampia collaborazione e supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza al fine di mettere in atto quanto definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
4. **di dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
5. **di dare atto** che dal presente provvedimento non derivano oneri per l'Azienda;
6. **di pubblicare** il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - 2021- 2023 sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti – Prevenzione della corruzione";

7. **di dare mandato** al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di notificare il presente provvedimento a:

- Referenti della Trasparenza e Anticorruzione;
- Direttori e Dirigenti Responsabili delle macrostrutture e unità organizzative dell'Azienda;
- Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia;
- Organizzazioni Sindacali aziendali;
- Comitato Consultivo Misto dell'ASL Taranto;
- tutte le Associazioni provinciali rappresentate nel Consiglio Nazionale dei Consumatori;
- Comitato Unico di Garanzia;
- Organismo Indipendente di Valutazione;

8. **di dare mandato** ai Direttori e Dirigenti Responsabili delle macrostrutture e unità organizzative dell'Azienda di rendere massima divulgazione, nelle forme e modalità più opportune, del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021-2023 nelle strutture di appartenenza.

Il numero di registro e la data del presente provvedimento nonché i soggetti firmatari sono indicati nel frontespizio che, pertanto, deve essere stampato o registrato in uno con questo documento.



ASL Taranto

PugliaSalute

Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

2021-2023

Sommario

1. Premesse e processo di adozione	5
2. Normativa di riferimento.....	6
3. Strategia di prevenzione e obiettivi del P.T.P.C.T.....	8
4. L'emergenza sanitaria da Covid-19	10
5. Definizione di corruzione.....	11
6. Soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione.....	12
6.1 Il Direttore Generale.....	12
6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza	13
6.3 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione	16
6.4 I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza	17
6.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno	18
6.6 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari	18
6.7 Responsabile aziendale Protezione Dati (R.P.D.) – Data Protection Officer (D.P.O.).....	19
6.8 Tutti i dipendenti dell'Azienda	19
6.9 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.....	19
7. Strumenti di raccordo e coordinamento tra i Soggetti coinvolti nella Strategia di prevenzione	20
8. Processo di gestione del rischio	20
8.1 Mappatura processi.....	20
8.2 Aree di rischio.....	21
8.3 Metodologia utilizzata per la gestione del rischio.....	21
9. Analisi del contesto	22
9.1 Il contesto esterno.....	22
9.2 Il contesto interno	28
9.3 Conclusioni	30
10. Analisi dei rischi	31
10.1 Area Gestione del Personale	31
10.2 Struttura Complessa Assunzioni, Concorsi, Gestione Personale convenzionato e Piani d'Acquisto	33
10.3 Area Gestione Tecnica	35

10.4 Area Gestione del Patrimonio	41
10.5 Area Gestione Risorse Economico Finanziarie	47
10.6 Dipartimento di Prevenzione.....	48
10.7 Dipartimento di Salute Mentale	51
10.8 Dipartimento di Riabilitazione.....	52
10.9 Dipartimento Dipendenze Patologiche	52
10.10 Dipartimento Farmaceutico e Area Farmaceutica Territoriale	53
10.11 Area Socio Sanitaria.....	55
10.12 Distretti Socio-Sanitari.....	58
10.13 Presidi Ospedalieri.....	60
10.14 Struttura Burocratica Legale.....	61
10.15 Servizio Sistemi Informativi Telematici Aziendali	61
10.16 UVARP – Unità Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni	70
10.17 Struttura Affari Generali	70
10.18 Ufficio Recupero Crediti	70
10.19 Struttura Medicina Legale – Rischio Clinico	71
10.20 Struttura di Formazione Aziendale.....	72
10.21 Ufficio Gestione Liste d’Attesa Cup	72
11. Monitoraggio sull’attuazione delle misure.....	73
12. Misure di prevenzione previste	74
12.1 Tracciabilità dei procedimenti e tempi procedurali	74
12.2 Codici di comportamento	75
12.3 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione	75
Per tutti i settori, inoltre, si deve tenere nel giusto conto l’imprevedibilità degli esiti del confronto sindacale, cui devono essere sottoposte le misure riguardanti la rotazione.....	76
12.4 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse	79
12.5 Svolgimento di incarichi d’ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali.....	80
12.6 Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo	80
12.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (<i>pantouflage - revolving doors</i>).....	81
12.8 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	82

12.9 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower).....	84
12.10 Controlli sull'attività libero professionale	87
12.11 La formazione	87
12. Trasparenza	88
12.1 Referenti per la trasparenza e adempimento degli obblighi di pubblicazione.....	89
12.2 Descrizione del processo di coinvolgimento degli stakeholders	90
12.3 Rispetto della privacy nelle pubblicazioni sul sito istituzionale ASL Taranto	91
12.4 Organo Indipendente di Valutazione (OIV) in materia di trasparenza	91
12.5 Trasparenza ed accesso	92
12.6 Accesso Civico.....	93
13. Monitoraggio anticorruzione	97
13.1 Modalità di svolgimento del monitoraggio. Le relazioni dei dirigenti.....	98
13.2 Modalità di svolgimento del monitoraggio. L'attività del RPCT	99
13.3 Modalità di svolgimento del monitoraggio. La relazione finale del RPCT	101
14. Disposizioni finali	101

1. Premesse e processo di adozione

In attuazione della Convenzione dell'ONU contro la corruzione, ratificata dallo Stato italiano con Legge n. 116 del 3/8/2009, è stata adottata la Legge n. 190 del 6.11.2012 "*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*" che ha introdotto numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo ed ha individuato i soggetti preposti a mettere in atto iniziative in materia. La normativa prevede la predisposizione di un piano nazionale anticorruzione, attraverso il quale siano individuate le strategie prioritarie per la prevenzione e il contrasto della corruzione nella pubblica amministrazione a livello nazionale e nell'ambito del quale debbono essere previste le linee guida cui ciascuna pubblica amministrazione deve attenersi nell'adottare il proprio piano triennale di prevenzione della corruzione.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (P.T.P.C.T.) deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni, in base all'art. 1, co.8, legge n. 190/2012, entro il 31 gennaio di ogni anno. Tuttavia, tenuto conto dell'emergenza sanitaria da Covid-19, il Consiglio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione nella seduta del 2 dicembre 2020 ha ritenuto opportuno differire al 31 marzo 2021 la predisposizione e la pubblicazione della Piani Triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021-2023 (comunicato del Presidente dell'ANAC del 2 dicembre 2021).

Il presente Piano costituisce aggiornamento del piano triennale 2020-2022 adottato con deliberazione n. 297 del 31/01/2020, secondo le vigenti disposizioni normative ed in esso sono indicati i progetti e le iniziative che l'Azienda intende perseguire per il periodo 2021-2023.

Si precisa che il P.T.P.C.T. è un documento dinamico ed aperto ad aggiornamenti e sviluppi. I contenuti del presente Piano potranno perciò essere aggiornati e progressivamente rivisti, oltre che a fronte di mutamenti organizzativi o emergenti necessità, anche sulla base dell'esperienza e del monitoraggio, al fine di realizzare interventi organizzativi di prevenzione e contrasto alla corruzione e all'illegalità sempre realmente rispondenti alle esigenze aziendali. Tutte le articolazioni aziendali, nonché tutti gli *stakeholders* esterni, pertanto, sono invitati a proporre modifiche ed aggiornamenti del Piano in qualsiasi momento (le strutture aziendali possono proporre modifiche anche nell'ambito del monitoraggio periodico di cui al paragrafo 13 del presente Piano). Ciascuna proposta sarà valutata dal Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Si procede all'adozione del presente Piano con deliberazione del Direttore Generale, su proposta del dirigente Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

È prevista la diffusione del piano a tutte le strutture aziendali e la sua pubblicazione nel sito istituzionale a cura del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

2. Normativa di riferimento

- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019 “Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 “Approvazione definitiva dell’aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Allegato n. 2 alla delibera Anac n. 1074/2018 Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT);
- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 “Richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)”;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”;
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016”;
- Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art. 5 comma 2 del D.Lgs. 33/2013”;
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, determina ANAC n. 831 del 03/08/2016;
- D.Lgs. n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L.190 del 6/11/2012 e del D.Lgs. n. 33 del 14/03/2013”;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28/10/2015 “Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Determinazione ANAC n. 6 del 28/04/2015 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”;
- Deliberazione ANAC 149/2014 “Interpretazione D.Lgs39/2013 nel settore sanitario”;
- Delibera CIVIT n. 72/2013 “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della

legge 6 novembre 2012, n. 190;

- D.P.R. 18 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165”;
- D.Lgs. 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”;
- 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”;
- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del “Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n. 1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;
- Legge 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Legge 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999; - Schema di DPR recante: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, come sostituito dall’articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190”;
- D.L. 18-10-2012 n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” Art. 34-bis. “Autorità nazionale anticorruzione”;
- D.L 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- D.Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150 “Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle

pubbliche amministrazioni”;

- Legge 3 agosto 2009, n. 116 “Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell’Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell’ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale”;
- D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Codice Penale Italiano, articoli dal 318 a 322.

3. Strategia di prevenzione e obiettivi del P.T.P.C.T.

Il presente aggiornamento si pone in continuità con l’aggiornamento 2018 del PNA 2016 (Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018) e con il PNA 2019 (delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019) e nel rispetto dei contenuti e suggerimenti indicati nella determinazione ANAC n. 12/2015 con la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle aree di attività (intese come complessi settoriali di processi/procedimenti) al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio. Sono da tenere in considerazione i seguenti principi/obiettivi e individuare le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione. Ai fini di una migliore impostazione e realizzazione del processo di gestione cui si ispira, il presente Piano:

- mira a realizzare l’interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza;
- è parte integrante del processo decisionale e deve interessare tutti i livelli organizzativi;
- tende ad assicurare l’integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo della performance e i controlli interni;
- è un processo di miglioramento continuo e graduale;
- implica l’assunzione di responsabilità, in particolare per gli organi di indirizzo, i dirigenti e il RPCT;
- tiene conto dello specifico contesto interno/esterno;
- è trasparente e inclusivo e ispirato al criterio della prudenza;

- implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo;
- non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive.

Il P.T.P.C.T. è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento. Per evento si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente. Per gestione del rischio si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.

I principi fondamentali consigliati per una corretta gestione del rischio sono desunti dai Principi e linee guida UNI ISO 31000:2010. Inoltre, per definire le modalità di gestione del rischio, si fa riferimento al PNA 2019, e in particolare all'Allegato 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi".

La gestione del rischio:

- crea e protegge il valore;
- è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione;
- è parte del processo decisionale;
- tratta esplicitamente l'incertezza;
- è sistematica, strutturata e tempestiva;
- si basa sulle migliori informazioni disponibili;
- è "su misura";
- tiene conto dei fattori umani e culturali;
- è trasparente e inclusiva;
- è dinamica;
- favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione.

4. L'emergenza sanitaria da Covid-19

La pandemia globale da Covid-19 causata dal coronavirus SARS-CoV-2 ha messo a dura prova non solo il Servizio Sanitario Nazionale, ma l'intero sistema-paese, e ha caratterizzato in maniera importante, se non addirittura prevalente, anche l'attività dell'ASL Taranto.

L'emergenza sanitaria ha avuto un impatto sull'Azienda sul piano organizzativo, gestionale, dell'impiego delle risorse e su quello delle modalità di lavoro. Sotto questo profilo, si indicano alcuni degli elementi di maggior rilievo:

- la necessità di far fronte a ripetute impennate nella domanda di ricoveri intensivi, o comunque di natura complessa;
- l'organizzazione di specifiche aree e reparti per la cura del Covid e persino, nel corso della seconda e terza ondata, di interi presidi ospedalieri (in aggiunta al presidio "Moscati", già destinato interamente al Covid nel corso della prima ondata), con redistribuzione di personale in tali aree, diverse da quelle di assegnazione e di ordinario impiego;
- la necessità di continuare comunque ad assicurare, con una nuova definizione delle priorità, le attività assistenziali ordinarie e quelle di supporto, secondo le disposizioni regionali in materia di assistenza sanitaria;
- l'adeguamento di ogni settore di lavoro alle prescrizioni regionali e nazionali per la prevenzione dal contagio;
- l'avvio di procedimenti urgentissimi per l'aggiudicazione di lavori e forniture collegati all'emergenza pandemica, anche facendo ricorso alle procedure semplificate introdotte dalla normativa nazionale proprio per far fronte all'emergenza sanitaria (c.d. 'Decreto Semplificazioni', Decreto-Legge 16 luglio 2020, n. 76, convertito poi in Legge 11.9.2020 n. 120);
- il coinvolgimento, fino dal primo avvio nel dicembre 2020, nell'attuazione del piano vaccinale nazionale, con un rilevante impegno in termini di risorse professionali, organizzative e materiali;
- la ridefinizione di moltissime procedure e protocolli sottoposti a continuo aggiornamento e revisione;
- l'erogazione della formazione da remoto, in particolare sul tema del Covid per gli operatori impegnati sul campo;
- l'attivazione del lavoro agile per parte dei dipendenti;

- la necessità di assumere, in tempi sovente ristretti, di figure professionali necessarie.

Le attività di controllo a livello di struttura e a livello trasversale sono proseguite, in modo riorganizzato per far fronte alle limitazioni nei contatti diretti tra operatori dovute allo smartworking. La continua revisione e aggiornamento di procedure e protocolli, nonostante le condizioni di urgenza nelle quali si svolge, rappresenta un elemento di rafforzamento dell'impianto dei controlli non episodico, ma strutturale.

Alcune di tali modifiche necessitano di essere approfondite anche sul piano degli aspetti di prevenzione dell'illegalità. In particolare:

- semplificazione delle procedure di affidamento di appalti e contratti;

- ricevimento di donazioni liberali da privati;

- gestione dei vaccini per il Covid: prevenzione di episodi di favoritismo, sottrazione o dispersione.

Il tema dei controlli sull'acquisizione di beni e servizi è messo in particolare evidenza anche dalla Corte dei Conti, in uno specifico documento approvato dalla Sezione per le Autonomie con deliberazione n. 18/SEZAUT/2020/INPR del 7.10.2020, che formula Linee di indirizzo per i controlli interni durante l'emergenza da Covid-19.

5. Definizione di corruzione

Il concetto di corruzione che viene individuato nella normativa anticorruzione ha un'accezione ampia: esso è comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività dell'amministrazione pubblica, si riscontri l'abuso, da parte di un soggetto, del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. In sintesi: assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa di condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Il concetto di corruzione, nella fattispecie, amplia i confini della definizione imponendo una rigorosa ed attenta applicazione delle procedure di verifica, in particolare all'interno delle Aziende Sanitarie Locali, la cui "mission" è prioritariamente la cura del malato e la tutela della sua dignità.

In altri termini, le situazioni rilevanti, nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione, e sulle quali si concentra il presente Piano, sono più ampie dello specifico reato di corruzione per come è delineato nell'ambito del Codice Penale (articoli 318, 319 e 319 ter Codice Penale) e comprendono l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione e le situazioni in cui venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione per l'uso a fini privati delle funzioni attribuite, ovvero l'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, sia che tale azione abbia successo sia nel caso in cui rimanga a livello di tentativo, anche a prescindere dalla rilevanza penale.

6. Soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione

Il PTPC si basa sul coinvolgimento e la piena consapevolezza dei soggetti interni circa gli obiettivi e le misure di prevenzione sia nella fase di individuazione, sia in quella di attuazione. Particolare attenzione va posta per assicurare la massima partecipazione e collaborazione dei Direttori e di tutto il personale coinvolto nella stesura del PTPC, al fine di garantire il contributo conoscitivo ed assicurare la responsabilità per gli atti compiuti a supporto degli organi di indirizzo.

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione nell'ambito dell'ASL Taranto sono:

- il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- i Referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari;
- il Responsabile aziendale Protezione Dati (Data Protection Officer);
- tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

6.1 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale:

- a) designa il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- b) adotta il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e i suoi aggiornamenti e ne dispone la pubblicazione nel sito aziendale e l'eventuale trasmissione ad autorità competenti ai sensi della normativa;

c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

6.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

Con deliberazione n. 1279 del 30/10/2018 è stato nominato, tramite selezione interna e secondo i requisiti soggettivi previsti dalla normativa, quale Responsabile della prevenzione della corruzione e Responsabile della Trasparenza per l'ASL Taranto, il Dott. Vito Giovannetti, Direttore dell'Area Socio-Sanitaria e Dirigente Responsabile dell'Ufficio Stampa e Social. La nomina è stata comunicata alla Autorità Nazionale Anticorruzione secondo le modalità previste dalla stessa. L'incarico di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha durata di tre anni, decorrente dalla data di pubblicazione della suddetta deliberazione. L'Azienda assicura al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza lo svolgimento di adeguati percorsi formativi e di aggiornamento. L'ASL Taranto assicura, altresì, al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, appropriate risorse umane, strumentali e finanziarie, nei limiti della disponibilità di bilancio. L'Azienda valuta inoltre ogni misura che possa supportare lo svolgimento delle attività organizzative, nel rispetto dell'invarianza finanziaria, in modo da garantire la massima indipendenza del ruolo, anche mediante la disponibilità di risorse adeguate. Le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza possono essergli revocate in ogni caso con provvedimento motivato da comunicarsi all'Autorità Nazionale Anticorruzione che, entro trenta giorni, può formulare una richiesta di riesame qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione.

Compiti in materia di prevenzione della corruzione

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- a) elabora la proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- b) definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- c) verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità, anche definendo e mettendo in atto adeguate attività di monitoraggio;
- d) propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;
- e) verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici

preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

f) individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, entro il 15 dicembre di ogni anno salvo diversa disposizione dell'ANAC, pubblica sul sito web dell'amministrazione una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmette al Direttore Generale. Riferisce inoltre sull'attività qualora lo ritenga opportuno e nei casi in cui il Direttore Generale lo richieda. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, riscontri dei fatti che possono presentare una rilevanza disciplinare, deve darne tempestiva informazione affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare. Nel caso in cui riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale. Qualora riscontri dei fatti che rappresentano notizia di reato, deve presentare denuncia alla competente Procura della Repubblica e deve darne tempestiva informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione. Ai sensi del D.Lgs. 39/2013, tenuto conto della delibera ANAC n. 149 del 22 dicembre 2014 "*Interpretazione e applicazione del decreto n. 39/2013 nel settore sanitario*", il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza verifica, anche attraverso le disposizioni del P.T.P.C.T., che nell'amministrazione siano rispettate le disposizioni definite di inconfiribilità e di incompatibilità di incarichi, da intendersi applicate, secondo quanto disposto dalla normativa. Ai sensi dell'art. 15 del D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza cura la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale. Ai fini dello svolgimento delle attività previste dall'art.15 del D.P.R.16 aprile 2013, n.62, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari e il Direttore dell'Area di Gestione delle Risorse Umane, operano in raccordo con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Responsabilità in materia di prevenzione della corruzione

I compiti attribuiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando ma anche in eligendo. In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

- di avere predisposto, prima della commissione del fatto, il piano di cui all'art. 1 comma 5 della legge n. 190/2012 e di aver osservato le prescrizioni di cui all'art. 1 commi 9 e 10 della

stessa legge;

- di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano.

La sanzione disciplinare a carico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza non può essere inferiore alla sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da un minimo di un mese ad un massimo di sei mesi. In caso di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione risponde ai sensi dell'articolo 21 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché, per omesso controllo, sul piano disciplinare. La mancata predisposizione del Piano e la mancata adozione delle procedure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio della corruzione, da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, costituiscono elementi di valutazione della responsabilità dirigenziale.

In ogni caso il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza non ha alcuna responsabilità relativamente ai reati penali commessi dai dipendenti (la responsabilità penale è sempre personale), purché sia in grado di dimostrare di aver avviato tutte le azioni preventive predisposte dal P.T.P.C.T. e di aver vigilato sull'effettiva predisposizione delle stesse da parte dei dirigenti e dei dipendenti.

Compiti in materia di trasparenza

La trasparenza, come previsto dalla normativa, costituisce una misura fondamentale e obbligatoria per il conseguimento degli obiettivi di prevenzione della corruzione e rappresenta una specifica sezione del PTPC (determinazione ANAC n. 12/2015 - D.Lgs. 97/2016).

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 il Responsabile della Trasparenza svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando alla Direzione Generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione. Il Responsabile indica le strutture responsabili dell'adempimento di pubblicazione, prevedendo momenti di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza ed eventuali ulteriori misure ed iniziative di promozione della trasparenza. Il Responsabile, inoltre, controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016.

Responsabilità in materia di trasparenza

Ai sensi dell'art. 46 D.Lgs. 33/2013, l'inadempimento agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente e il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'art. 5-bis dello stesso decreto, costituiscono elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale, eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'amministrazione e sono comunque valutati ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale dei responsabili. Il Responsabile, peraltro, non risponde dell'inadempimento degli obblighi di pubblicazione se prova che tale inadempimento è dipeso da causa a lui non imputabile.

6.3 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, individua quali Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i Direttori di Struttura Complessa ed i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale aziendali. È stata avviata, tuttavia, l'istituzione di una rete di referenti aziendali del RPCT, proposti dai dirigenti competenti, che sarà formalizzata con deliberazione del Direttore Generale entro il mese di maggio 2021.

I referenti, oltre alle figure sopra indicate, possono essere anche dirigenti in possesso di specifica professionalità o funzionari preposti ad uffici/competenze di particolari aree di rischio.

Compiti

I Referenti del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, al fine di assicurare, in modo diffuso e capillare, azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Azienda, cooperano con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza a definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione. I Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza concorrono inoltre con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione attraverso la mappatura dei processi, la definizione delle misure di prevenzione e l'attuazione e il monitoraggio delle stesse;
- assicurare, con particolare riguardo alle attività sopra individuate, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano anticorruzione,

relazionando con cadenza annuale circa l'attività svolta;

- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- 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 dipendenti dell'amministrazione;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

I referenti collaborano con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche:

- alla verifica dell'efficace attuazione del piano e della sua idoneità, attraverso le attività di monitoraggio periodico definite a livello aziendale, nonché a proporre la modifica dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni, ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- alla verifica ed effettiva attuazione della rotazione negli incarichi all'interno dei Servizi cui sono preposti per le attività nel cui ambito è più elevato il rischio di fenomeni corruttivi;
- ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamati ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- ad assicurare, in un contesto unitario, organico e coerente, la esatta e puntuale osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa.

6.4 I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza

Compiti

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;

- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione, d'accordo con i rispettivi Referenti del RPCT;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) osservano le misure contenute nel Piano;
- f) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, con diretta responsabilità in caso di omissione o incompletezza dei dati.

6.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno

L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno dell'Azienda:

- a. partecipano al processo di gestione del rischio;
- b. considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c. svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione e al settore della trasparenza circa l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione;
- d. verificano la coerenza tra gli obiettivi di performance, organizzativa e individuale, e l'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione;
- e. esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda.

6.6 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza e collabora con il RPCT all'aggiornamento del Codice di comportamento e alla redazione della Relazione annuale, fornendo i dati necessari.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari, inoltre, informa il RPCT dei procedimenti attinenti casi di corruzione e di illegalità in genere.

6.7 Responsabile aziendale Protezione Dati (R.P.D.) – Data Protection Officer (D.P.O.)

A seguito dell'entrata in vigore il 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 "*Relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ...*" viene adeguato il codice in materia di protezione dei dati personali. Viene tra l'altro prevista la figura del RPD che non deve coincidere con il RPCT come previsto dal PNA, dove è indicato il rapporto di collaborazione interna da costituirsi tra le due figure attinente i profili relativi alla protezione dei dati personali.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 1531 dell'11 giugno 2019 è stato conferito l'incarico di RPD all'Avv. Tullio Casamassima con decorrenza dal 16 giugno 2019.

6.8 Tutti i dipendenti dell'Azienda

Compiti

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio ed osservano le misure di prevenzione contenute nel P.T.P.C.T. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel Codice di comportamento, prestano la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e segnalano eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

Responsabilità

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda ed elencate nel P.T.P.C.T. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del comparto che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento aziendale). La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art.1, comma 14, L. 190/2012).

6.9 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T. e segnalano le situazioni di illecito. Anche il loro coinvolgimento è decisivo per la qualità del piano e

delle relative misure, così come un'ampia condivisione dell'obiettivo di fondo della lotta alla corruzione e dei valori che sono alla base del Codice di comportamento al quale devono comunque attenersi.

7. Strumenti di raccordo e coordinamento tra i Soggetti coinvolti nella Strategia di prevenzione

Il meccanismo normativo in tema di prevenzione degli illeciti e dei fenomeni corruttivi impone, come premesso, un pieno coinvolgimento di tutti i soggetti che gravitano nell'ambito dell'organizzazione aziendale: Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza; tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda. Ne deriva che lo scambio informativo e le azioni poste in essere devono attuarsi attraverso un sistema di circolo virtuoso sempre più focalizzato sulle specifiche caratteristiche organizzative dell'Azienda e con livelli di approfondimento sempre più affinati, in analogia ai processi di gestione del rischio clinico e di risk management.

Quindi, il modello operativo deve essere il seguente:

- 1) i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, anche in qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono preposti;
- 2) il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità e alle strategie volte a garantire la piena trasparenza dell'azione amministrativa;
- 3) tutti i dirigenti e dipendenti, ma anche i collaboratori a qualsiasi titolo con l'ASL, partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T., segnalano le situazioni di illecito e di conflitto di interessi.

8. Processo di gestione del rischio

8.1 Mappatura processi

Al fine di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera amministrazione, tenuto conto della dimensione organizzativa e delle risorse disponibili, nel presente Piano vengono individuate le aree di rischio che debbono essere presidiate più di altre mediante

l'implementazione di misure di prevenzione. A tal fine, per ciascuna area di rischio, sono indicate le misure di prevenzione poste in atto per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi. Tali misure sono state definite in seguito alla realizzazione di un'analisi di contesto esterno e interno e una mappatura di tutti i processi con il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture organizzative. È previsto che la mappatura sia oggetto di revisione annuale da parte di ciascun Responsabile. I contenuti costituiscono apposita documentazione che è il fondamento dell'analisi del rischio nell'ambito delle attività di prevenzione della corruzione.

8.2 Aree di rischio

Per rendere operative le strategie di prevenzione della corruzione, sono state individuate le aree di rischio maggiormente esposte al pericolo corruttivo all'interno della specifica realtà dell'Azienda Sanitaria. Le aree così individuate sono oggetto di monitoraggio al fine di valutare il grado di rischio presente in ciascun settore di interesse. L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'amministrazione che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione; tale individuazione è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'ente.

8.3 Metodologia utilizzata per la gestione del rischio

L'intero processo di gestione del rischio richiede la partecipazione e l'attivazione di meccanismi di consultazione, con il coinvolgimento dei dirigenti per le aree di rispettiva competenza. Le fasi principali seguite vengono descritte di seguito e sono:

- mappatura dei processi attuati dall'amministrazione; la mappatura consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase;
- valutazione del rischio per ciascun processo; l'attività di valutazione del rischio deve essere fatta per ciascun processo o fase di processo mappato. Per valutazione del rischio si intende il processo di identificazione, analisi, ponderazione del rischio;
- trattamento del rischio; la fase di trattamento del rischio consiste nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione per migliorare le prassi e renderle maggiormente trasparenti ed efficienti.

9. Analisi del contesto

Preliminare a una corretta analisi dei rischi è lo studio delle caratteristiche del contesto esterno in cui opera l'amministrazione, nonché di quello interno (caratteristiche organizzative dell'ASL).

9.1 Il contesto esterno

La ASL Taranto tutela la salute della popolazione di Taranto e dei Comuni della provincia, di seguito elencati. Il territorio di competenza comprende 29 Comuni e, nel complesso, al 1° gennaio 2020 una popolazione residente totale di 563.995 abitanti (dati Istat). Il Comune più popoloso è il capoluogo, dove risiede circa il 34% della popolazione (oltre 190mila abitanti); seguono Martina Franca (circa 50mila abitanti), Massafra, Grottaglie, Manduria e Ginosa, tutti con una popolazione superiore a 20mila abitanti. I Comuni con meno di 5mila abitanti sono in tutto cinque e in essi vi risiede meno del 3% della popolazione della provincia.

Taranto	Avetrana
Carosino	Castellaneta
Crispiano	Faggiano
Fragagnano	Ginosa
Grottaglie	Laterza
Leporano	Lizzano
Manduria	Martina Franca
Maruggio	Massafra
Monteiasi	Montemesola
Monteparano	Mottola
Palagianello	Palagiano

Pulsano	Roccaforzata
San Giorgio Ionico	San Marzano di San Giuseppe
Sava	Torricella
Statte	-

Di seguito si mostrano alcuni indicatori demografici che fotografano, nel dettaglio, la composizione anagrafica della popolazione.

TERRITORIO: CARATTERISTICHE E ORGANIZZAZIONE	ANNO	TARANTO	PUGLIA	ITALIA
Numero di Comuni	2020	29	257	7903
Superficie territoria le(Kmq)	2020	2.467,3	19.540,5	302.068,3
Densità anagrafica (ab.Per Kmq)	2020	228,6	202,3	197,4
Popolazione residente	2020	563.995	3.953.305	59.641.488
Numero di piccoli Comuni (<5000abitanti)	2020	5	85	5551
POPOLAZIONE: DINAMICA, STRUTTURA E MOBILITÀ	ANNO	TARANTO	PUGLIA	ITALIA
Variazione dellapopolazione residente 2018-2020 (%)	2020	-2,8	-2,3	-1,4

Popolazione residente 0-14 anni (%)	2020	12,8	12,8	12,3
Popolazione residente 15-64 anni (%)	2020	63,9	63,9	63,8
Popolazione residente over 65 (%)	2020	23,2	23,2	23,2

Nella provincia di Taranto la speranza di vita alla nascita è sostanzialmente in linea con quella di Puglia e Italia, sia per i maschi sia per le femmine. Le donne della provincia vivono in media 85,1 anni e, analogamente a quanto accade nel resto del territorio nazionale, risultano essere più longeve degli uomini, la cui aspettativa di vita è di 81,2 anni.

Per quanto riguarda il tasso di mortalità e le varie fasi della vita, emergono alcune peculiarità. Nella fascia di età giovanile (15-34 anni), la mortalità per incidenti stradali registra in media 1,5 decessi ogni diecimila abitanti, risultando superiore sia al dato regionale (1,1 decessi) che a quello nazionale (0,7 decessi). Il tasso di mortalità per tumore per la provincia registra 9,2 decessi ogni diecimila abitanti nella fascia d'età 20-64 anni, superiore alla media regionale e nazionale. Tra gli over 65, i decessi per demenza senile e malattie del sistema nervoso sono nella provincia pari a 25 per diecimila abitanti, meno frequenti delle medie pugliese e italiana. Il quadro generale rispecchia una popolazione tendenzialmente "anziana" che - si prospetta - possa necessitare di accedere più frequentemente ai servizi socio-sanitari per screening, cura e prestazioni, anche al di sopra della disponibilità delle agende di prenotazione, con possibili ripercussioni sulle liste d'attesa CUP e sul necessario coinvolgimento delle commissioni d'invalidità civile, il che rende maggiormente probabili episodi di corruzione.

Per quanto concerne il livello di istruzione e formazione, gli indicatori fotografano la realtà della provincia di Taranto non distante dalla media regionale ma in una decisa posizione di svantaggio nel contesto nazionale. I giovani che non lavorano e non studiano (15-29 anni) sono il 28,5%: più del dato nazionale (24,3%) ma meno del dato regionale (31,2%). I ragazzi della provincia che hanno terminato un percorso universitario rappresentano il 18%, in linea con la media regionale (18,8%) ma ben al di sotto del dato nazionale (24,4%). Le attività di formazione permanente risultano a livello locale meno diffuse rispetto alla media nazionale (6,5% vs 8,3%).

Particolare attenzione per le tematiche del lavoro, i cui indicatori denotano una situazione di criticità sociale e culturale che può portare a fenomeni di corruzione.

INDICATORE	TARANTO	PUGLIA	ITALIA
Tasso di mancata partecipazione al lavoro (17-74anni) %	33,6	30,9	19,7
Tasso di mancata partecipazione al lavoro giovanile (15-24 anni) %	59,2	59,6	47,6
Differenza di genere nel tasso di mancata partecipazione al lavoro %	23,6	13,0	7,0
Tasso di occupazione (20-64 anni) %	46,3	49,4	63,0
Differenza di genere nel tasso di occupazione (F-M) %	-37,1	-28,1	-19,8
Tasso di occupazione giovanile (15-29 anni) %	20,3	23,4	30,8
Tasso di disoccupazione (15-74 anni) %	16,8	16,1	10,6
Tasso di disoccupazione giovanile (15-29 anni) %	39,9	33,9	24,8

Il tasso di mancata partecipazione al lavoro per la provincia di Taranto è pari al 33,6%, vicino alla media regionale (30,9%) ma decisamente distante da quella nazionale (19,7%). Emerge che vi è un'ampia fetta di popolazione che resta esclusa dal mondo del lavoro e che spesso, scoraggiata, abbandona la ricerca attiva di occupazione, pur essendo disponibile. Il fenomeno riguarda soprattutto la componente femminile, con differenze di genere molto rilevanti nel confronto con il rispettivo dato regionale e, soprattutto, nazionale.

Il tasso di occupazione evidenzia che meno della metà della popolazione in età lavorativa è occupata (46,3%), percentuale notevolmente inferiore rispetto alla media nazionale del 63%. Anche in questo caso si registrano importanti differenze di genere a discapito delle donne e, più in generale, dei giovani, i quali risultando occupato solo il 20,3% nella fascia 15-29 anni.

Il benessere economico è indicativo dello stato di serenità della popolazione. Variazioni dello stesso, pertanto, possono determinare variazioni dell'incidenza di fenomeni di illegalità. Nella fattispecie, indicatori ISTAT relativi al benessere economico rivelano che le famiglie residenti nella provincia di Taranto possono disporre di un reddito lordo medio pari a 10.900 euro, in linea con il dato regionale ma inferiore a quello nazionale (14.223 euro). I pensionati percepiscono più frequentemente assegni di entità inferiore a 500 euro rispetto alla media nazionale. Emergono disuguaglianze anche nella remunerazione del lavoro dipendente, specie a svantaggio delle donne: differenze di genere marcate rispetto alla media regionale e nazionale.

A rafforzare il quadro, elementi quali provvedimenti di sfratto più frequenti e prestiti bancari che riportano un marcato rischio di entrare in sofferenza rispetto alla media nazionale e pugliese denotano uno stato di disagio economico maggiore.

Tra gli indicatori ISTAT riguardanti le relazioni sociali, i permessi di soggiorno degli stranieri nella provincia di Taranto interessano il 59% della popolazione straniera complessiva, quota che risulta inferiore al dato regionale (64,9%) e nazionale (72,2%).

Inoltre, in termini di partecipazione sociale e civile, la provincia tarantina mostra una diffusione delle istituzioni non profit pari a 42 unità ogni 10.000 abitanti, in linea con la Puglia (42,7%) ma inferiore a quella dell'Italia (56,7%). Le istituzioni del territorio si mostrano meno capaci di includere tra i propri amministratori particolari fasce della popolazione, quali donne e giovani, rispetto al contesto nazionale e gli amministratori locali con meno di 40 anni sono solo il 31,2% del totale.

Per quanto concerne la sicurezza, gli indicatori ISTAT relativi alle diverse forme di delittuosità mostrano la provincia di Taranto come un territorio per alcuni versi più sicuro rispetto sia alla realtà pugliese che alla situazione italiana nel complesso. Fa eccezione il tasso di omicidi, che rileva per la provincia 1,2 uccisioni all'anno ogni centomila abitanti: il dato, pari a quello regionale, è invece doppio rispetto alla media nazionale.

Localmente, il numero complessivo di reati denunciati in rapporto alla popolazione residente, è pari a 309,2 delitti all'anno per diecimila abitanti, inferiore sia rispetto al dato regionale (361,3) sia a quello nazionale (401,4). La minore frequenza di delitti denunciati comprende i reati violenti e i reati di criminalità diffusa.

Tra gli indicatori di “benessere” rientrano anche dati relativi alla qualità e sostenibilità ambientale, presenza di “attrazioni” artistiche fruibili, aree di interesse naturalistiche e parchi, questione inquinamento e accesso alle risorse energetiche. Emerge un quadro generale quantitativamente inferiore rispetto alla media nazionale:

	TARANTO	PUGLIA	ITALIA
Densità verde storico e parchi urbani di interesse pubblico (%)	0,2	0,7	1,9
Visitatori degli istituti statali di antichità e arte (Numero per Km ²)	34,8	38,4	182,9
Disponibilità di verde urbano (mq per abitanti)	13,5	9,7	31,7
Energia prodotta da fonti rinnovabili (%)	12,5	49,7	33,1

Nel quadro di un’analisi del contesto esterno, è importante fare un cenno anche alla qualità dei servizi pubblici offerti che denotano la qualità e la percezione che il cittadino ha del contesto urbano in cui vive. I dati fanno emergere un quadro simile a quello della Puglia nel complesso, ma distante da quello italiano. Il 9,8% dei bambini minori di 2 anni fruisce di servizi comunali scolastici (vs 12,6% Italia). In termini di accesso ai nosocomi, il 9,2% degli utenti preferisce rivolgersi a strutture sanitarie fuori regione nonostante la distanza territoriale, più spesso rispetto a quanto accade mediamente in Italia (7,1%).

Secondo l’indagine annuale condotta dal Sole 24 Ore sul tenore di vita generale 2020 Taranto si colloca al 96° posto tra i capoluoghi e al 47° posto per “giustizia e sicurezza”. Il trend è in fase di miglioramento rispetto ai dati analoghi del 2017 (73°), del 2018 (86°) e del 2019 (53°).

In particolare, per quanto riguarda alcune particolari tipologie di reato che possono rappresentare un ambiente più favorevole allo sviluppo di dinamiche corruttive, il 2019 ha registrato:

- ✓ 2.777,37 delitti denunciati ogni 100mila abitanti (in diminuzione rispetto all'anno precedente, quando i delitti denunciati sono risultati 2.946,3), facendo salire Taranto dal 43° al 36° posto per indice di criminalità;
- ✓ 3,3 denunce ogni 100mila abitanti per reati relativi a riciclaggio e impiego di denaro, in aumento rispetto agli 1,7 di un anno prima;
- ✓ 18,3 denunce ogni 100mila abitanti per reati di estorsione, in aumento rispetto ai 16,1 del 2019.

9.2 Il contesto interno

L'Azienda Sanitaria Locale di Taranto ha un'organizzazione complessa i cui servizi coprono una provincia costituita da 29 Comuni, cinque dei quali caratterizzati da una notevole estensione territoriale, organizzati in 6 distretti socio-sanitari.

L'organizzazione aziendale ASL Taranto si articola nelle funzioni di prevenzione, territoriale, ospedaliera e amministrativa-tecnico-logistica.

Oltre agli organi aziendali (Direzione Generale, Collegio Sindacale, Collegio di Direzione) e alla Direzione Strategica (composta dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario), le funzioni tecnico-amministrative sono assicurate dalle seguenti unità operative:

- ✓ Area Gestione Risorse Umane
- ✓ Area Gestione del Patrimonio
- ✓ Area Gestione Tecnica
- ✓ Area Gestione Risorse Economiche e Finanziarie
- ✓ Attività Legali e Affari Generali.

Lo svolgimento delle Funzioni Direzionali è supportato dagli Uffici di Staff.

La ASL Taranto adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe e affini o complementari che perseguono comuni finalità. I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale. I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.

La Funzione della Prevenzione organizza e promuove le attività di tutela della salute collettive e di prevenzione primaria, articolandosi nella seguente strutturazione:

- ✓ Servizio Igiene Sanità Pubblica
- ✓ SIAN - Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- ✓ SIAV AREA A - Sanità Animale
- ✓ SIAV AREA B - Igiene degli Alimenti di origine animale
- ✓ SIAV AREA C - Igiene degli Allevamenti e produzioni zootecniche
- ✓ SPESAL - Prevenzione e sicurezza dei luoghi di lavoro
- ✓ U.O.S. Direzione Amministrativa
- ✓ U.O.S.V.D. Educazione Salute

La Funzione Territoriale, organizzata attraverso i sei distretti di Ginosa, Massafra, Taranto, Martina Franca, Grottaglie e Manduria, si articola nelle seguenti attività assistenziali:

- ✓ Assistenza Primaria
- ✓ Assistenza Domiciliare
- ✓ Assistenza Specialistica
- ✓ Ambulatoriale Riabilitativa e Protesica
- ✓ Assistenza Farmaceutica
- ✓ Assistenza Consultoriale, Familiare, Pediatrica e Psicologica
- ✓ Assistenza alle Dipendenze Patologiche
- ✓ Assistenza alla Salute Mentale

e altri servizi che rispondono al bisogno locale.

L'Azienda opera mediante 127 presidi a gestione diretta e 106 strutture convenzionate. Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art.26, L. n. 833/1978 sono due e operano con 290 posti letto complessivi per assistenza residenziale e 50 posti letto per assistenza semi- residenziale. Attualmente, tutte le strutture convenzionate operanti sul territorio dell'Azienda sono accreditate.

Per quanto concerne la Medicina Generale, invece, nell'Azienda operano 462 medici di base e 79 pediatri.

La Funzione Ospedaliera garantisce il trattamento di condizioni patologiche che necessitano di interventi diagnostico-terapeutici di emergenza o di urgenza, patologie acute non gestibili in ambito ambulatoriale e/o domiciliare e condizioni patologiche di lunga durata che richiedono un trattamento diagnostico-terapeutico non erogabile in forma extra-ospedaliera.

Vi sono quattro Presidi Ospedalieri organizzati in Dipartimenti Funzionali:

- ✓ P.O. Centrale – Ospedale SS. Annunziata; Ospedale S.G. Moscati; Presidio San Marco di Grottaglie;
- ✓ P.O. Occidentale – Ospedale San Pio di Castellaneta
- ✓ P.O. Valle d'Itria – Ospedale di Martina Franca
- ✓ P.O. Orientale – Ospedale Giannuzzi di Manduria

L'ASL Taranto gestisce direttamente 877 posti letto per acuti e indirettamente, tramite le strutture accreditate, ulteriori 391 posti letto per acuti e 217 per ricoveri post-acuzie.

Le Risorse Umane in servizio nelle strutture operative a tempo determinato e indeterminato, alla data del 1° gennaio 2019, sono pari a 4.851 unità. Rispetto all'analisi di genere, il 65% del personale aziendale è costituito da donne. Tale percentuale sale al 69% tra il personale di comparto e scende al 47% tra il personale dirigenziale.

9.3 Conclusioni

L'analisi condotta ai fini dell'aggiornamento del presente Piano evidenzia un contesto esterno caratterizzato da alcuni elementi critici, dovuti per lo più all'estensione del territorio in cui opera ASL Taranto, alle caratteristiche socio-culturali del capoluogo nel quale si concentra un'ampia fetta di popolazione della provincia e a indicatori generali sociali, che registrano una qualità della vita abbastanza distante dalla media nazionale (tasso di disoccupazione elevato, differenze di genere, titoli di studi, mobilità passiva, bassa fruizione e disponibilità di "public utilities" di natura artistica e naturale). Tali elementi possono influire sul diffondersi di fenomeni corruttivi nella società.

Per quanto concerne l'ASL Taranto, il fatto che la maggior parte degli ambiti di attività dell'Azienda siano presidiati da norme di legge (nazionali e regionali) e da regolamenti che disciplinano i processi e riducono l'ambito di discrezionalità costituiscono elementi che riducono l'esposizione al rischio. Inoltre, la gestione informatizzata dei processi più importanti dell'Azienda - attraverso software e applicativi definiti - garantisce la tracciabilità delle operazioni e dei soggetti responsabili, anche sotto il profilo contabile e finanziario, ponendo un argine al rischio corruttivo.

10. Analisi dei rischi

Di seguito, si indicano, per ciascuna struttura, le attività dell'ASL che possono presentare particolare rischio di corruzione. Questa parte è stata elaborata sulla base delle attività descritte nel par. 8.

Per ciascun processo ad alto rischio di corruzione o illegalità sono indicati il responsabile o i responsabili, gli specifici rischi di corruzione, le misure da porre in essere e le modalità di verifica.

10.1 Area Gestione del Personale

a. Processo: conferimento di incarichi dirigenziali

Responsabili: Direttore Area Gestione del Personale; Dirigente Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale (relativamente alla verifica della sussistenza dei requisiti formali per il conferimento degli incarichi)

Rischio specifico: attribuzione di posizione non coerente con le funzioni svolte o con altri incarichi dirigenziali già attribuiti in Azienda; inosservanza di regole procedurali indicate dalla vigente normativa nazionale e regionale

Misure da porre in essere: valutazione del rispetto delle disposizioni contrattuali che disciplinano il percorso e dell'appropriatezza della richiesta in rapporto alle esigenze e agli assetti organizzativi aziendali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (progressioni economiche orizzontali)

Responsabile: Dirigente Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale

Rischio specifico: inosservanza delle regole procedurali previste dagli accordi integrativi aziendali con le organizzazioni sindacali

Misure da porre in essere: verifica della sussistenza dei requisiti formali per l'accesso; verifica sull'adempimento delle disposizioni degli accordi integrativi aziendali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: progressioni di carriera che derivano da accordi integrativi aziendali area comparto (incarichi di funzione)

Responsabile: Direttore Area Gestione del Personale; Dirigente Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale (relativamente alla verifica della sussistenza dei requisiti formali per il conferimento degli incarichi)

Rischio specifico: attribuzione di incarichi di funzione non coerenti con le funzioni svolte o con altri incarichi di funzione già attribuiti in Azienda

Misure da porre in essere: verifica della sussistenza dei requisiti formali per l'accesso; verifica sull'adempimento delle disposizioni degli accordi integrativi aziendali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: trasformazione del rapporto di lavoro da tempo pieno a tempo parziale
Responsabile: Direttore della struttura di appartenenza del dipendente; Dirigente Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale (relativamente al parere sul contingente numerico)

Rischio specifico: trasformazione del rapporto di lavoro in assenza del parere favorevole del Direttore della Struttura di appartenenza del dipendente

Misure da porre in essere: verifica della sussistenza del parere favorevole alla trasformazione del rapporto di lavoro del Direttore della Struttura di appartenenza del dipendente

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

e. Processo: concessione di benefici ai dipendenti (provvedimenti autorizzatori relativi allo stato giuridico del personale, concessione di permessi e aspettative)

Responsabile: Direttore della struttura di appartenenza del dipendente; Dirigente Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale

Rischio specifico: concessione di benefici al di fuori delle norme giuridiche di riferimento

Misure da porre in essere: accertamento e controllo dei requisiti per la concessione degli istituti; misure di contenimento dell'autonomia decisionale dell'istruttore; diffusione delle regole a tutti i dipendenti tramite il portale per il personale e gli altri strumenti di comunicazione interna

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

f. Processo: determinazione del trattamento economico in base al ruolo, alla qualifica e allo stato giuridico del personale afferente alle Strutture Centrali

Responsabile: Dirigente Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale

Rischio specifico: possibilità di effettuare registrazioni manuali nell'applicativo per la gestione stipendiale

Misure da porre in essere: controllo delle retribuzioni nette di tutti i dipendenti per la verifica della corrispondenza delle somme liquidate alle disposizioni contrattuali e ai provvedimenti di liquidazione di somme; soluzioni tecniche atte a impedire la possibilità di effettuare registrazioni manuali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.2 Struttura Complessa Assunzioni, Concorsi, Gestione Personale convenzionato e Piani d'Acquisto

a. Processo: concorsi pubblici, avvisi pubblici, assunzioni mediante procedure di mobilità e comandi

Responsabile: Direttore Struttura Complessa Assunzioni, Concorsi, Gestione Personale convenzionato e Piani d'Acquisto; membri delle commissioni concorsuali

Rischio specifico: inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione; abuso della discrezionalità da parte dei commissari al fine di favorire o sfavorire determinati candidati; comunicazione di informazioni riservate sulle tracce dei concorsi o comunque sullo svolgimento delle procedure

Misure da porre in essere: controllo sull'adempimento delle disposizioni di legge e regolamentari che disciplinano le procedure; attenzione alla qualificazione professionale della figura del segretario nelle procedure selettive; misure atte a garantire la massima trasparenza della pubblicazione del bando e di tutto quanto connesso ad esso; partecipazione del personale della Struttura Complessa Assunzioni, Controlli e Programmazione Acquisto e Controllo ricoveri e prestazioni alla formazione aziendale sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza

Modalità di verifica: puntuale monitoraggio da parte dei dirigenti interessati e del RPCT sull'effettivo rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari che disciplinano le procedure

b. Processo: autorizzazione incarichi occasionali esterni ex art. 53 D.Lgs. n. 165/2001
Responsabile: Direttore Struttura Complessa Assunzioni, Concorsi, Gestione Personale convenzionato e Piani d'Acquisto

Rischio specifico: mancata rilevazione di eventuali incompatibilità e conflitto di interessi ai fini della concessione

Misure da porre in essere: verifica sull'occasionalità dell'incarico e sul rispetto del limite importo consentito; controllo sulle dichiarazioni di assenza di incompatibilità e conflitto di interesse; partecipazione del personale della Struttura Complessa Assunzioni, Controlli e Programmazione Acquisto e Controllo ricoveri e prestazioni alla formazione aziendale sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: conferimento di incarichi fiduciari ex art. 15-septies D.Lgs. n. 502/1992
Responsabile: Direttore Struttura Complessa Assunzioni, Concorsi, Gestione Personale convenzionato e Piani d'Acquisto

Rischio specifico: inosservanza delle regole procedurali

Misure da porre in essere: verifica sui requisiti necessari per il conferimento dell'incarico; controllo sulla dichiarazione da parte del Direttore di Struttura sull'insussistenza di conflitti di interesse e situazioni di incompatibilità; controllo sul rispetto dei contingentamenti massimi previsti nei commi 1 e 2 art. 15-septies D.Lgs. 502/1992; pubblicazione dei relativi bandi nella sezione

“Amministrazione Trasparente” del sito web istituzionale

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: rapporti con strutture convenzionate

Responsabile: Direttore Struttura Complessa Assunzioni, Concorsi, Gestione Personale convenzionato e Piani d’Acquisto

Rischio specifico: definizione di accordi sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire specifici soggetti

Misure da porre in essere: controllo sul rispetto degli indirizzi regionali in materia, compreso lo schema contrattuale delineato dalla Regione; pubblicazione degli accordi contrattuali nella sezione Amministrazione Trasparente del sito web istituzionale

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.3 Area Gestione Tecnica

a. Processo: definizione oggetto affidamento di lavori e servizi manutentivi

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: utilizzo di tecniche finalizzate a restringere la platea dei possibili affidatari (in particolare indicando nel disciplinare prodotti che favoriscono una determinata impresa)

Misure da porre in essere: utilizzo di specifiche tecniche che derivano dal Listino Prezzi Ufficiale della Regione Puglia (o, in mancanza, da Listini Ufficiali di altre Regioni); in caso di redazione di nuovi prezzi, il progettista dovrà evitare, ove possibile, di indicare marca e modello o, diversamente, dovrà aggiungere la dizione “o similare”; in ogni caso, dovranno essere assenti voci di prezzo che possano determinare il prodotto di uno specifico fornitore

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento (compresi proroghe e rinnovi)

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischi specifici: elusione delle regole di evidenza pubblica; proroga opportunistica di contratti di fornitura per beni e servizi al fine di favorire specifici fornitori; ricorso ad artificiosi frazionamenti; tempi di risposta alle gare non adeguati alla complessità del capitolato per la fornitura di beni, servizi e lavori oggetto della gara

Misure da porre in essere: controllo sulla motivazione contenuta nella determina/delibera a contrarre (la motivazione deve essere sempre presente e deve riguardare sia la scelta della procedura, sia la scelta del sistema di affidamento adottato, ovvero la tipologia contrattuale); controllo sui tempi per la presentazione delle offerte (che devono rispettare i termini previsti dalla normativa e dovranno tenere conto della complessità dell'oggetto dell'affidamento e dell'eventuale necessità di eseguire sopralluoghi conoscitivi)

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: predisposizione di atti e documenti di gara, incluso il capitolato

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e personale dirigente e di comparto della stessa Area; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

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

Misure da porre in essere: formazione del personale dipendente impegnato nella redazione degli atti di gara, anche attraverso periodiche riunioni, volta a sensibilizzare lo stesso e ad informarlo circa i rischi connessi all'eventuale violazione delle norme in materia di anticorruzione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: definizione dei requisiti di qualificazione

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: definizione dei requisiti di accesso alla gara al fine di favorire determinati soggetti

Misure da porre in essere: controllo dei requisiti definiti per ciascuna procedura

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT, tenendo conto di quanto segue: per le procedure di affidamento di lavori i requisiti di capacità tecnica devono essere quelli definiti dalla normativa vigente, ovvero attestazione Società Organismi di Attestazione per importi e categorie definiti in fase di progettazione; per le procedure di affidamento di servizi di ingegneria di importo superiore alla soglia di rilevanza comunitaria i requisiti di capacità tecnica ed economica devono essere quelli definiti dalle Linee Guida n. 1 dell'ANAC; per le procedure di affidamento di servizi i requisiti devono rispettare le indicazioni del D.Lgs. n. 50/2016, tenendo conto della specificità e dell'entità del servizio

e. Processo: requisiti di aggiudicazione

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a favorire un'impresa

Misure da porre in essere: controllo sui criteri di valutazione definiti per ciascuna procedura; previsione del divieto che l'estensore del capitolato sia anche componente della relativa commissione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT, tenendo conto di quanto segue: per le procedure di affidamento di servizi di ingegneria i criteri di valutazione che la Commissione giudicatrice devono essere quelli previsti dalle Linee Guida dell'ANAC; per le procedure di affidamento di lavori e servizi i criteri per l'attribuzione dei punteggi relativi all'offerta tecnica devono essere finalizzati a valorizzare miglorie sul progetto esecutivo/organizzazione del servizio e non a valorizzare/selezionare l'organizzazione e le qualificazioni delle imprese partecipanti

f. Processo: nomina della commissione giudicatrice

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischi specifici: mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione; formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte; nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne; omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità

Misure da porre in essere: controllo sul rispetto delle prescrizioni di legge e delle linee guida ANAC relative alla nomina delle commissioni giudicatrici; individuazione dei componenti tra i professionisti interni dell'Amministrazione; sottoscrizione da parte dei componenti la commissione giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

g. Processo: valutazione delle offerte

Responsabili: Componenti della Commissione Giudicatrice; Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la Commissione Giudicatrice deve attenersi per la valutazione delle offerte

Misure da porre in essere: sottoscrizione da parte dei componenti della Commissione Giudicatrice di dichiarazione attestante l'insussistenza di motivi di inconferibilità e conflitto di interesse, anche potenziale

Modalità di verifica: controllo sulle dichiarazioni dei componenti della Commissione Giudicatrice da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

h. Processo: verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e personale dirigente e di comparto della stessa Area; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischi specifici: alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti e/o delle possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati; possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per danneggiare l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria

Misure da porre in essere: esecuzione della verifica dei requisiti da parte di una struttura composta da personale di comparto e dirigenziale che sottoscrive tutti gli atti in uscita e controlla congiuntamente gli atti in ingresso

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

i. Processo: effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni, le aggiudicazioni e la stipula del contratto

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e personale dirigente e di comparto della stessa Area; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari

Misure da porre in essere: controlli sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previste dal D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controllo, anche attraverso la compilazione di una check list, da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

j. Processo: affidamento diretto

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischi specifici: elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti di lavori pubblici sottosoglia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge; abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi previste dalla legge; induzione o richiesta opportunistica di acquisti in esclusiva o fuori gara d'acquisto senza una motivazione documentabile

Misure da porre in essere: limitazione dell'istituto dell'affidamento diretto e prevalente utilizzo di procedure ad evidenza pubblica/negoziata anche per le procedure sotto soglia; per i servizi di ingegneria con importo sotto soglia, si procede ad affidamento diretto previo sorteggio automatico eseguito su piattaforma EMpulia, escludendo dal sorteggio operatori economici già affidatari di altri incarichi

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

k. Processo: procedure negoziate

Responsabili: Direttore Area Gestione Tecnica e Responsabile Unico del Procedimento; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischi specifici: utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge; utilizzo della procedura negoziata senza che ne sussistano i presupposti; individuazione degli operatori economici da invitare alla procedura senza garantire il principio di rotazione

Misure da porre in essere: svolgimento di procedure negoziate esclusivamente su piattaforma telematica invitando alle stesse tutti gli operatori economici presenti in una data categoria merceologica, oppure selezionando gli operatori con criteri non discrezionali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

l. Processo: varianti in corso di esecuzione del contratto

Responsabili: Direttore dei lavori; Direttore Area Gestione Tecnica; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori

Misure da porre in essere: verifica della progettazione da parte di organismi di verifica, per i progetti di importo superiore a € 1.000.000, al fine di ridurre eventuali varianti per errori o omissioni progettuali; dichiarazione da parte del Direttore dei lavori, al momento di accettazione dell'incarico, sull'insussistenza di conflitti di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controllo da parte degli organismi di verifica; controllo sulla dichiarazione del

Direttore dei Lavori da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

m. Processo: controllo dell'esecuzione del contratto

Responsabili: personale tecnico interno ed esterno nominato dal Direttore dei Lavori; Direttore Area Gestione Tecnica; Dirigente Struttura Semplice Ingegneria Clinica (limitatamente alle procedure afferenti la Struttura Semplice Ingegneria Clinica)

Rischio specifico: agevolazione degli interessi dell'impresa appaltatrice nella contabilità dei lavori/servizi e forniture

Misure da porre in essere: dichiarazione da parte del Direttore dei lavori, al momento di accettazione dell'incarico, sull'insussistenza di conflitti di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controlli sulla dichiarazione del Direttore dei Lavori da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.4 Area Gestione del Patrimonio

a. Processo: definizione oggetto affidamento di lavori e servizi manutentivi Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: utilizzo di tecniche finalizzate a restringere la platea dei possibili affidatari (in particolare indicando nel disciplinare prodotti che favoriscono una determinata impresa)

Misure da porre in essere: utilizzo di specifiche tecniche che derivano dal Listino Prezzi Ufficiale della Regione Puglia (o, in mancanza, da Listini Ufficiali di altre Regioni); in caso di redazione di nuovi prezzi, il progettista dovrà evitare, ove possibile, di indicare marca e modello o, diversamente, dovrà aggiungere la dizione "o equivalente"; in ogni caso, dovranno essere assenti voci di prezzo che possano determinare il prodotto di uno specifico fornitore

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento (compresi proroghe rinnovi)

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischi specifici: elusione delle regole di evidenza pubblica; proroga opportunistica di contratti di fornitura per beni e servizi al fine di favorire specifici fornitori; ricorso ad artificiosi frazionamenti; tempi di risposta alle gare non adeguati alla complessità del capitolato per la fornitura di beni, servizi e lavori oggetto della gara

Misure da porre in essere: controllo sulla motivazione contenuta nella determina/delibera a contrarre (la motivazione deve essere sempre presente e deve riguardare sia la scelta della procedura, sia la scelta del sistema di affidamento adottato, ovvero la tipologia contrattuale); controllo sui tempi per la presentazione delle offerte (che devono rispettare i termini previsti dalla normativa e dovranno tenere conto della complessità dell'oggetto dell'affidamento e dell'eventuale necessità di eseguirsopralluoghi conoscitivi)

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: predisposizione di atti e documenti di gara, incluso il capitolato

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

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

Misure da porre in essere: formazione del personale dipendente impegnato nella redazione degli atti di gara, anche attraverso periodiche riunioni, volta a sensibilizzarlo stesso e ad informarlo circa i rischi connessi all'eventuale violazione delle norme in materia di anticorruzione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: definizione dei requisiti di qualificazione Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: definizione dei requisiti di accesso alla gara al fine di favorire determinati soggetti

Misure da porre in essere: controllo dei requisiti definiti per ciascuna procedura

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT, tenendo conto di quanto segue: per le procedure di affidamento di lavori i requisiti di capacità tecnica devono

essere quelli definiti dalla normativa vigente, ovvero attestazione Società Organismi di Attestazione per importi e categorie definiti in fase di progettazione; per le procedure di affidamento di servizi i requisiti devono rispettare le indicazioni del D.Lgs. n. 50/2016, tenendo conto della specificità e dell'entità del servizio

e. Processo: requisiti di aggiudicazione

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa finalizzato a favorire un'impresa

Misure da porre in essere: controllo sui criteri di valutazione definiti per ciascuna procedura; previsione del divieto che l'estensore del capitolato sia anche componente della relativa commissione

Modalità di verifica: controllo sui criteri da parte dei dirigenti interessati e del RPCT, tenendo conto che i criteri per l'attribuzione dei punteggi relativi all'offerta tecnica devono essere finalizzati a valorizzare miglie e sul progetto esecutivo/organizzazione del servizio e non a valorizzare/selezionare l'organizzazione e le qualificazioni delle imprese partecipanti

f. Processo: nomina della commissione giudicatrice

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischi specifici: mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione; formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte; nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne; omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità

Misure da porre in essere: controllo sul rispetto delle prescrizioni di legge e delle linee guida ANAC relative alla nomina delle commissioni giudicatrici; individuazione dei componenti tra i professionisti interni dell'Amministrazione; sottoscrizione da parte dei componenti la commissione giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

g. Processo: verifica dell'anomalia dell'offerta

Responsabili: Componenti della Commissione Giudicatrice; Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anomale

Misure da porre in essere: trasmissione dei dati al RPCT

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

h. Processo: valutazione delle offerte

Responsabili: Componenti della Commissione Giudicatrice; Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la Commissione Giudicatrice deve attenersi per la valutazione delle offerte

Misure da porre in essere: sottoscrizione da parte dei componenti della Commissione Giudicatrice di dichiarazione attestante l'insussistenza di motivi di inconferibilità e conflitto di interesse, anche potenziale

Modalità di verifica: controllo sulle dichiarazioni dei componenti della Commissione Giudicatrice da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

i. Processo: verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischi specifici: alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti e/o delle possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati; possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per danneggiare l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria

Misure da porre in essere: esecuzione della verifica dei requisiti da parte di una struttura composta da personale di comparto e dirigenziale che sottoscrive tutti gli atti in uscita e controlla congiuntamente gli atti in ingresso

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

j. Processo: effettuazione delle comunicazioni riguardanti le esclusioni, le aggiudicazioni e la stipula del contratto

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio e personale dirigente e di comparto della stessa Area

Rischio specifico: violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari

Misure da porre in essere: controlli sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previste dal D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controllo, anche attraverso la compilazione di una check list, da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

k. Processo: affidamento diretto

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischi specifici: elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti di lavori pubblici sottosoglia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge; abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi previste dalla legge per evitare gare di appalto; induzione o richiesta opportunistica di acquisti in esclusiva o fuori gara d'acquisto senza una motivazione documentabile

Misure da porre in essere: redazione di un regolamento in cui siano stabilite limitazioni all'istituto dell'affidamento diretto e il prevalente utilizzo di procedure ad evidenza pubblica/negoziate anche per le procedure sotto soglia

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

l. Processo: procedure negoziate

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischi specifici: utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge; utilizzo

della procedura negoziata senza che ne sussistano i presupposti; individuazione degli operatori economici da invitare alla procedura senza garantire il principio di rotazione

Misure da porre in essere: svolgimento di procedure negoziate esclusivamente su piattaforma telematica invitando alle stesse tutti gli operatori economici presenti in una data categoria merceologica, oppure selezionando gli operatori con criteri non discrezionali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

m. Processo: subappalto

Responsabili: Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischi specifici: accordo preventivo tra le ditte per l'esecuzione dei lavori o le forniture

Misure da porre in essere: previsione del divieto di subappalto per le ditte che partecipano alla gara

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

n. Processo: varianti in corso di esecuzione del contratto

Responsabili: Direttore dei lavori; Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori

Misure da porre in essere: verifica della progettazione da parte di organismi di verifica, per i progetti di importo superiore a € 1.000.000, al fine di ridurre eventuali varianti per errori o omissioni progettuali; dichiarazione da parte del Direttore dei lavori, al momento di accettazione dell'incarico, sull'insussistenza di conflitti di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controllo da parte degli organismi di verifica; controllo sulla dichiarazione del Direttore dei Lavori da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

o. Processo: controllo dell'esecuzione del contratto

Responsabili: personale tecnico interno ed esterno nominato dal Direttore dei Lavori; Direttore Area Gestione del Patrimonio

Rischio specifico: agevolazione degli interessi dell'impresa appaltatrice nella contabilità dei lavori/servizi e forniture

Misure da porre in essere: dichiarazione da parte del Direttore dei lavori, al momento di accettazione dell'incarico, sull'insussistenza di conflitti di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controlli sulla dichiarazione del Direttore dei Lavori da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.5 Area Gestione Risorse Economico Finanziarie

a. Processo: gestione autorizzazioni di bilancio

Responsabile: Direttore Area Gestione Risorse Economico Finanziarie

Rischio specifico: abuso di discrezionalità nella gestione di autorizzazioni di bilancio

Misure da porre in essere: trasmissione di documentazione sulle autorizzazioni di bilancio al RPCT

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: gestione delle uscite

Responsabile: Direttore Area Gestione Risorse Economico Finanziarie

Rischi specifici: approvazione o non approvazione della copertura finanziaria per spese non previste al fine di favorire o sfavorire soggetti esterni; erronea o falsata imputazione sui capitoli di spesa al fine del rilascio dell'attestazione della copertura finanziaria per favorire o sfavorire soggetti esterni; effettuazione dei pagamenti in assenza di documenti regolari o in assenza di requisiti di conformità/regolarità

Misure da porre in essere: trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.6 Dipartimento di Prevenzione

a. Processo: attività di vigilanza e controllo del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN): controllo ufficiale degli alimenti e delle bevande; dichiarazione di inizio attività delle imprese alimentari; vigilanza e controllo sulle acque destinate al consumo umano; sorveglianza e controlli sul commercio e utilizzo di prodotti fitosanitari; sorveglianza e indagini nei casi sospetti o accertati di infezioni, intossicazioni e tossinfezioni di origine alimentare; vigilanza e controlli in campo micologico; consulenza e formazione dell'ispettorato micologico; verifica di commestibilità di funghi freschi

Responsabili: Direttore del Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (SIAN); medici assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati

Rischi specifici: omissione dei controlli o alterazione delle procedure al fine di privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: attività di vigilanza e controllo del SIAV Area A, SIAV Area B, SIAV Area C: controlli sulla sanità animale, sull'igiene degli alimenti di origine animale, sull'igiene degli allevamenti e produzioni zootecniche

Responsabili: Direttore del SIAV Area A; Direttore del SIAV Area B; Direttore del SIAV Area C; medici e veterinari assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati Rischi specifici: omissione dei controlli o alterazione delle procedure al fine di privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: formulazione di pareri da parte del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) su lavoro uso fiamma a bordo nave, bonifica amianto, insediamenti produttivi, ecc.

Responsabili: Direttore del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL); medici assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati

Rischi specifici: alterazione delle valutazioni, delle evidenze di analisi o ricostruzioni infedeli o parziali di circostanze, al fine di formulare pareri volti a privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: inchieste a cura del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) su infortuni e malattie professionali su delega dell'autorità giudiziaria o su segnalazione, violazioni a seguito di infortunio (D.Lgs. 758/1994)

Responsabili: Direttore del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL); medici assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati

Rischi specifici: alterazione delle valutazioni, delle evidenze di analisi o ricostruzioni infedeli o parziali di circostanze, al fine di privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

e. Processo: sorveglianza sanitaria: ricorso avverso del medico competente; vigilanza sulla sorveglianza sanitaria

Responsabili: Direttore del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL); medici assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati

Rischi specifici: alterazione delle valutazioni, delle evidenze di analisi o ricostruzioni infedeli o

parziali di circostanze, al fine di privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

f. Processo: attività di vigilanza e controllo del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL) su altri comparti, industria, agricoltura ed edilizia

Responsabili: Direttore del Servizio Prevenzione e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (SPESAL); medici assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati

Rischi specifici: omissione dei controlli o alterazione delle procedure al fine di privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

g. Processo: attività di vigilanza del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP)

Responsabili: Dirigente Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Taranto; Dirigente Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Massafra; medici assegnatari; tecnici della prevenzione incaricati

Rischi specifici: omissione dei controlli o alterazione delle procedure, in particolare alterazione di valutazioni, di evidenze di analisi o ricostruzioni infedeli o parziali di circostanze, al fine di privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

h. Processo: rilascio di certificazioni medico legali

Responsabili: Dirigente Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Taranto; Dirigente Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Massafra; medici assegnatari

Rischi specifici: alterazione di valutazioni al fine di rilasciare certificazioni in modo da privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; rotazione degli operatori; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

i. Processo: accertamento di invalidità civile

Responsabile: Dirigente Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Taranto; Dirigente Responsabile del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) di Massafra; presidenti delle Commissioni Invalidità Civile; componenti delle Commissioni Invalidità Civile

Rischi specifici: alterazione di valutazioni al fine di riconoscere lo status di invalido civile in assenza di presupposti

Misure da porre in essere: recepimento della Deliberazione della Giunta Regionale n. 1387 del 02.08.2018; rotazione dei membri delle Commissioni Invalidità Civile; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.7 Dipartimento di Salute Mentale

a. Processo: programmazione e valutazione dei bisogni e delle attività

Responsabile: Direttore Dipartimento di Salute Mentale

Rischi specifici: abuso della discrezionalità nella programmazione dei bisogni di assistenza e nella

rendicontazione sull'appropriatezza d'uso delle risorse impiegate

Misure da porre in essere: trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.8 Dipartimento di Riabilitazione

a. Processo: inserimento in percorsi assistenziali

Responsabile: Direttore Dipartimento di Riabilitazione

Rischi specifici: abuso della discrezionalità nelle relazioni e valutazioni finalizzate alla concessione/inserimento in percorsi assistenziali

Misure da porre in essere: trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.9 Dipartimento Dipendenze Patologiche

a. Processo: inserimento in processi terapeutici

Responsabile: Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche

Rischio specifico: discrezionalità nell'individuazione delle tipologie di comunità terapeutiche e del relativo inserimento

Misure da porre in essere: valutazione dell'inserimento in comunità da parte di un'équipe multidisciplinare con almeno tre diversi profili professionali; individuazione di più livelli di responsabilità nell'inserimento in comunità (l'équipe multidisciplinare propone l'inserimento dell'utente in comunità terapeutica; il Referente per Ser.D.Territoriale concede il nulla osta; il Direttore del Dipartimento controfirma l'impegnativa di spesa); effettuazione di un monitoraggio della spesa sostenuta ai fini del rispetto del budget annualmente assegnato al Dipartimento per la relativa struttura

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: accertamento di assenza di dipendenza

Responsabile: Direttore Dipartimento Dipendenze Patologiche; Direttore e personale Ser.D.

Rischi specifici: alterazione di valutazioni al fine di rilasciare, in assenza di presupposti, certificati di assenza di dipendenza con validità medico legale

Misure da porre in essere: utilizzo della catena di custodia; rotazione dei soggetti preposti all'accertamento; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.10 Dipartimento Farmaceutico e Area Farmaceutica Territoriale

a. Processo: definizione di linee guida, protocolli, percorsi terapeutici mirati all'appropriatezza prescrittiva dei farmaci nelle patologie a più alto impatto epidemiologico/economico

Responsabile: Direttore Dipartimento Farmaceutico; Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Rischio specifico: predisposizione di indicazioni finalizzate ad avvantaggiare determinate case farmaceutiche

Misure da porre in essere: controlli tecnici da parte di personale terzo esperto sull'effettiva rispondenza ai criteri di appropriatezza prescrittiva dei documenti predisposti; monitoraggio continuo e costante delle prescrizioni mediante l'applicativo Edotto; monitoraggio sulla tendenza a prescrivere farmaci brand piuttosto che specialità equivalenti

Modalità di verifica: effettiva predisposizione e svolgimento dei controlli

b. Processo: accettazione mensile delle ricette SSN, verifica dei relativi documenti contabili e liquidazione della spesa farmaceutica convenzionata

Responsabile: Direttore Dipartimento Farmaceutico; Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Rischio specifico: anomalie in tipologie e quantità delle ricette SSN spedite dalle farmacie convenzionate

Misure da porre in essere: controlli tecnici da parte di apposita Commissione Tecnica sulle ricette SSN spedite dalle farmacie convenzionate; notifiche ufficiali ai farmacisti in caso di ricette PHT spedite in regime SSN, o prive di nota AIFA, o relative a farmaci la cui distribuzione è prevista dalla Farmacia Territoriale della ASL; notifiche ufficiali ai medici prescrittori nel caso di prescrizioni mediche a pazienti deceduti; addebito diretto al 50% tra il medico e il farmacista nel caso di ricette prive di nota AIFA; addebito diretto delle specialità in esubero nel caso di ricette SSN dematerializzate riportanti doppia fustella

Modalità di verifica: effettiva predisposizione e svolgimento dei controlli, delle notifiche e degli addebiti

c. Processo: attività connessa al funzionamento della Commissione ispettiva su farmacie pubbliche (comunali) e private, ospedaliere, esercizi di vicinato (parafarmacie) e depositi all'ingrosso di specialità medicinali e gas medicali

Responsabile: Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Rischio specifico: svolgimento non corretto e imparziale delle attività ispettive

Misure da porre in essere: rotazione tra i dirigenti farmacisti per lo svolgimento delle ispezioni a farmacie e depositi; relazioni periodiche sulle attività ispettive

Modalità di verifica: controllo sull'effettiva rotazione dei dirigenti farmacisti per lo svolgimento delle ispezioni da parte del RPCT, controlli su verbali e relazioni prodotte dalla Commissione ispettiva da parte del Direttore di Area e del RPCT

d. Processo: attività istruttoria in materia di farmacia, inclusi gli aspetti amministrativi (apertura e chiusura esercizio, gestione provvisoria ed ereditaria, trasferimento titolarità, trasferimento locali, ricette stranieri, cassa marittima e quant'altro previsto dalle normative vigenti)

Responsabile: Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Rischio specifico: svolgimento non corretto dell'attività istruttoria, al fine di non fare emergere eventuali irregolarità amministrative di determinati esercizi

Misure da porre in essere: controlli sull'attività istruttoria

Modalità di verifica: effettivo svolgimento dei controlli

e. Processo: vigilanza e controllo sulla corretta applicazione della Convenzione Nazionale in materia di assistenza farmaceutica e delle disposizioni regionali ed aziendali

Responsabile: Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Rischio specifico: svolgimento non corretto dell'attività di controllo, al fine di non fare emergere eventuali irregolarità

Misure da porre in essere: relazioni periodiche sull'attività di vigilanza

Modalità di verifica: controlli sulle relazioni prodotte in materia di vigilanza da parte del RPCT

f. Processo: distruzione di sostanze stupefacenti, psicotrope e veleni

Responsabile: Direttore Area Farmaceutica Territoriale

Rischio specifico: omessa distruzione dovuta di sostanze

Misure da porre in essere: registrazione di tutte le operazioni connesse alla distruzione, corretta redazione dei verbali di distruzione

Modalità di verifica: controlli sulla documentazione e sui verbali di distruzione da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.11 Area Socio Sanitaria

a. Processo: convenzionamento e gestione dei rapporti con soggetti privati convenzionati

Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischi specifici: svolgimento non corretto e imparziale delle attività di convenzionamento e gestione dei rapporti con soggetti privati convenzionati; mancata verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti per il convenzionamento al fine di agevolare determinate strutture esterne

Misure da porre in essere: controlli sul possesso dei requisiti per il convenzionamento; controlli sulle attività svolte dai soggetti privati convenzionati in sinergia con i Distretti Socio sanitari; controlli giornalieri sulle rendicontazioni fornite dalle strutture

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: programmazione della rete dell'offerta di prestazioni socio-sanitarie
Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischio specifico: programmazione e valutazione della rete dell'offerta incongruente rispetto alla domanda effettiva al fine di definire un fabbisogno di prestazioni in accreditamento non necessarie ovvero tetti di prestazioni e budget economici non coerenti

Misure da porre in essere: controlli sulla programmazione in relazione alla domanda

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: rilascio di autorizzazioni a soggetti erogatori

Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischio specifico: ritardi o accelerazioni nel rilascio delle autorizzazioni

Misure da porre in essere: controlli sui tempi di rilascio delle autorizzazioni

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: stipula di convenzioni e protocolli per l'erogazione di servizi sociosanitari

Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischio specifico: mancato controllo della documentazione o alterazione di valutazioni, di evidenze di analisi o ricostruzioni infedeli o parziali di circostanze, al fine di favorire in maniera indebita il soggetto convenzionato

Misure da porre in essere: controlli sull'attività istruttoria finalizzata alla stipula di convenzioni e

protocolli, anche trasmettendo, su richiesta, documenti procedurali al RPCT

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

e. Processo: pagamento di soggetti convenzionati

Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischi specifici: effettuazione dei pagamenti in assenza di documenti regolari o in assenza di requisiti di conformità/regolarità; pagamento di prestazioni non dovute o non ricevute; duplicazione di fatture pagate; liquidazione di fatture difformi

Misure da porre in essere: controlli sulle liquidazioni di fatture

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

f. Processo: controllo sull'esecuzione delle attività previste da convenzioni e protocolli

Responsabili: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischio specifico: mancato o parziale controllo sulle attività poste in essere al fine di agevolare soggetti specifici

Misure da porre in essere: alternanza dei funzionari deputati ai controlli; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controlli da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

g. Processo: erogazione Assegno di Cura

Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: alterazioni nella fase istruttoria finalizzate a concedere il beneficio a non aventi diritto; effettuazione dei pagamenti non dovuti

Misure da porre in essere: controlli, anche a campione, a campione sull'effettivo possesso dei

requisiti degli ammessi al beneficio

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.12 Distretti Socio-Sanitari

a. Processo: erogazione di prestazioni sanitarie

Responsabili: Dirigenti addetti al servizio o area di competenza e coordinatori infermieristici

Rischio specifico: abuso delle relazioni con gli utenti al fine di indirizzarli a strutture e/ostudi privati

Misure da porre in essere: monitoraggio delle prestazioni

Modalità di verifica: controlli sulle segnalazioni da parte dell'utenza, che dovranno essere trasmesse al RPCT

b. Processo: attività di sportello al pubblico

Responsabile: dirigenti e preposti agli uffici

Rischio specifico: utilizzo delle relazioni con l'utenza finalizzato all'indirizzo verso determinati professionisti

Misure da porre in essere: verifiche periodiche

Modalità di verifica: controlli sulle segnalazioni da parte dell'utenza, che dovranno essere trasmesse al RPCT

c. Processo: verifica delle esenzioni per reddito

Responsabile: Direttore del Distretto e addetti al procedimento

Rischio specifico: omissione dei controlli al fine di assicurare vantaggi indebiti

Misure da porre in essere: controllo sulla corretta esecuzione delle misure dettate dall'Ufficio istituito presso l'U.O. Affari Generali

Modalità di verifica: controlli periodici da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: attribuzione del diritto all'assistenza sanitaria

Responsabile: Direttore del Distretto e addetti al procedimento

Rischio specifico: rilascio di tessera sanitaria, codice STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) o codice ENI (Europei non in regola) in assenza di requisiti

Misure da porre in essere: controllo sulle procedure; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta; partecipazione degli operatori dei Distretti Socio Sanitari alla formazione aziendale sui temi della corruzione

Modalità di verifica: controlli da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

e. Processo: processo di valutazione Unità di Valutazione Multidimensionale

Responsabili: Direttore del Distretto; membri delle Unità di Valutazione Multidimensionale

Rischio specifico: alterazione di valutazioni in modo da privilegiare determinati soggetti, anche a causa di possibili conflitti di interesse dei membri delle Unità

Misure da porre in essere: dichiarazione di assenza di conflitto di interessi dei membri delle Unità di Valutazione Multidimensionale nel verbale di valutazione; rotazione dei membri delle Unità di Valutazione Multidimensionale; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controlli da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

f. Processo: gestione della raccolta e dello smaltimento dei rifiuti

Responsabile: coordinatori infermieristici e operatori addetti al servizio

Rischio specifico: mancanza di tracciabilità del ciclo dei rifiuti

Misure da porre in essere: incontri periodici con i coordinatori infermieristici e gli operatori addetti al servizio per il monitoraggio della raccolta e dello smaltimento dei rifiuti; redazione e approvazione di un protocollo per assicurare la corretta raccolta

Modalità di verifica: controllo sull'effettiva approvazione del protocollo e controlli periodici sull'effettiva messa in atto dello stesso da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.13 Presidi Ospedalieri

a. Processo: procedure di gare

Responsabile: Direttore Amministrativo dei Presidi Ospedalieri

Rischio specifico: utilizzo difforme dei criteri previsti dalla normativa al fine di avvantaggiare alcune imprese

Misure da porre in essere: controlli sull'esatta applicazione di tutte le regole per le gare telematiche; predisposizione di modelli di richiesta di acquisizione di beni che preveda la sottoscrizione tanto del medico richiedente quanto del Direttore Medico di Presidio, nonché dell'obbligo di motivazione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: affidamento diretto

Responsabili: Direttore Amministrativo dei Presidi Ospedalieri

Rischi specifici: elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per l'acquisizione sottosoglia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge; abuso nel ricorso agli affidamenti in economia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge

Misure da porre in essere: limitazione dell'istituto dell'affidamento diretto e prevalente utilizzo di procedure ad evidenza pubblica/negoziate anche per le procedure sottosoglia;

predisposizione di modelli di richiesta di acquisizione di beni che preveda la sottoscrizione tanto del medico richiedente quanto del Direttore Medico di Presidio, nonché dell'obbligo di motivazione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.14 Struttura Burocratica Legale

a. Processo: redazione di pareri interni

Responsabile: Direttore Struttura Burocratica Legale

Rischi specifici: redazione di pareri interni finalizzata a favorire gli interessi della controparte

Misure da porre in essere: responsabilità condivisa tra più soggetti afferenti alla Struttura nella redazione di pareri

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: rapporti con legale esterno

Responsabile: Direttore Struttura Burocratica Legale

Rischi specifici: mancato controllo delle attività effettivamente realizzate dal legale esterno al fine di favorire determinati interessi

Misure da porre in essere: controlli effettuati da più soggetti afferenti alla Struttura

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.15 Servizio Sistemi Informativi Telematici Aziendali

a. Processo: gestione contratti: istruttoria, nomina di Responsabile Unico di Procedimento e Direttore dell'Esecuzione del Contratto, acquisizione del CIG

Responsabile: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali

Rischi specifici: istruttoria e gestione operazione in modo distorto al fine di avvantaggiare determinati fornitori; perpetrazione di errori valutativi e di prassi; mancata gestione del conflitto di interessi; mantenimento di comportamenti non imparziali e trasparenti

Misure da porre in essere: atti di individuazione del Responsabile Unico di Procedimento con criterio di rotazione per gli appalti dei lavori

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: definizione oggetto affidamento

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischio specifico: utilizzo di tecniche finalizzate a restringere la platea dei possibili affidatari (in particolare indicando nel disciplinare prodotti che favoriscono una determinata impresa)

Misure da porre in essere: utilizzo di specifiche tecniche che derivano dal Listino Prezzi Ufficiale della Regione Puglia (o, in mancanza, da Listini Ufficiali di altre Regioni); in caso di redazione di nuovi prezzi, il progettista dovrà evitare, ove possibile, di indicare marca e modello o, diversamente, dovrà aggiungere la dizione "o similare"; in ogni caso, dovranno essere assenti voci di prezzo che possano determinare il prodotto di uno specifico fornitore

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

c. Processo: individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento (compresi proroghe rinnovi)

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: elusione delle regole di evidenza pubblica al fine di favorire specifici fornitori; abuso di disposizioni in materia di determinazione del valore stimato contratto al fine di eludere disposizioni su procedure

Misure da porre in essere: controllo sulla motivazione contenuta nella determina/delibera a contrarre (la motivazione deve essere sempre presente e deve riguardare sia la scelta della procedura, sia la scelta del sistema di affidamento adottato, ovvero la tipologia contrattuale)

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

d. Processo: predisposizione di atti e documenti di gara, incluso il capitolato

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti

Misure da porre in essere: formazione del personale dipendente impegnato nella redazione degli atti di gara, anche attraverso periodiche riunioni, volta a sensibilizzarlo stesso e ad informarlo circa i rischi connessi all'eventuale violazione delle norme in materia di anticorruzione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

e. Processo: definizione del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischio specifico: definizione dei requisiti di accesso alla gara al fine di favorire determinati soggetti

Misure da porre in essere: controllo dei requisiti definiti per ciascuna procedura

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

f. Processo: gestione delle sedute di gara e verifica dei requisiti di partecipazione

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischio specifico: applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito

Misure da porre in essere: controllo sui criteri di aggiudicazione definiti per ciascuna procedura

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

g. Processo: nomina della commissione giudicatrice

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: mancato rispetto delle disposizioni che regolano la nomina della commissione; formalizzazione della nomina prima della scadenza del termine di presentazione delle offerte; nomina di commissari esterni senza previa adeguata verifica dell'assenza di professionalità interne; omessa verifica dell'assenza di cause di conflitto di interessi o incompatibilità

Misure da porre in essere: controllo sul rispetto delle prescrizioni di legge e delle linee guida ANAC relative alla nomina delle commissioni giudicatrici; individuazione dei componenti tra i professionisti interni dell'Amministrazione; sottoscrizione da parte dei componenti la commissione giudicatrice di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse in relazione alla specifica procedura di gara con riferimento a tutte le ditte partecipanti

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

h. Processo: valutazione delle offerte

Responsabili: Componenti della Commissione Giudicatrice; Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischio specifico: mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la Commissione Giudicatrice deve attenersi per la valutazione delle offerte

Misure da porre in essere: sottoscrizione da parte dei componenti della Commissione Giudicatrice di dichiarazione attestante l'insussistenza di motivi di inconferibilità e conflitto di interesse, anche potenziale

Modalità di verifica: controllo sulle dichiarazioni dei componenti della Commissione Giudicatrice da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

i. Processo: effettuazione delle pubblicazioni delle comunicazioni riguardanti le esclusioni, le aggiudicazioni e la stipula del contratto

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile

Unico di Procedimento

Rischio specifico: violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari

Misure da porre in essere: controlli sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previste dal D.Lgs. n. 50/2016 e di pubblicazione previste dal D.Lgs. n. 33/2013

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

j. Processo: affidamento diretto

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge per gli affidamenti di lavori pubblici sottosoglia al di fuori delle ipotesi previste dalla legge; abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi previste dalla legge; induzione o richiesta opportunistica di acquisti in esclusiva o fuori gara d'acquisto senza una motivazione documentabile

Misure da porre in essere: limitazione dell'istituto dell'affidamento diretto e prevalente utilizzo di procedure ad evidenza pubblica/negoziate anche per le procedure sotto soglia; per i servizi di ingegneria con importo sotto soglia, si procede ad affidamento diretto previo sorteggio automatico eseguito su piattaforma EMPulia, escludendo dal sorteggio operatori economici già affidatari di altri incarichi

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

k. Processo: procedure negoziate

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge; utilizzo della procedura negoziata senza che ne sussistano i presupposti; individuazione degli operatori economici da invitare alla procedura senza garantire il principio di rotazione

Misure da porre in essere: svolgimento di procedure negoziate esclusivamente su piattaforma

telematica invitando alle stesse tutti gli operatori economici presenti in una data categoria merceologica, oppure selezionando gli operatori con criteri non discrezionali

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

l. Processo: valutazione di eventi straordinari, varianti in corso di esecuzione del contratto, penali, sospensione del contratto

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori; mancata applicazione di penali;

Misure da porre in essere: verifica della progettazione da parte di organismi di verifica, per i progetti di importo superiore a € 1.000.000, al fine di ridurre eventuali varianti per errori o omissioni progettuali; dichiarazione da parte del Direttore dei lavori, al momento di accettazione dell'incarico, sull'insussistenza di conflitti di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controllo da parte degli organismi di verifica; controllo sulla dichiarazione del Direttore dei Lavori da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

m. Processo: controllo dell'esecuzione del contratto

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischio specifico: mancata verifica e monitoraggio del contratto; agevolazione degli interessi dell'impresa appaltatrice nella contabilità dei lavori/servizi e forniture

Misure da porre in essere: dichiarazione da parte del Direttore dei lavori, al momento di accettazione dell'incarico, sull'insussistenza di conflitti di interessi ai sensi dell'art. 42 del D.Lgs. n. 50/2016

Modalità di verifica: controllo sulla dichiarazione del Direttore dei Lavori da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

n. Processo: gestione del ciclo di vita degli applicativi (SW): configurazione e profilazione utenti per rendere fruibile il SW

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali

Rischi specifici: diffusione di informazioni riservate; diffusione di dati sensibili; perdita dati sensibili/informazioni riservate; prevenzione di bug di sicurezza

Misure da porre in essere: monitoraggio della procedura di profilazione utenti per accesso agli applicativi software

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

o. Processo: gestione del ciclo di vita degli applicativi (SW): segnalazioni di difformità da capitolato e specifiche tecniche; relazioni e supporto al Direttore Esecuzione dei Lavori; manutenzione ordinaria e straordinaria; manutenzione evolutiva (variazioni contrattuali); monitoraggio performance applicativi, tempi e costi

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento; Direttore Esecuzione dei Lavori

Rischi specifici: mancate segnalazioni o segnalazioni inutili; fornitura/servizio non conforme a quanto richiesto; mancata collaborazione o trasmissione di informazioni richieste e dovute; mancata evidenza della corrispondenza tra elemento progettuale/prestazionale e il corrispondente criterio di valutazione; manutenzioni inutili o manutenzioni richieste che possono portare ad un upgrade tale da posizionare il SW in un nuovo mercato concorrenziale; produzione di documenti o risultati falsi nel monitoraggio

Misure da porre in essere: monitoraggio delle procedure relative alla pianificazione delle manutenzioni, anche di quelle evolutive, e della procedura relativa al ciclo di vita del software, e controllo sui relativi report di monitoraggio, anche con richiesta di documentazione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

p. Processo: gestione del ciclo di vita delle macchine (HW): configurazione e profilazione utenti per rendere fruibile l'HW; segnalazioni di difformità da capitolato e specifiche tecniche; relazioni e supporto al Direttore Esecuzione dei Lavori; Relazioni con Application Manager; manutenzione ordinaria e straordinaria e attività di backup e restore; manutenzione evolutiva e upgrade infrastrutturali (variazioni contrattuali); monitoraggio e controllo dei servizi IT e delle loro

infrastrutture di base e monitoraggio tempi e costi

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento; Direttore Esecuzione dei Lavori

Rischi specifici: diffusione di informazioni riservate; diffusione di dati sensibili; perdita dati sensibili/informazioni riservate; prevenzione di bug di sicurezza; mancate segnalazioni o segnalazioni inutili; fornitura/servizio non conforme a quanto richiesto; mancata collaborazione o trasmissione di informazioni richieste e dovute; mancata evidenza della corrispondenza tra elemento progettuale/prestazionale e il corrispondente criterio di valutazione; manutenzioni inutili o manutenzioni richieste che possono portare ad un upgrade tale da posizionare la macchina in un nuovo mercato concorrenziale; produzione di documenti o risultati falsi nel monitoraggio

Misure da porre in essere: monitoraggio del rispetto della procedura sulla gestione degli amministratori di sistema e delle procedure relative alla pianificazione delle manutenzioni, anche di quelle evolutive, e controllo sui relativi report di monitoraggio, anche con richiesta di documentazione; autorizzazioni firewall per la regolamentazione degli accessi in VPN

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

q. Processo: gestione dei progetti: programmazione delle attività e definizione del team di progetto

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali

Rischi specifici: istruttoria e gestione operazioni in modo distorto al fine di avvantaggiare determinati soggetti; errori valutativi e di prassi; mancata gestione del conflitto di interessi; comportamenti non imparziali e trasparenti

Misure da porre in essere: programmazione delle attività con l'individuazione di diverse aziende per gli appalti di forniture di beni e servizi; presenza nel gruppo tecnico di figure tecniche e professionali provenienti da aziende diverse e individuazione di referente tecnico; atti di individuazione del RUP con criterio di rotazione per gli appalti dei lavori

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

r. Processo: gestione dei progetti: avvio formale del progetto; pianificazione (suddivisione in fasi, assegnazione attività, tempi, effort, costi); esecuzione e monitoraggio degli stati di avanzamento; comunicazioni periodiche; chiusura del progetto

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento; Direttore Esecuzione dei Lavori

Rischi specifici: gestione deviata dei vari momenti contrattuali tesi ad avvantaggiare determinati fornitori; ritardo o mancato avvio del progetto; pagamento di prestazioni non dovute o non ricevute; duplicazione di fatture pagate; liquidazione di fatture difformi; elaborazione di false attestazioni; compromessa verifica di conformità delle prestazioni finali; fornitura/servizio non conforme a quanto richiesto (qualità e quantità); mancata evidenza della corrispondenza tra elemento progettuale/prestazionale e il corrispondente criterio di valutazione

Misure da porre in essere: monitoraggio dei tempi di avviamento delle gare; sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Responsabile Unico di Procedimento e Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di conflitti di interesse e cause di incompatibilità in relazione allo specifico oggetto della gara; monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del capitolato di gara

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

s. Processo: gestione dei collaudi

Responsabili: Dirigente Sistemi Informativi e Telematici Aziendali; Dirigente Analista; Responsabile Unico di Procedimento

Rischi specifici: istruttoria e gestione operazioni in modo distorto al fine di avvantaggiare determinati soggetti; errori valutativi e di prassi nella definizione delle specifiche di test; mancata gestione del conflitto di interessi nella definizione del piano di collaudo; comportamenti non imparziali e trasparenti; varianti oltre i limiti previsti; mancata applicazione di penali; gestione deviata dei vari momenti contrattuali tesi ad avvantaggiare determinati fornitori; ritardo o mancato avvio del test di collaudo; pagamento di prestazioni non dovute o non ricevute; duplicazione di fatture pagate; compromessa verifica di conformità delle prestazioni finali; servizio non conforme a quanto richiesto

Misure da porre in essere: definizione di una specifica procedura per verifica esecuzione dei contratti; approvazione del collaudo con procedimento amministrativo; liquidazione lavori / acquisti a seguito di collaudo positivo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.16 UVARP – Unità Valutazione Appropriately Ricoveri e Prestazioni

a. Processo: verifiche sull'appropriatezza delle prestazioni di ricovero delle strutture private accreditate

Responsabile: Dirigente Responsabile UVARP

Rischio specifico: svolgimento non corretto e imparziale delle attività di verifica

Misure da porre in essere: rotazione nello svolgimento delle attività di verifica; relazioni periodiche sulle attività di verifica, da trasmettere al RPCT

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.17 Struttura Affari Generali

a. Processo: protocollazione

Responsabile: Dirigente Responsabile Affari Generali e personale di comparto

Rischi specifici: accettazione di documenti pervenuti brevi manu oltre la scadenza prevista con retrodatazione della data di arrivo; irregolarità delle operazioni di protocollazione

Misure da porre in essere: sensibilizzazione del personale e partecipazione dello stesso ai corsi di formazione sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza; controllo sull'applicazione delle disposizioni aziendali sulla protocollazione; informatizzazione dei processi

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.18 Ufficio Recupero Crediti

a. Processo: trasmissione dei dati dei debitori per avvio della II fase (messa in mora) del recupero dei crediti da prestazioni sanitarie

Responsabile: personale dirigente dell'Ufficio Recupero Crediti

Rischio specifico: parziale trasmissione dei dati dei debitori sulla base di criteri opportunistici al fine di favorire soggetti particolari

Misure da porre in essere: sensibilizzazione del personale e partecipazione dello stesso ai corsi di formazione sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza; controllo sull'applicazione dei regolamenti e disposizioni aziendali sul recupero dei crediti; informatizzazione dei processi

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: recupero dei crediti da prestazioni sanitarie: istanze di giustificazione per penali per mancate disdette su avviso bonario

Responsabile: personale dirigente e personale di comparto dell'Ufficio Recupero Crediti

Rischio specifico: mancato rispetto delle disposizioni aziendali e apposita decorrenza dei termini per l'avverarsi della prescrizione

Misure da porre in essere: predisposizione di modelli per presentazione istanze; predisposizione di una checklist di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità previste dalle disposizioni aziendali; riunioni e verifiche periodiche sullo stato di avanzamento delle pratiche; sensibilizzazione del personale e partecipazione dello stesso ai corsi di formazione sui temi dell'anticorruzione e della trasparenza; controllo periodico sull'applicazione dei regolamenti e disposizioni aziendali sul recupero dei crediti

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.19 Struttura Medicina Legale – Rischio Clinico

a. Processo: rilascio certificazioni di medicina legale

Responsabile: Dirigente Responsabile della Struttura di Medicina Legale – Rischio Clinico

Rischio specifico: alterazione di valutazioni al fine di rilasciare certificazioni in modo da privilegiare determinati soggetti

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: gestione sinistri

Responsabile: Dirigente Responsabile della Struttura di Medicina Legale – Rischio Clinico

Rischio specifico: valutazione dei danni non corretta al fine di favorire soggetti specifici

Misure da porre in essere: coinvolgimento di tutti i soggetti competenti nella procedura; standardizzazione delle procedure; trasmissione di documentazione al RPCT su richiesta di quest'ultimo

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.20 Struttura di Formazione Aziendale

a. Processo: organizzazione di eventi formativi con presenza di ditte con interessi commerciali

Responsabile: Dirigente Responsabile della Struttura di Formazione Aziendale; Responsabile scientifico dell'evento

Rischio specifico: formazione tendenziosa in favore di determinati prodotti e ditte con interessi commerciali, anche sulla base di ricompense e sollecitazioni

Misure da porre in essere: previsione di limitazione o divieto di accreditare a cura del Provider ECM aziendale eventi formativi con presenza di sponsor; suddivisione dei compiti nell'ambito delle procedure di accreditamento, che non devono essere a carico di un solo dirigente/dipendente

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

10.21 Ufficio Gestione Liste d'Attesa Cup

a. Processo: gestione delle liste d'attesa

Responsabile: Dirigente Responsabile della Struttura Gestione Liste d'Attesa Cup

Rischio specifico: induzione all'accesso per prestazioni sanitarie in attività libero professionale a

seguito di incompleta o errata indicazione delle modalità e dei tempi di accesso alla fruizione delle analoghe prestazioni in regime di attività istituzionale

Misure da porre in essere: informatizzazione e pubblicazione delle agende di prenotazione; separazione dei percorsi interni di accesso alle prenotazioni tra attività istituzionale e attività libero professionale intramoenia

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

b. Processo: prenotazione visite ed esami

Responsabile: Dirigente Responsabile della Struttura Gestione Liste d'Attesa Cup; operatori Cup

Rischio specifico: favoritismi nella prenotazione

Misure da porre in essere: controllo sul corretto utilizzo del sistema informatizzato per le prenotazioni

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT

11. Monitoraggio sull'attuazione delle misure

Il ciclo di gestione del rischio si conclude e completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano e delle relative misure. Sono stati definiti in tal senso responsabilità, strumenti, indicatori e tempi di verifica di tale azione, intesa anche a consentire al RPCT di relazionare sui risultati a fine processo.

Partecipano a garantire l'attività di monitoraggio, oltre al RPCT, i Referenti, l'OIV, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, la Struttura Medicina Legale - Rischio Clinico. Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano e delle relative misure saranno attivati momenti di comunicazione così da realizzare un costante processo di monitoraggio, anche finalizzato al riallineamento ed eventuale aggiornamento delle misure previste.

La procedura definita a supporto del monitoraggio, descritta nel dettaglio nel par. 13, costituisce valido strumento di autovalutazione attraverso il quale i diversi soggetti interessati potranno vigilare sull'andamento e sullo stato di avanzamento delle varie fasi del ciclo di gestione del rischio, consentendo interventi di riallineamento anche in linea con le fasi previste dal sistema della performance.

Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali riportanti: i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari; i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva; i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'URP; i dati relativi alle eventuali segnalazioni di azioni discriminatorie nei confronti dei whistleblower.

12. Misure di prevenzione previste

Per il periodo di vigenza del presente PTPC, si prevede di mettere in atto le misure di prevenzione descritte nei sottoparagrafi seguenti.

12.1 Tracciabilità dei procedimenti e tempi procedurali

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, sono tenuti ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti rimessi alla propria competenza in attuazione di quanto previsto dalla normativa in tema di Amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.) mediante:

- a) la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, con conseguente individuazione degli ambiti di verifica degli atti amministrativi, al fine di consentire di monitorare lo "stato" di un atto, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;
- b) la semplificazione dei flussi documentali;
- c) la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;
- d) la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili.

La tracciabilità dei procedimenti è, altresì, misura ordinaria per garantire l'effettività degli interventi organizzativi previsti dal presente Piano.

L'adozione di misure atte ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti è oggetto di monitoraggio periodico.

I Responsabili di struttura individuano modalità per il costante monitoraggio del rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti previsti da leggi o regolamenti.

12.2 Codici di comportamento

L'Art. 54 comma 5 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall'art. 1 comma 44 della Legge 190/2012, ha assegnato al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti "al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico". A seguito di tale delega il Governo ha adottato il DPR n. 62/2013, entrato in vigore il 19.6.2013. L'ASL Taranto, in ossequio a quanto stabilito dal predetto comma 5 art. 54 del D.Lgs. 165/2001, dal comma 2 art. 1 del DPR 62/2013 e alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 358 del 29/03/2017, ha adottato il nuovo Codice di Comportamento Aziendale con deliberazione n. 199 del 31.01.2017. I Dipendenti dell'ASL sono stati portati a conoscenza del predetto Codice di Comportamento mediante pubblicazione nel sito aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente.

In relazione a quanto previsto dall'art. 22 del Codice di Comportamento Aziendale, l'ASL di Taranto, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, consegna e fa sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, copia del Codice di Comportamento.

12.3 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio dell'instaurarsi di relazioni particolari tra amministrazioni, utenti e soprattutto controparti contrattuali, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e il possibile ingenerarsi di aspettativa a risposte di favore, se non addirittura improntate a collusione o illegali. La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012 (rotazione ordinaria). La rotazione del personale è altresì prevista nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente. Infatti, l'art. 16, comma 1, lett. l quater, del D. Lgs. n. 165/2001 prevede che i dirigenti dispongano, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva (rotazione straordinaria).

Ferma restando l'importanza di questa misura di prevenzione, occorre tener conto dei condizionamenti nell'applicazione della rotazione, in particolare quello della cosiddetta infungibilità, derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto

conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento. Sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo. L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa.

In effetti, presso l'ASL Taranto si è registrata, e si continua a registrare, un'oggettiva difficoltà a rendere fungibili alcuni determinati incarichi, presupposto dell'applicazione della misura della rotazione, a causa di caratteristiche e problematiche che presenta l'amministrazione, alcune delle quali condivise con tutte le amministrazioni pubbliche sanitarie. Tra tali caratteristiche e problematiche, occorre citare almeno:

- carenza di personale e difficoltà di reclutare personale con determinati requisiti;
- specializzazione del personale dirigente del ruolo sanitario, che pertanto deve essere assegnato alle strutture necessariamente in funzione della propria disciplina di specializzazione, escludendo soluzioni di mobilità orizzontale;
- complessità di alcuni settori tecnici e amministrativi: la rotazione potrebbe vanificare il livello di esperienza e specializzazione raggiunto dal personale nel corso degli anni, e potrebbe di conseguenza dar luogo a rallentamenti, sospensioni di attività, irregolarità di atti, ecc.

Per tutti i settori, inoltre, si deve tenere nel giusto conto l'imprevedibilità degli esiti del confronto sindacale, cui devono essere sottoposte le misure riguardanti la rotazione.

Ad ogni modo, per superare i principali ostacoli alla rotazione, l'ASL Taranto cura la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne. L'obiettivo è garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel medio-lungo periodo, il processo di rotazione. In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Inoltre, viene privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare personale diverso.

È compito di ciascun Direttore e Dirigente Responsabile di Struttura programmare annualmente nel

dettaglio la formazione del personale, come sopra individuata. A ciascun Direttore e Dirigente Responsabile di Struttura il RPCT richiederà, entro il 31 dicembre di ogni anno, una relazione sulla formazione dei dipendenti all'interno di ciascuna struttura. Le informazioni sulla formazione all'interno delle strutture possono, altresì, essere acquisite nell'ambito del monitoraggio periodico.

La Deliberazione del Direttore Generale n. 157 del 01.02.2016 ha individuato delle strutture per cui gli incarichi di direzione devono ritenersi infungibili, dal momento che i dirigenti incaricati risultano essere gli unici dirigenti PTA dell'ASL Taranto in possesso dei requisiti previsti e delle competenze necessarie per ricoprire i rispettivi incarichi. Si tratta dell'Area Gestione Tecnica, dell'Area Socio Sanitaria e della Struttura Burocratico Legale. Al momento, solo per quest'ultima è da ritenersi del tutto superata la situazione di infungibilità.

Ad ogni modo, è volontà della direzione strategica dell'ASL Taranto superare la situazione che rende impossibile la rotazione anche per la direzione delle altre strutture citate, sia procedendo ad attività di formazione, sia prevedendo la possibilità della rotazione tra figure analoghe delle aziende sanitarie della Regione Puglia.

Si prevede, pertanto, anche per la direzione dell'Area Gestione Tecnica e dell'Area Socio Sanitaria, di procedere alla rotazione entro i tre anni di vigenza del presente Piano.

Nelle more della rotazione, tuttavia, sono definite e disposte le seguenti misure alternative alla rotazione:

- l'Area Gestione Tecnica e l'Area Socio Sanitaria predisporranno e adotteranno, nel corso dell'anno 2021, regolamenti in cui sarà sancita e dettagliata la distribuzione delle attività e delle sfere di responsabilità tra il Direttore della struttura e il personale assegnato alla stessa, nonché meccanismi di rotazione "funzionale" nell'ambito dello stesso ufficio (modifica periodica di compiti e responsabilità); in particolare, sarà sancito il divieto, per il Direttore di struttura, di ricoprire la carica di Responsabile Unico di Procedimento e la condivisione tra più funzionari della responsabilità delle fasi procedurali che presentano più alto rischio di corruzione;
- per quanto riguarda le procedure gestite dall'Area Gestione Tecnica che presentano particolare complessità e/o alto rischio di corruzione, al fine di accrescerne la trasparenza, si dispone l'inserimento e l'alimentazione di un'apposita sottosezione nella sottosezione "Altri contenuti – Dati ulteriori" della sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web istituzionale. È stata già disposta, ed è presente e consultabile sul sito, la sottosezione "Nuovo Ospedale San Cataldo", relativa alla progettazione e realizzazione del nuovo ospedale di Taranto. Analogamente, si introdurranno sottosezioni relative ad altre procedure.

Si può considerare possibile la rotazione dei dirigenti PTA con incarichi di direzione delle seguenti strutture:

- Area Gestione del Personale

- Struttura Complessa Concorsi, Assunzioni, Gestione Ruolo, Gestione Amministrativa Personale convenzionato e PAC
- Struttura Semplice Trattamento Giuridico, Economico e Previdenziale
- Ufficio ALPI
- Area Gestione del Patrimonio
- Area Gestione Risorse Economico Finanziarie
- Area Gestione Tecnica
- Area Socio Sanitaria
- Direzione Amministrativa dei Presidi Ospedalieri
- Struttura Burocratica Legale
- Sistemi Informativi e Telematici Aziendali
- Struttura Affari Generali
- Ufficio Recupero Crediti
- Controllo di Gestione
- Struttura di Comunicazione
- Struttura di Formazione Aziendale
- Ufficio Gestione Liste d'Attesa Cup

Si dispone, inoltre, la rotazione territoriale (mobilità orizzontale) tra i direttori dei n. 6 Distretti Socio-Sanitari e tra i direttori medici dei n. 4 Presidi Ospedalieri.

Per effetto della rotazione, tutti gli incarichi suindicati hanno durata triennale, e sono rinnovabili una sola volta (salve eventuali misure di rotazione straordinaria). In relazione agli incarichi, tra quelli sopra indicati, che allo stato attuale risultano aver superato la durata dei sei anni, anche se non ancora scaduti, per effetto della rotazione si procederà, nel corso dell'anno 2021, a rendere effettivo l'avvicendamento. Nel corso del triennio 2021-2023, laddove uno o più degli incarichi

sopra indicati risulterà aver raggiunto la durata dei sei anni, si procederà all'avvicendamento.

Per quanto riguarda le Commissioni Mediche per l'accertamento dell'invalidità civile, l'ASL Taranto recepisce gli "Indirizzi per la costituzione e il funzionamento delle Commissioni Mediche per l'accertamento dell'Invalidità Civile. Legge 104/92 e Legge 68/99", approvato con Deliberazione della Giunta Regionale della Puglia n. 1387 del 02.08.2018, anche sotto il profilo della rotazione dei rispettivi componenti.

Pertanto, si dispone che gli incarichi di presidente, componente e segretario di Commissione Invalidità Civile, assegnati per mezzo di bandi pubblici, abbiano durata di tre anni a decorrere dalla data dell'insediamento della commissione. Al termine del mandato, il presidente, i componenti e il segretario di ciascuna commissione potranno essere assegnati esclusivamente a commissioni diverse da quella del precedente incarico. Presidente e segretario uscenti che hanno terminato il mandato nell'ambito di una stessa commissione, in caso di nuova nomina di entrambi, dovranno essere assegnati a commissioni diverse tra loro. Anche per i componenti si adotterà lo stesso criterio di turnazione, almeno per due mandati successivi.

12.4 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Ai sensi dell'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 che ha introdotto l'art. 6-bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi", il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale. La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

Nell'ambito del Codice di comportamento aziendale (art. 6) si è provveduto a specificare gli aspetti connessi all'emersione della situazione di conflitto di interesse anche solo potenziale, con resa di dichiarazione da parte dell'interessato al dirigente dell'ufficio di appartenenza. L'art. 7 dello stesso Codice di Comportamento prevede che il dipendente si astenga dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente, inoltre, è tenuto ad astenersi in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza. La comunicazione delle ragioni per le quali il dipendente ritiene di doversi astenere va fatta per iscritto al Responsabile di riferimento sulla base dell'organizzazione Aziendale. Il Responsabile decide in

merito dando formale riscontro al dipendente ed individuando un eventuale sostituto per la trattazione della pratica.

12.5 Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, 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 L. n. 190/2012 regola il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, in particolare prevedendo che:

- degli appositi regolamenti adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della L. n. 400 del 1988, debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del D.Lgs. n. 165 del 2001;
- le amministrazioni adottino dei criteri generali 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. 165/2001, come modificato dalla L. n. 190/2012, 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"*.

12.6 Inconferibilità ed incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo

L'ANAC, con delibera 149 del 22/12/2014, a seguito di osservazioni formulate da alcune amministrazioni, ha fornito un'interpretazione ed applicazione del D. Lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. La disposizione prevede che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL 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 L. n. 190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del D.Lgs. n. 39/2013.

12.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (*pantouflage* - *revolving doors*)

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro. Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per un determinato periodo successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "convenienza" di accordi fraudolenti. La disposizione stabilisce che *"I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti"*. L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno 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 (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D.Lgs. n. 163/2006). I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

La norma prevede delle sanzioni per il caso di violazione del divieto, che consistono in sanzioni sull'atto e sanzioni sui soggetti:

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;
- sanzioni sui soggetti: i soggetti privati che hanno concluso contratti o conferito incarichi in violazione del divieto non possono contrattare con la pubblica amministrazione di provenienza dell'ex dipendente per i successivi tre anni ed hanno l'obbligo di restituire eventuali compensi eventualmente percepiti ed accertati in esecuzione dell'affidamento illegittimo; pertanto, la sanzione opera come requisito soggettivo legale per la partecipazione a procedure di affidamento con la conseguente illegittimità dell'affidamento stesso per il caso di violazione.

Al fine di garantire l'esatto rispetto della delineata normativa:

- il Direttore dell'Area Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali sia 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;
- i Direttori e i Dirigenti Responsabili delle strutture che si occupano degli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia 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 della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente.

12.8 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione

La L. n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha introdotto 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 del D. Lgs. n. 165/2001 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:

“1. 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.

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

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio. I Direttori delle strutture, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, in presenza di situazioni di specie sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;
- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D.P.R. n. 445/2000. Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,

- applica le misure previste dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013,
- provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconfiribilità, secondo l'art. 17 del D.Lgs. n. 39, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

12.9 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)

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 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. Il comma 2 dell'art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. così recita: *“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”*.

Inoltre, la Legge n. 179 del 30 novembre 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”, all'art.1, comma 3 dispone: *“l'identità del segnalante non può essere rivelata. Nell'ambito del procedimento penale, l'identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall'art. 329 del Codice di procedura penale”*. *“Nell'ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti, l'identità del segnalante non può essere rivelata fino alla chiusura della fase istruttoria...”* *“Nell'ambito del procedimento disciplinare l'identità del segnalante non può essere rivelata ove la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione anche se conseguenti alla stessa”*. La stessa norma prevede che la denuncia sia sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, in quanto finalizzata ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, richiede che l'identità del segnalante sia protetta non solo con specifico riferimento al procedimento disciplinare, ma anche in ogni contesto successivo alla segnalazione. La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito non equivale ad accettazione di segnalazione anonima, in quanto si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili. Resta fermo l'obbligo dell'Azienda di prendere in considerazione anche segnalazioni anonime, laddove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati, mediante, a mero titolo esemplificativo e non

tassativo, la indicazione di nominativi o qualifiche particolari, la menzione di uffici specifici, la indicazione di procedimenti o eventi particolari.

L'art. 2, comma 1 della Legge 179/2017 introduce il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. L'eventuale adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano le segnalazioni può essere denunciata all'Ispettorato Nazionale del Lavoro per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall'Organizzazione sindacale indicata dal medesimo.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro e ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili. La norma di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico. La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito dell'Azienda, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

In tal caso, quest'ultimo valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Quest'ultimo, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- alla Struttura Burocratica Legale. Quest'ultima Struttura valuta, congiuntamente al Direttore Generale, la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine dell'ASL;
- all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché l'organizzazione sindacale riferisca della situazione di discriminazione all'Ispettorato della

funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia. Il Presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'Azienda per ottenere:

- a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente;
- b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato;
- c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

L'ASL Taranto, sulla base della determinazione adottata dall'ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)", ha attivato idonee procedure di segnalazione al fine di prevedere la massima tutela del dipendente che effettua la segnalazione di illecito.

La funzione individuata per comunicare con l'Azienda è quella del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

L'ASL Taranto ha predisposto un modulo, nella sezione "Trasparenza" del portale Intranet Aziendale N-SIA, da compilare e inviare in modalità informatica (link: <http://servizias01.sanita.puglia.it/index.php/973642/lang-it>), e che tuttora rimane quale modalità valida – ma non esclusiva – di inoltrare segnalazioni. Per inoltrare il modulo è necessario descrivere nel dettaglio il fatto oggetto di segnalazione. Il denunciante ha facoltà di fornire, in sede di segnalazione, i propri dati personali, che comunque saranno trattati nel pieno rispetto della normativa in materia, e quindi in piena garanzia dell'anonimato. Ferme restando le garanzie previste, si rappresenta la necessità che il segnalante fornisca comunque tutti gli elementi utili affinché gli uffici competenti possano procedere alle dovute ed appropriate verifiche a riscontro della fondatezza dei fatti oggetto di segnalazione.

Si precisa che le segnalazioni di cui si tratta non possono riguardare doglianze di carattere personale del segnalante o rivendicazioni o istanze che rientrano nella disciplina del rapporto di lavoro o rapporti col superiore gerarchico o colleghi, per le quali occorre fare riferimento alla disciplina e alle procedure di competenza dell'Area Gestione del Personale e del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

Le segnalazioni che rientrano in questa fattispecie possono, invece, riguardare azioni o commissioni, commesse o tentate: penalmente rilevanti; poste in essere in violazione del Codice di Comportamento dei Dipendenti; suscettibili di arrecare un danno patrimoniale all'ASL Taranto o ad

altri soggetti; suscettibili di arrecare pregiudizio all'immagine dell'ASL Taranto; suscettibile di arrecare un danno alla salute o alla sicurezza dei dipendenti o degli utenti.

Inoltre, va considerato tuttora valido quanto disposto dalle "Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)" adottate dall'ANAC con la già richiamata Determinazione n. 6 del 28 aprile 2015, per cui le condotte illecite segnalate devono riguardare situazioni in cui il soggetto sia venuto direttamente a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, e non possono essere fondate su meri sospetti o voci, sia perché è necessario tenere conto dell'interesse dei terzi oggetto delle informazioni riportate nella segnalazione, sia per evitare che l'amministrazione svolga attività ispettive interne che rischiano di essere poco utili e comunque dispendiose. In ogni caso, non è necessario che il dipendente sia certo dell'effettivo avvenimento dei fatti denunciati e dell'autore degli stessi, ma è sufficiente che il dipendente, in base alle proprie conoscenze, ritenga altamente probabile che si sia verificato un fatto illecito.

12.10 Controlli sull'attività libero professionale

Il RPCT relazionerà regolarmente sulle verifiche che l'Ufficio ALPI è tenuto a svolgere sull'attività libero professionale. Tali verifiche devono vertere su: volume delle prestazioni libero professionali (che non devono superare quelle erogate durante l'attività istituzionale); svolgimento dell'attività libero professionale al di fuori dell'orario di servizio; trattamento dei pazienti trattati in libera professione (che non deve essere più favorevole rispetto a quello degli altri pazienti).

12.11 La formazione

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

- l'attività amministrativa è svolta da soggetti consapevoli: la discrezionalità è esercitata sulla base di valutazioni fondate sulla conoscenza e le decisioni sono assunte "con cognizione di causa"; ciò comporta la riduzione del rischio che l'azione illecita sia compiuta inconsapevolmente;
- la conoscenza e la condivisione degli strumenti di prevenzione (politiche, programmi, misure) da parte dei diversi soggetti che a vario titolo operano nell'ambito del processo di prevenzione;
- la creazione di una base omogenea minima di conoscenza, che rappresenta l'indispensabile presupposto per programmare la rotazione del personale;
- la creazione della competenza specifica necessaria per il dipendente per svolgere la nuova

funzione da esercitare a seguito della rotazione;

- la creazione di competenza specifica per lo svolgimento dell'attività nelle aree a più elevato rischio di corruzione;
- l'occasione di un confronto tra esperienze diverse e prassi amministrative distinte da ufficio ad ufficio, reso possibile dalla compresenza di personale "in formazione" proveniente da esperienze professionali e culturali diversificate; ciò rappresenta un'opportunità significativa per coordinare ed omogeneizzare all'interno dell'ente le modalità di conduzione dei processi da parte degli uffici, garantendo la costruzione di "buone pratiche amministrative" a prova di impugnazione e con sensibile riduzione del rischio di corruzione;
- la diffusione degli orientamenti giurisprudenziali sui vari aspetti dell'esercizio della funzione amministrativa, indispensabili per orientare il percorso degli uffici, orientamenti spesso non conosciuti dai dipendenti e dai dirigenti anche per ridotta disponibilità di tempo da dedicare all'approfondimento;
- evitare l'insorgere di prassi contrarie alla corretta interpretazione della norma di volta in volta applicabile;
- la diffusione di valori etici, mediante l'insegnamento di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati".

Per l'anno 2020 era prevista l'organizzazione di un ciclo di seminari formativi sugli argomenti sopra indicati, con la presenza di circa trenta relatori di alto spessore istituzionale o accademico (giuristi, magistrati, sociologi, giornalisti ed esponenti delle forze dell'ordine e di altre istituzioni). Il ciclo di seminari, dal titolo "Anticorruzione, trasparenza e legalità nella Pubblica Amministrazione alla luce delle più recenti riforme", si sarebbe dovuto tenere in sei date dal febbraio a giugno 2020. Tuttavia, a causa della pandemia da Covid-19, è stato possibile tenere soltanto il primo seminario, dal titolo "Il nuovo agire della Pubblica Amministrazione sul fronte dell'anticorruzione e della trasparenza", il 17 febbraio 2020. Successivamente il ciclo è stato sospeso e le date già programmate rinviate.

Non essendo ancora possibile, nel momento in cui viene redatto il presente Piano, prevedere quando sarà terminata l'emergenza sanitaria e, quindi, quando sarà possibile riavviare e portare a termine il ciclo di seminari programmato in precedenza, si prevede di attivare attività di formazione a distanza per i dipendenti nel corso dell'anno 2021 e fino al termine delle restrizioni relative alle attività formative in presenza.

12. Trasparenza

La trasparenza costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio individuate dal presente P.T.P.C.T. e coinvolge tutti i processi aziendali, essendo strettamente

correlata agli obblighi di informazione legislativamente previsti e alla pubblica conoscenza in ordine ai procedimenti amministrativi, ai rispettivi responsabili e relative tempistiche.

Il Consiglio dei Ministri del 16 maggio 2016 ha approvato, in via definitiva, il decreto legislativo recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, attuativo dell'articolo 7 della Legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche. Il Decreto Legislativo 25 maggio 2016, n. 97 è stato quindi pubblicato in Gazzetta Ufficiale l'8 giugno ed entrato in vigore il 23 giugno 2016. Il decreto è finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa attraverso, da un lato, l'introduzione di forme diffuse di controllo da parte dei cittadini, anche adeguandosi a standard internazionali, dall'altro, attraverso misure che consentono una più efficace azione di contrasto alle condotte illecite nelle pubbliche amministrazioni. Il provvedimento apporta alcune significative modifiche al Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, con l'obiettivo di ridefinire l'ambito di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza, prevedendo misure organizzative per la pubblicazione di alcune informazioni e per la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche, razionalizzando e precisando gli obblighi di pubblicazione, individuando i soggetti competenti all'irrogazione delle sanzioni per la violazione degli obblighi di trasparenza. Inoltre, è introdotta una nuova forma di accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti pubblici, equivalente a quella che nei sistemi anglosassoni è definita Freedom of information act (Foia). Questa nuova forma di accesso prevede che chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, può accedere a tutti i dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto di alcuni limiti tassativamente indicati dalla legge.

Il 28 dicembre 2016 l'ANAC ha adottato con delibera n. 1309 le «Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'Accesso civico di cui all'Art.5 comma 2, del D.Lgs. 33/2013», e con delibera n. 1310 le «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016». Quest'ultima delibera ufficializza inoltre l'elenco degli obblighi di pubblicazione vigente sulla base del quale l'Azienda ha individuato gli obblighi di comunicazione/pubblicazione ricadenti sui singoli uffici, con l'individuazione delle responsabilità dei dirigenti.

12.1 Referenti per la trasparenza e adempimento degli obblighi di pubblicazione

Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di trasparenza previsti dalla normativa vigente è designato coordinatore delle relative iniziative e del flusso delle informazioni, tra le strutture responsabili dei processi sanitari, amministrativi e tecnici di cui è richiesta la conoscenza dei dati ed il monitoraggio in materia di trasparenza, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Al R.P.C.T. e ai suoi collaboratori spetta la conoscenza dei dati di competenza e la gestione sul sito internet aziendale. La pubblicazione è normata attraverso un regolamento aziendale – che sarà

revisionato nel corso dell'anno 2021, anche alla luce di recenti modifiche nella struttura organizzativa aziendale – con attribuzione di ruoli per redattore di struttura e responsabile.

Nello specifico, sono attribuite le seguenti competenze, in relazione alle diverse sottosezioni di cui è composta la sezione "Amministrazione Trasparente":

- a. Sottosezioni "Consulenti e collaboratori", "Personale", "Bandi di concorso", "Performance" (limitatamente alle sottosezioni "Ammontare complessivo dei premi" e "Dati relativi ai premi"), "Strutture sanitarie private convenzionate": Competenza dell'Area Gestione del Personale;
- b. Sottosezioni "Enti controllati", "Bilanci", "Pagamenti dell'amministrazione": Competenza dell'Area Gestione Risorse Economico Finanziarie;
- c. Sottosezione "Provvedimenti": ogni struttura è responsabile della pubblicazione dei provvedimenti oggetto di pubblicazione obbligatoria nella sezione "Amministrazione Trasparente" ai sensi della normativa vigente; le strutture che non hanno redattori, trasmettono i provvedimenti, per la pubblicazione, al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- d. Sottosezioni "Bandi di gara e contratti", "Beni immobili e gestione patrimonio" (limitatamente alla sottosezione "Canoni di locazione o affitto"): Competenza dell'Area Gestione del Patrimonio;
- e. Sottosezioni "Beni immobili e gestione patrimonio" (limitatamente alla sottosezione "Patrimonio immobiliare"), "Opere pubbliche": Competenza dell'Area Gestione Tecnica;
- f. tutte le altre sottosezioni: Competenza del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

I dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

12.2 Descrizione del processo di coinvolgimento degli stakeholders

Al fine di potenziare il proprio ruolo sociale, perseguire standard più elevati di qualità dei servizi e diffondere la cultura della trasparenza e dell'accountability, l'Amministrazione, in una delicata fase di maturazione politico-istituzionale che coinvolge tutti gli apparati pubblici, deve saper intercettare e valorizzare il feedback dei suoi principali portatori di interessi, visti non solo come fruitori di servizi e destinatari passivi delle politiche intraprese, ma come soggetti attivi e partecipativi sia nella fase ascendente della programmazione che in quella discendente della realizzazione degli obiettivi e della rendicontazione dei risultati.

Nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività, la ASL Taranto dovrà realizzare, attraverso le strutture competenti e attraverso i vari organismi partecipati da stakeholders esterni, pratiche di confronto e di coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e della società, mediante un calendario dei periodici incontri per i lavori di consulte, osservatori, organi collegiali e commissioni consultive, realizzando continuamente quel principio dialogico che costituisce la base del rapporto con gli stakeholders.

La ASL Taranto svilupperà, altresì, le modalità di consultazione già in essere per realizzare un concreto coinvolgimento dei diversi portatori di interesse nelle fasi di impostazione delle attività di competenza, di sviluppo delle linee programmatiche e della rendicontazione dei risultati raggiunti, secondo modalità semplici ed efficaci senza ulteriori aggravati procedurali.

12.3 Rispetto della privacy nelle pubblicazioni sul sito istituzionale ASL Taranto

Nel pubblicare i dati la ASL Taranto deve rispettare i principi di necessità, proporzionalità e pertinenza, rimanendo fermo il divieto assoluto di pubblicare i dati sulla salute.

L'Azienda si deve attenere scrupolosamente alle disposizioni del Garante per la Protezione dei Dati Personali in materia di pubblicazione dei dati on line.

Sul sito istituzionale in un link denominato Privacy si pubblica l'informativa per il trattamento dei dati personali in ambito sanitario.

12.4 Organo Indipendente di Valutazione (OIV) in materia di trasparenza

In materia di trasparenza, oltre che nel sistema di gestione delle performance, gli organismi indipendenti di valutazione (OIV) rivestono un ruolo importante svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, con particolare rinvio all'art. 6 del D.P.R. n. 105 del 9 maggio 2016.

Gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del D.Lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse, propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti, promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14 co. 4, lett. G) del D.Lgs. 150/2009.

La connessione fra gli obiettivi e le misure di trasparenza trova conferma nel D.Lgs. 33/2013, ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art.10): "L'OIV è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione e delle performance (art.44)". L'attività di controllo

sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43).

Resta fermo il compito dell'OIV concernente l'attestazione degli obblighi di trasparenza. Le modifiche che il D.Lgs. 97/2016 ha apportato alla legge 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate all'OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal D.Lgs. 33/2013.

In base all'art. 9-bis del D.Lgs. 33/2013, introdotto dal D.Lgs. 97/2016, i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenuti a pubblicare ai sensi del D.Lgs. 33/2013 corrispondono a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del D.Lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati.

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale è inserito un collegamento ipertestuale alle banche dati, le informazioni e ai documenti oggetto di pubblicazione.

A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art. 6, nel novellare l'art. 5 del D.Lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Si precisa che le disposizioni transitorie dettate al co.1 dell'art.42 del D.Lgs. 97/2015 prevedono che i soggetti di cui all'art. 2-bis del D.Lgs. 33/2013 si adeguino alle modifiche allo stesso decreto legislativo, introdotte dal D.Lgs. 97/2016, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto correttivo medesimo (23 dicembre 2016), sia con riferimento agli obblighi di trasparenza sia all'accesso civico generalizzato. I soggetti sono supportati con le Linee guida di generale ricognizione degli obblighi di trasparenza da parte dell'ANAC, di cui alla delibera n.1309 del 28 dicembre 2016, recante "indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti di accesso civico di cui all'art. 5, co.2 del D.Lgs. 33/2013". Fino al 23 dicembre è rimasta ferma la disciplina previgente e l'attività di vigilanza dell'ANAC ha avuto oggetto gli obblighi e su quelli oggetto di modifica da parte del D.Lgs. 97/2016. Non sono considerati modificati gli obblighi di cui all'art. 14, del D.Lgs. 33/2013 riferiti allo Stato, alle Regioni e agli Enti locali e quelli di cui all'art. 22, co. 2, del medesimo decreto.

12.5 Trasparenza ed accesso

Nell'articolo 2 del D.Lgs. 97/2016 si sottolinea il carattere radicalmente innovativo della disposizione: nella nozione di trasparenza viene incluso anche l'accesso ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa". Dunque, si ampliano in misura elevata

gli spazi del diritto di accesso. Sono strettamente connesse le modifiche introdotte dall'art. 3, che fissano il principio della "libertà di accesso a chiunque ai dati ed ai documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione" ne sono lo strumento operativo ovvero, per riprendere la terminologia del provvedimento, il "tramite". Analogamente l'art. 4 afferma il carattere pubblico dei dati e delle informazioni oggetto di "accesso civico".

12.6 Accesso Civico

La disposizione di maggiore rilievo innovativo dell'intero provvedimento è costituita dalle nuove regole dettate per l'accesso e più in generale, per il diritto d'accesso.

Viene ribadita la nozione di accesso civico, che ricordiamo essere introdotta dal D.Lgs. n. 33/2013; tutti hanno diritto, senza dovere indicare le motivazioni, ad accedere alle informazioni che devono essere pubblicate sul sito nel caso in cui l'ente abbia ommesso di rispettare questo vincolo. Si segnala il rilievo particolarmente innovativo della seguente prescrizione: "chiunque ha diritto di accedere ai documenti delle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti". Di conseguenza la nozione di accesso è significativamente modificata ed ampliata rispetto alle disposizioni contenute nella Legge 241/90.

In particolare, da un lato non viene più richiesto, con indicazione espressa, l'obbligo di "motivazione" e dall'altro lato il diritto d'accesso può essere esercitato per favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

A rafforzamento di questo ampliamento occorre inoltre ricordare che non sono consentite limitazioni relative alla "legittimazione soggettiva del richiedente". La norma indica i contenuti minimi essenziali della richiesta di accesso civico: "i dati, le informazioni o i documenti richiesti".

In modo molto preciso la disposizione individua le modalità operative. In primo luogo, la domanda può essere presentata ad uno dei seguenti quattro soggetti:

- "Ufficio che detiene" i dati e le informazioni;
- "Ufficio relazioni con il Pubblico";
- "Altro Ufficio indicato dall'amministrazione nella sezione amministrazione trasparente";
- "Responsabile della Prevenzione della Corruzione e delle Trasparenza" (solamente per le informazioni le cui pubblicazione è obbligatoria).

Comunque, per la pedissequa applicazione circa la titolarità, ambito di applicazione, oggetto del diritto di accesso generalizzato e procedimento si rimanda alla Linee Guida di cui alla delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 e relative tabelle Allegate alle stesse e rivolte a tutte le strutture per quanto di propria competenza.

Ed ancora, l'amministrazione può richiedere solamente il "rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali" il che limita la stessa possibilità di chiedere il rimborso delle spese sostenute per il trattamento economico del personale utilizzato. Inoltre, viene previsto l'obbligo di dare preventiva informazione ai soggetti controinteressati, che entro 10 giorni possono opporsi al diritto di accesso. Spetta all'amministrazione, in tal caso, pronunciarsi. Il procedimento civico si deve comunque concludere entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta; nel caso di risposta positiva occorre dare informazione al contro interessato.

È previsto il ricorso al responsabile anticorruzione e della trasparenza contro i provvedimenti con cui viene negato, in tutto o in parte, il diritto di accesso. Sono ammessi ricorsi, oltre che al TAR, anche al Garante per la tutela della privacy e, per le regioni e gli enti locali, anche al difensore civico, ovvero, se l'ente non ha istituito tale figura, a quello dell'ambito territoriale più vasto.

L'articolo disciplina anche i casi in cui l'accesso civico deve essere rifiutato; questa elencazione ha natura tassativa. In primo luogo, l'accesso civico può essere rifiutato per la tutela dei seguenti interessi pubblici:

- sicurezza pubblica e ordine pubblico;
- sicurezza nazionale;
- relazioni internazionali;
- difesa e questioni militari;
- politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
- conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
- regolare svolgimento di attività ispettive;
- casi di segreto di Stato e di divieto di pubblicità;
- necessità di "evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati:

a) protezione dei dati personali

- b) libertà e segretezza della corrispondenza
- c) interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e dei segreti commerciali".

Siamo in presenza nel caso di rigetto del diritto di accesso sia per la tutela di interessi pubblici, sia di interessi privati, di una elencazione che si deve ritenere tassativa e non applicabile in via interpretativa o analogica.

Ad ulteriore rafforzamento di questa previsione dobbiamo ricordare che l'accesso deve essere consentito alle parti dei documenti che non sono oggetto dei divieti di cui in precedenza, che il rigetto dell'accesso si applica solamente per il periodo di tempo necessario e che l'accesso non può essere negato nel caso in cui sia sufficiente il differimento.

Sull'applicazione delle limitazioni l'ANAC, d'intesa con il Garante della Privacy, ha dettato specifiche istruzioni operative con delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, a cui si fa espresso rimarco, intendendosi integralmente qui riportate.

Viene disciplinata in modo ampio la possibilità di accesso ai dati statistici per ragioni scientifiche e sotto forma di dati aggregati. Continuano sulla base dell'art. 7 ad applicarsi le norme sull'esclusione del diritto di accesso dei dati indicati dalla Legge n. 241/90.

Per tutto quanto non espressamente qui previsto, si rimanda D.Lgs. 33/2013, così come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016 e disciplinato con la richiamata delibera A.N.AC. del 28/12/2016.

Per "accesso documentale" si intende l'accesso disciplinato dal capo V della L. 241/90.

Per "accesso civico" si intende l'accesso di cui all'art. 5, comma 1 del decreto trasparenza, ai documenti oggetto degli obblighi di pubblicazione.

Per "accesso generalizzato" si intende l'accesso di cui all'articolo 5, comma 2, del Decreto Trasparenza, ai sensi del quale "chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5-bis".

L'accesso generalizzato non sostituisce l'accesso civico "semplice" (accesso civico) previsto dall'art. 5, comma 1 del Decreto Trasparenza, e disciplinato nel citato decreto già prima delle modifiche ad opera del D.Lgs. 97/2016. L'accesso civico rimane circoscritto ai soli atti, documenti e informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione e costituisce un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge, sovrapponendo al dovere di pubblicazione, il diritto del privato di accedere ai documenti, dati e informazioni interessati dall'inadempienza. I due diritti di accesso, pur accomunati dal diffuso riconoscimento in capo a "chiunque", indipendentemente dalla titolarità di una situazione giuridica soggettiva connessa, sono quindi destinati a muoversi su binari

differenti, come si ricava anche dall'inciso inserito all'inizio del comma 5 dell'art. 5, "fatti salvi i casi di pubblicazione obbligatoria", nel quale viene disposta l'attivazione del contraddittorio in presenza di controinteressati per l'accesso generalizzato. L'accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

L'accesso generalizzato deve essere anche tenuto distinto dalla disciplina dell'accesso ai documenti amministrativi di cui agli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241 (accesso documentale).

Le finalità dell'accesso documentale ex L. 241/90 è, in effetti, ben differente da quella sottesa all'accesso generalizzato ed è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà – partecipative e/o oppositive e difensive – che l'ordinamento attribuisce loro a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Più precisamente, dal punto di vista soggettivo ai fini dell'istanza di accesso ex lege 241/90, il richiedente deve dimostrare di essere titolare di un "interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso". Mentre la Legge 241/90 esclude, inoltre, perentoriamente l'utilizzo del diritto di accesso ivi disciplinato al fine di sottoporre l'amministrazione a un controllo generalizzato, il diritto di accesso generalizzato, oltre che quello "semplice", è riconosciuto proprio "allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico".

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'ASL Taranto, sottosezione "Altri contenuti – Accesso civico", sono disponibili i moduli per l'istanza di accesso civico, l'istanza di accesso civico generalizzato e la richiesta di riesame da utilizzare in caso di rigetto o mancata risposta a un'istanza di accesso civico generalizzato.

L'istanza va inviata attraverso:

- mail: indirizzo mail dell'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure urp@asl.taranto.it;
- pec: indirizzo pec dell'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure urp.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it;
- posta ordinaria: indirizzo dell'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure URP – ASL TA, Via Bruno, 1 – Padiglione Vinci – 74121 Taranto;
- a mano, presso l'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure presso l'URP (Ospedale SS. Annunziata – Padiglione Vinci, Via Bruno 1 – Taranto) nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,30, il martedì e il giovedì dalle 15,00 alle 17,00.

L'ufficio che detiene i dati o i documenti richiesti decide se accogliere o meno una richiesta di accesso generalizzato. Il procedimento di accesso generalizzato si deve concludere con l'adozione di un provvedimento espresso e motivato, da comunicare al richiedente e agli eventuali controinteressati nel termine di 30 giorni (salva sospensione fino a 10 giorni nel caso di comunicazione della richiesta a controinteressati) dalla presentazione della domanda.

Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine di 30 giorni, il richiedente può presentare richiesta di riesame al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, individuato dall'ASL di Taranto nella persona del Dott. Vito Giovannetti, e inviarla, unitamente alla copia fotostatica di un documento di identità, attraverso:

- mail: trasparenza@asl.taranto.it;
- pec: trasparenza.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it;
- posta ordinaria: Responsabile della Trasparenza ASL TA, c/o Ufficio Stampa e Social ASL TA, Via Bruno, 1 - Padiglione Vinci - 74121 Taranto.

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza decide con provvedimento motivato entro il termine di 20 giorni. Avverso la decisione dell'amministrazione competente o, in caso di richiesta di riesame, avverso quella del Responsabile per la Trasparenza, il richiedente può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale.

13. Monitoraggio anticorruzione

Il monitoraggio in questione riguarda la verifica periodica delle misure previste nel Piano Anticorruzione.

Il P.T.P.C.T. 2020-2022 prevedeva il primo monitoraggio per il mese di giugno 2020. Tuttavia, a causa delle difficoltà e delle incombenze che hanno interessato le diverse articolazioni aziendali in relazione all'epidemia da Covid-19, si è ritenuto opportuno rinviare tale attività.

Nel corso del mese di marzo 2021, pertanto, è stato avviato il primo monitoraggio aziendale.

Il monitoraggio sarà replicato con cadenza semestrale, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Il monitoraggio viene realizzato eseguendo un'analisi dei dati forniti dai dirigenti e responsabili delle aree e degli uffici indicati come a rischio corruzione, come individuati nel paragrafo relativo all'analisi dei rischi.

13.1 Modalità di svolgimento del monitoraggio. Le relazioni dei dirigenti

Ai fini del monitoraggio, viene istituito e istituzionalizzato un canale e una modalità con cui i dirigenti comunicano le informazioni e i dati rilevanti, ivi comprese le informazioni sulle misure e sulle attività di prevenzione della corruzione.

Più nel dettaglio, il RPCT provvede a somministrare modelli di relazione strutturata con cadenza semestrale ai dirigenti preposti ad aree a rischio corruzione (o ai referenti anticorruzione indicati dagli stessi), che li restituiscono debitamente compilati; attraverso tali relazioni vengono raccolte le informazioni relative alle misure e alle attività di prevenzione.

Ad ogni modo, al fine di effettuare il monitoraggio, il RPCT è libero di chiedere informazioni ulteriori rispetto a quelle raccolte con lo strumento predisposto (per esempio specificazioni ulteriori a partire da quelle, o anche informazioni indipendentemente da quanto dichiarato nel questionario/relazione) e di consultare ulteriori documenti.

I modelli di relazione strutturata sono costruiti sulla base dell'analisi dei rischi contenuta nel presente Piano: nella relazione strutturata che i dirigenti responsabili di ciascuna struttura sono tenuti a compilare, si fa necessariamente riferimento a ciascuno dei rischi indicati nell'analisi e alle misure previste nel piano, in confronto alle quali vengono valutate le misure effettivamente messe in atto; inoltre, si fa riferimento agli eventi verificatisi o evitati (ed eventualmente a cosa la direzione di struttura ha messo in atto per affrontare un dato evento). Nella relazione, inoltre, il dirigente può segnalare ulteriori rischi (anche in relazione ad eventi che si dovessero essere verificati), di cui il RPCT tiene conto nell'aggiornamento del Piano. Ulteriori indicazioni sono fornite da alcune strutture specifiche.

In sintesi, la relazione contiene almeno:

- 1) indicazioni sulla struttura: breve descrizione della struttura, con riferimento a funzioni, posizione nell'organigramma, personale assegnato, evidenziando gli eventi significativi del periodo di monitoraggio (lasso di tempo trascorso dal precedente monitoraggio), in particolare quelli che hanno comportato modifiche nell'organizzazione e nelle mansioni della struttura;
- 2) studio di ciascuno dei rischi individuati nella struttura dal P.T.P.C.T.; per ognuno vengono descritti gli eventi, collegati alla categoria di rischio, verificatisi ed evitati, e il comportamento e le misure assunte dalla struttura in tali circostanze;
- 3) misure di prevenzione previste per la struttura dal P.T.P.C.T.: si deve indicare se e come tali misure sono state adottate, eventuali problematiche e resistenze emerse nella messa in atto delle stesse, effetti delle stesse, ecc.; in caso di mancata o difforme o inadeguata adozione di una misura, si deve darne motivazione;

- 4) indicatori di risultato indicati nel P.T.P.C.T.: si dà conto di tali risultati; in caso di mancato raggiungimento dei risultati previsti dagli indicatori, se ne forniscono le motivazioni, o almeno ipotesi sulle stesse;
- 5) eventi rilevanti sotto il profilo della corruzione e della legalità verificatisi ma non previsti dal P.T.P.C.T.: vengono segnalati e descritti;
- 6) misure e provvedimenti per il contrasto della corruzione e dell'illegalità, adottati ma non previsti dal P.T.P.C.T.: vengono descritte, con riferimento anche alla loro efficacia; queste misure, come gli eventi indicati nel punto precedente, sono presi in considerazione dal RPCT per l'aggiornamento del P.T.P.C.T.;
- 7) proposte di modifiche del P.T.P.C.T., relativamente alla sezione riguardante la propria struttura; le modifiche possono riguardare i rischi o il loro livello, le misure di prevenzione e gli indicatori;
- 8) esiti del monitoraggio dei tempi procedurali di cui all'art. 1, co. 9, lett. e) della L. 190/2012; in caso di mancato rispetto dei tempi procedurali, il dirigente ne indica le motivazioni; inoltre, indica se e quali misure ha messo in atto per ridurre i tempi procedurali.

Ulteriori indicazioni vengono fornite dai dirigenti di alcune strutture specifiche: in base alla differenziazione dei rischi che riguardano ciascuna struttura, come descritti nel Piano, nonché in base alle specificità delle relative strutture e della specifica normativa anticorruzione relativa al settore (con riferimento anche a specifici provvedimenti e direttive ANAC), il modello di relazione viene adattato.

13.2 Modalità di svolgimento del monitoraggio. L'attività del RPCT

Oltre all'acquisizione e revisione delle relazioni dei dirigenti, il monitoraggio si compone anche di una serie di altre attività effettuate o coordinate dal RPCT.

In particolare, sono predisposti dal RPCT alcune attività di controllo da svolgere a livello generale dell'Amministrazione. Se non gestite direttamente dal RPCT, lo stesso indica chi è delegato ad occuparsene, e comunque ne dà conto nella relazione di monitoraggio.

Tutto il personale dell'ASL Taranto è tenuto a collaborare con il RPCT (o con chi è stato delegato) per l'efficace svolgimento di tali attività di controllo, anche fornendo sollecitamente le informazioni richieste e consentendo l'accesso a documenti, banche dati, ecc., che dovessero essere necessari per tali adempimenti.

Vanno in particolare citati:

- 1) Controllo sulla conformità alla normativa anticorruzione e al codice di comportamento dei bandi di gara e nei contratti di acquisizione di beni, servizi e affidamento lavori. Si deve controllare, in particolare, che nei bandi e nei contratti sia inserita una clausola di rispetto del codice di comportamento. Inoltre, si deve verificare l'effettivo inserimento, nei contratti e nei bandi di gara o affidamenti, di una clausola rispondente a quanto disposto dall'art. 1, co. 42, lett. I, della L. 190/2012, ossia il divieto, per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PP.AA., di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della P.A. svolta attraverso i medesimi poteri (cd. *pantouflage*). In relazione a specifiche procedure (per esempio: approvvigionamenti di farmaci), il controllo riguarda anche il rispetto della normativa specifica e/o dei relativi protocolli aziendali.
- 2) Controllo sulla conformità alla normativa anticorruzione dei bandi di concorso per la selezione di personale (compresi bandi di mobilità).
- 3) Controllo sui 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 e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione. I controlli di questa categoria, disposti dall'art. 1, co. 9, lett. e) della L. 190/2012, vengono effettuati dal RPC chiedendo informazioni e documenti in caso di ipotesi di sussistenza di rapporti di questo tipo che possano influenzare l'azione amministrativa, sulla base di denunce, segnalazioni e notizie di qualunque provenienza. In modalità analoghe, il RPCT verifica le eventuali ipotesi dei rapporti di collaborazione con soggetti privati, di cui nell'art. 6 del D.P.R. 62/2013, di cui i dipendenti interessati non abbiano informato il dirigente dell'ufficio a norma dello stesso articolo.
- 4) Controlli sugli incarichi all'esterno. Nello specifico, i controlli concernono l'adeguatezza della motivazione della scelta di conferire incarichi all'esterno, e l'esistenza di rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti di collaborazione o consulenza o di incarico professionale di qualsiasi genere; per svolgere i controlli di quest'ultimo tipo, il RPCT può verificare eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari di incarico e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, e la possibile rilevanza di tali relazioni nell'affidamento di incarichi.
- 5) Controllo sulle autocertificazioni dei dirigenti rilasciate ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 (assenza di condanne, anche con sentenze non passate in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, per membri di commissioni e per assegnati a uffici specifici).
- 6) Controllo sulle autocertificazioni dei dirigenti circa l'assenza di cause di inconfirmità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013. Nonostante nelle aziende sanitarie si tratti di un obbligo soltanto per il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, il RPCT, per validi motivi, può valutare di trasmettere i moduli di dichiarazione ai dirigenti, che dovranno restituirli debitamente compilati.

- 7) Controllo sugli incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti. Il RPCT controlla la regolarità delle autorizzazioni e, anche a campione, accerta l'assenza di conflitti di interessi tra le attività istituzionali e quelle esterne autorizzate. Dà conto, inoltre, dell'eventuale emersione di attività non autorizzate e delle conseguenti misure adottate.
- 8) Eventuali controlli su prescrizioni di farmaci da parte dei medici di famiglia, ulteriori a quelli automatizzati sul sistema informativo SIST.
- 9) Eventuali controlli sull'attività conseguente ai decessi intraospedalieri. In particolare, occorre verificare le eventuali relazioni da parte di dipendenti e dirigenti con imprese di onoranze funebri.

13.3 Modalità di svolgimento del monitoraggio. La relazione finale del RPCT

Dell'esito del monitoraggio il RPCT dà conto in una relazione, che viene pubblicata sul sito istituzionale dell'Amministrazione.

Tale relazione contiene, in particolare:

- a. focus sulle singole strutture a rischio corruzione, a partire dalle relazioni dei dirigenti, di cui al par. 2, eventualmente completate con precisazioni, pareri, informazioni sugli accertamenti e altre informazioni a cura del RPCT;
- b. esiti dei controlli di cui al par. 13.2 e sulle altre attività svolte dal RPCT;
- c. informazioni su altre misure previste dal PTA, di livello generale o comunque non di competenza del RPCT.

14. Disposizioni finali

Per quanto non espressamente previsto dal presente Piano trovano applicazione le norme dettate dalla Legge 190/2012 e le altre disposizioni nazionali e regionali in materia.

Il presente Piano verrà adeguato inoltre alle eventuali indicazioni che verranno fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con successivi atti di indirizzo.