



REGIONE PUGLIA
Azienda Ospedaliero - Universitaria
Consorziale Policlinico di Bari



PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE E
DELLA TRASPARENZA
2021 - 2023

Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
Dr. Pasquale Cassese

25/03/2021



SOMMARIO

1. Aspetti generali.....	7
1.1 Premessa.....	7
1.2 Situazione dell'anno 2020	9
1.3 Prospettive	15
1.4 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.....	17
2. Analisi del contesto. Contesto interno.....	21
2.1 Situazione strutturale.	21
2.2 Centri di eccellenza e riferimento nel territorio.....	23
2.3 Telemedicina e telecardiologia.....	24
2.4 Conclusioni	25
3. Analisi del contesto. Contesto esterno.....	27
3.1 Situazione ambientale.....	27
3.2 Stato dell'ordine e della sicurezza nella città di Bari	33
3.3 Rete Ospedaliera Pugliese.....	34
3.4 Stakeholder	35
3.5 Conclusioni	36
4. Mappatura dei processi.	37
4.1 Procedure attualmente definite	37
4.2 La valutazione del rischio.....	39
4.3 La graduazione del rischio di corruzione.....	39
4.4 Nuove dinamiche per integrazioni e revisioni delle procedure e mappature del rischio.	39
4.5 La gestione del rischio corruttivo alla luce delle novità relative al PNA 2019	42
4.6 Aggiornamento dell'analisi dei procedimenti	45
4.7 Le misure per la valutazione del rischio.....	46
5. Obiettivi.....	47
5.1 Obiettivi possibili per il triennio 2021/2023 e loro monitoraggio.....	47

5.2	<i>Il Piano della performance</i>	49
6.	<i>Il codice di comportamento aziendale</i>	50
7.	<i>Conflitti di interessi, inconferibilità ed incompatibilità</i>	53
7.1	<i>Tematica del conflitti d'interessi</i>	53
7.2	<i>L'astensione del dipendente in caso di conflitti d'interesse</i>	55
7.3	<i>Le dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi</i>	55
7.4	<i>Soggetti obbligati alle dichiarazioni</i>	56
7.5	<i>Procedure, modulistica e compilazione on line</i>	57
7.6	<i>Gli incarichi extraistituzionali e dichiarazione di assenza di conflitti d'interessi</i>	58
7.7	<i>Le dichiarazioni di insussistenza delle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità</i>	59
7.8	<i>I Patti di Integrità</i>	59
8.	<i>Il Pantouflage</i>	61
8.1	<i>Definizione e normativa</i>	61
8.2	<i>Ambito di applicazione</i>	63
8.3	<i>Esercizio dei poteri autoritativi e negoziali</i>	63
8.4	<i>Le sanzioni</i>	64
8.5	<i>Interventi del RPCT dell'Azienda</i>	65
9.	<i>Whistleblowing</i>	66
9.1	<i>La normativa</i>	66
9.2	<i>L'oggetto della segnalazione</i>	67
9.3	<i>Le procedure</i>	68
9.4	<i>Whistleblowing e data protection</i>	71
10.	<i>Rotazione del Personale</i>	73
10.1	<i>La rotazione ordinaria</i>	73
10.2	<i>Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali e/o disciplinari per condotte astrattamente riconducibili a fattispecie delittuose di natura corruttiva</i>	77



10.3	<i>Rotazione straordinaria come conseguenza dell'avvio di un procedimento disciplinare</i>	<i>79</i>
11.	<i>Referenti per la Prevenzione della Corruzione.....</i>	<i>80</i>
12.	<i>Conferma del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante</i>	<i>81</i>
13.	<i>Formazione</i>	<i>82</i>
13.1	<i>Considerazioni</i>	<i>82</i>
13.2	<i>Piano formativo Anticorruzione per l'anno 2021</i>	<i>84</i>
13.3	<i>Piano formativo Privacy per l'anno 2021.....</i>	<i>84</i>
14.	<i>Piano della Trasparenza</i>	<i>87</i>
14.1	<i>Situazione del 2020</i>	<i>87</i>
14.2	<i>Gli obblighi di pubblicità.....</i>	<i>88</i>
14.3	<i>Programmazione per il Piano della Trasparenza.....</i>	<i>107</i>
15.	<i>Adozione del Regolamento per la gestione e l'aggiornamento del Portale Istituzionale e dell'Albo pretorio on line</i>	<i>108</i>
15.1	<i>Contenuti del Regolamento.....</i>	<i>108</i>
15.2	<i>Struttura e Gestione dell'Albo Pretorio Informatico</i>	<i>109</i>
15.3	<i>Figure, compiti e responsabilità.....</i>	<i>110</i>
15.4	<i>Elenco degli attuali redattori.....</i>	<i>111</i>
16.	<i>Accesso civico, l'accesso documentale e nuovi risvolti normativi.....</i>	<i>113</i>
17.	<i>La protezione dei dati personali e le azioni conseguenti</i>	<i>115</i>
17.1	<i>Aspetti generali.....</i>	<i>115</i>
17.2	<i>Attività avviate.....</i>	<i>116</i>
17.3	<i>Piano operativo per il 2021</i>	<i>119</i>
18.	<i>Aree a rischio specifiche nella sanità.....</i>	<i>124</i>
18.1	<i>Attività libero professionale e liste di attesa.....</i>	<i>124</i>
18.2	<i>Sperimentazioni cliniche</i>	<i>126</i>
18.3	<i>Regolamento percorso salme.....</i>	<i>128</i>
19.	<i>Il comodato d'uso e la valutazione di prova</i>	<i>129</i>

20. I Regolamenti aziendali.....	131
20.1 Regolamenti in materia Organizzativa	131
20.2 Regolamenti in materia di Gestione del Personale	132
20.3 I Regolamenti aziendali da programmare per il triennio 2021-23	133
21. Cronoprogramma delle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2021	134
22. Disposizioni finali	135



1. Aspetti generali

1.1 Premessa

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2021-2023 (*PTPCT 2021-2023*) costituisce l'atto di indirizzo per l'applicazione in Azienda della normativa in materia.

Come previsto dall'articolo 1 c. 7 della L. 190/2012 si conferma per l'anno 2021 il dott. Pasquale Cassese, Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza già individuato con Deliberazione aziendale n.440 del 17 aprile 2013 e Responsabile per la Trasparenza con Delibera n. 796 del 17 luglio 2013, riconfermandone altresì le motivazioni e la valutazione che ne hanno determinato la scelta in sede di nomina.

Il seguente Piano, in una logica di continuità con i precedenti, aggiorna e attualizza le azioni e le misure realizzate avendo come riferimento le linee guida contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 (PNA 2019) adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019 (GU Serie Generale n. 287 del 7 dicembre 2019).

Il PNA 2019 rivede e consolida nello stesso documento tutte le indicazioni di carattere generale date fino ad oggi, successivamente alla Legge 190/2012, integrandole con gli orientamenti maturati nel tempo e che sono stati oggetto di appositi atti regolamentari.

Con il Piano Nazionale Anticorruzione 2019, l'ANAC ha inteso fare un riepilogo di massima di tutti i Piani ed aggiornamenti intervenuti successivamente alla Legge 190/2012, curando le disposizioni generali a cui gli enti pubblici in genere sono tenuti a rispettare nell'ambito relativo alla prevenzione della corruzione e obblighi di trasparenza.

Il Piano tiene conto inoltre degli approfondimenti per il settore sanitario svolti da ANAC dal 2015-2018 che mantengono ancora la loro validità. In particolare si menzionano i seguenti approfondimenti speciali:

- a) Area di rischio dei contratti pubblici – Aggiornamento PNA 2015 di cui alla Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015;
- b) Sanità – Aggiornamento PNA 2016 di cui alla Determinazione n. 12 del 28 agosto 2015;
- c) Sanità – PNA 2016 di cui alla Delibera n. 831 del 3 agosto 2016;

Particolare interesse destano i tre allegati al PNA 2019 e che riguardano: indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi; la rotazione “ordinaria” del personale; riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del RPCT.

Ormai parte strutturale del presente Piano, è la sezione relativa al trattamento dei dati personali: le misure, gli obblighi, la formazione e la pianificazione delle attività. Tali attività sono rese obbligatorie dal Regolamento per la Protezione dei Dati Personali emanato con GDPR 679/2016.

Il Regolamento ha introdotto la presenza in Azienda della figura del Responsabile Protezione Dati (DPO), le cui attività, strettamente correlate agli obblighi di trasparenza, hanno spinto la Direzione strategica ad incardinare tale figura nell’Unità Operativa Affari Generali. Con deliberazione del CS n. 63 del 14/01/2021 è stato nominato un nuovo Responsabile Protezione Dati (DPO).

La predisposizione del Piano 2021-2023 non può prescindere dalla considerazione che l’emergenza pandemica che si è sviluppata a livello mondiale ha rallentato ma soprattutto ridefinito, nel corso dell’anno 2020, la valenza delle attività previste nel precedente Piano (in particolare le azioni e le misure previste per il 2020) facendo sorgere nuove attenzioni legate ai rischi di corruzione derivanti dalla nascita e dallo sviluppo di nuovi processi in chiave di emergenza.

In questo Piano:

- saranno esaminate le nuove attività e/o le nuove procedure, sorte per far fronte all’emergenza pandemica, che possono presentare rischi in chiave di prevenzione della corruzione;
- si continuerà, fermo restando quanto già raggiunto e nei limiti di quanto consentirà l’andamento dell’emergenza sanitaria, nello sviluppo degli obiettivi individuati nel precedente.



In conclusione il PTPCT 2021-2023 di aggiornamento tiene conto dello stato di attuazione raggiunto con i Piani precedenti, del nuovo atto aziendale, degli assetti organizzativi e funzionali da esso derivanti e delle nuove problematiche sorte in relazione all'emergenza sanitaria.

Il processo attivato presso quest'Azienda di adeguamento costante alle disposizioni sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza di cui si è potuto apprezzare la graduale crescita rispetto al primo Piano Triennale 2014/2016 ha subito un inevitabile rallentamento a causa dello stato pandemico e l'apertura di scenari nuovi inimmaginabili.

L'Ufficio Anticorruzione e Trasparenza si compone, oltre del RPCT, di un'unica unità di personale e, tale esigua dotazione organica non consente allo stato una ottimale attività di gestione e controllo dell'applicazione delle misure di prevenzione della corruzione indicate nel PTPCT considerando inoltre che, il RPCT, è anche Responsabile della Unità Operativa Semplice, Affari Generali.

Gli aggiornamenti legati invece agli adempimenti in materia di trasparenza sono evidenziati nella apposita sezione "Trasparenza" del presente Piano, nella quale sono indicate le Strutture ed i Responsabili della trasmissione e pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati, ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i.

Ad ogni modo nel presente piano si pongono in essere obiettivi da sviluppare nel breve periodo per l'anno in corso e, nella prospettiva del medio termine, sino al 2023, rivedendo nel contempo, gli obiettivi parzialmente raggiunti a causa del riposizionamento delle attività dovuto all'emergenza COVID-19.

1.2 *Situazione dell'anno 2020*

Come si è già accennato l'anno 2020, appena conclusosi, è stato segnato da una delle più gravi crisi della storia contemporanea determinata dal propagarsi, a livello mondiale, di un nuovo virus appartenente alla famiglia del coronavirus, denominato SARS-COV-2.

L'emergenza sanitaria che è ancora in atto ha inciso significativamente sui sistemi sanitari, oltre che su tutta l'economia del Paese.

A seguito della prima delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'epidemia da Covid-19, è stata necessaria un'inevitabile riconversione della programmazione sanitaria che si è dovuta adeguare a fronteggiare l'emergenza.

La nuova organizzazione dei servizi sanitari ha previsto la sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali programmate (ad esclusione di quelle urgenti e non procrastinabili), la riconversione ed il potenziamento della capacità produttiva, riconvertendo le strutture esistenti fino all'attivazione di reparti ospedalieri dedicati alla cura dell'epidemia (COVID hospital), con il coinvolgimento anche delle strutture private (accreditate e non). Le azioni del piano regionale hanno comportato per tutte le aziende sanitarie della regione la definizione di un piano di fabbisogni, in termini di acquisizione di personale, di beni (DPI, in primis), farmaci, attrezzature (es. ventilatori polmonari), di servizi (es. sanificazione, pulizie) e di effettuazione di lavori (si pensi alla dotazione di posti letto di terapie intensive che necessitano per la loro implementazione di interventi strutturali e tecnologici).

In questo contesto, dal febbraio 2020, la Direzione dell'A.O.U. Consorziale Policlinico di Bari ha dovuto adeguare la sua organizzazione in applicazione di disposizioni nazionali e regionali emanate per contrastare la pandemia, dovendo assicurare nuove esigenze assistenziali emergenziali. L'Azienda Ospedaliera Policlinico Bari, individuata dalla Regione Puglia quale Centro di riferimento per il contrasto alla pandemia si è dovuta dotare in brevissimo tempo, di una nuova organizzazione mirante appunto a separare dei plessi e dei percorsi definiti "COVID" e delle aree dedicate all'attività ordinaria e urgente NO-COVID;

Il Plesso Asclepios è stato convertito in Ospedale Covid, il che ha comportato repentini adattamenti anche logistici, come chiusure, riaperture, trasferimenti di reparti e/o servizi.

La direzione strategica aziendale, vista la rapida evoluzione dell'emergenza sanitaria in campo regionale, ha posto in essere una strategia di prevenzione e contenimento dei focolai in ambiente assistenziale mediante l'attivazione di azioni combinate e coordinate per contenere la diffusione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, quali, fra le altre:

- l'istituzione di una struttura, denominata «*Control Room Covid*», con il compito di supportare la Medicina del Lavoro con l'obiettivo di identificare e classificare quanto più rapidamente possibile i casi Covid tra operatori sanitari, rintracciare i contatti sia tra gli altri operatori sanitari sia tra i pazienti che possono aver avuto una interazione con il caso accertato di Covid per sottoporli a misure utili a limitare il rischio di diffusione, come l'automonitoraggio dei sintomi, l'allontanamento dal servizio degli operatori sanitari e l'esecuzione del tampone;
- l'implementazione strutturale del laboratorio di igiene che, individuato quale Centro di Coordinamento regionale di tutti i laboratori insistenti in ambito metropolitano coordinasse lo screening per il tracciamento dei pazienti positivi Covid;
- l'istituzione di tavolo di lavoro per la predisposizione di procedura regionali e aziendale per definire le modalità di esecuzione degli screening dedicati agli operatori e non che accedono in Ospedale, procedure operative per la sicurezza dei lavoratori e per la prevenzione della diffusione di infezioni;
- l'attivazione di un servizio di Televisita e Telesalute per i pazienti affetti da patologie croniche;
- l'attivazione di corsi di formazione per il personale sanitario per la vestizione/svestizione dei DPI, sanificazione ambienti ecc.ecc.;
- l'attivazione di modalità eccezionali di reclutamento del personale sanitario, a volte anche in deroga a norme vigenti: questo quale misura straordinaria necessaria a garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria nel rispetto dei L.E.A. e ad assicurare l'incremento dei posti letto per la terapia intensiva e subintensiva per la cura dei pazienti affetti dal virus;
- nello specifico è stata prevista, in caso di indisponibilità di graduatorie concorsuali, la possibilità di conferire incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie ed agli operatori socio - sanitari, previo avviso pubblico, anche solo per titoli, con forme di pubblicità semplificata. E' stata, inoltre, disciplinata la possibilità di reclutare personale delle professioni sanitarie, O.S.S. e medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso, mediante conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa;

- l'attivazione di procedure di urgenza di forniture di DPI, farmaci, apparecchiature elettromedicali;
- l'attivazione di istituti incentivanti per il personale impegnato in prima linea alla cura di pazienti Covid-19;
- il potenziamento delle misure di vigilanza e sicurezza per prevenire la consumazione di reati determinati dalla situazione emergenziale;
- l'attivazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 1, del DPCM 8.3.2020 per permettere ai dipendenti lo svolgimento della prestazione lavorativa in modalità smart-working (*lavoro agile*) straordinarie, anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla disciplina legislativa di riferimento, tanto nell'ambito delle misure volte a ridurre la mobilità dei dipendenti, agevolare la cura dei vari familiari e ridurre i contatti che avrebbero potuto ampliare i rischi di diffusione del contagio.

Nel corso del periodo emergenziale anche gli interventi chirurgici sono stati ridotti e limitati a categorie prioritarie e improcrastinabili quali i pazienti oncologici e i traumi. Nelle fasi finali del picco epidemico COVID-19, l'Azienda ha immediatamente avviato un'analisi per valutare – anche a seguito delle indicazioni nazionali e regionali e dei nuovi standard organizzativo-strutturali che si sono resi necessari per la corretta gestione della pandemia - l'impatto in termini di investimenti strutturali e di perdita di posti letto.

Per far fronte alla significativa perdita di posti letto sono state messe in campo una serie di azioni volte a:

- riorganizzare l'attività clinica
- efficientare l'utilizzo di posti letto
- stabilire accordi con altre Aziende per ricollocare, in un'ottica di appropriatezza e qualificazione del percorso di cura, attività sanitarie in altri ospedali della rete pubblica
- ristrutturare, stanze/padiglioni dedicate ad altre attività riconvertendole in degenza.

Nella seconda fase della Pandemia, per il contenimento ed il contrasto del contagio da COVID-19, sono state stabilite ulteriori misure sia a livello nazionale sia regionale, con disposizioni normative, circolari e ordinanze;

In particolare con il Decreto Legge n. 18/2020, convertito in Legge n.27/2020, l'articolo 4, comma 1, è stato stabilito che *“Le regioni e le province autonome possono attivare, anche in deroga ai requisiti autorizzativi e di accreditamento, aree sanitarie anche temporanee sia all'interno che all'esterno di strutture di ricovero, cura, accoglienza e assistenza, pubbliche e private, o di altri luoghi idonei, per la gestione dell'emergenza COVID-19, sino al termine dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri (...) I requisiti di accreditamento non si applicano alle strutture di ricovero e cura per la durata dello stato di emergenza”*;

Inoltre, il Decreto Legge del 19 maggio 2020, n. 34, convertito in legge del 17 luglio 2020, n. 77, all' articolo 2, comma 2 ha stabilito che *“Le regioni e le province autonome programmano una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letto di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente”*;

L'andamento della situazione epidemiologica ha reso necessaria l'adozione di immediate misure idonee a gestire l'offerta sanitaria, assistenziale ed organizzativa delle postazioni per fronteggiare l'emergenza da Covid-19;

La Regione Puglia ha messo in atto tutte le possibili azioni che potessero contribuire a potenziare ulteriormente l'offerta sanitaria di posti letto per far fronte all'emergenza da COVID-19 e, garantendo contestualmente, un'adeguata offerta assistenziale per le patologie ordinarie;

Pertanto con istanza di requisizione in uso di parte del Presidente della Regione Puglia, giusta nota prot. 2796/sp/2020, è stato richiesto di acquisire parte del compendio fieristico sito nella Città di Bari, per l'allestimento di un Ospedale temporaneo per l'assistenza dei pazienti Covid-19, sulla scorta dell'esperienza positiva già realizzata nella Regione Lombardia;

Il Prefetto di Bari in data 25 novembre 2020, giusta nota prot.n. 133093, ha adottato il provvedimento di requisizione d'uso temporanea affidando l'immobile Fiera del Levante in favore della Regione Puglia e della Azienda Ospedaliero Policlinico Bari.

Con atto dirigenziale n. 634 del 25/11/2020 il Dirigente della Sezione Protezione Civile ha aggiudicato i lavori di realizzazione della struttura temporanea presso la Fiera del Levante di Bari.

In data 16 gennaio 2021 è stata verbalizzata la consegna dell'immobile in argomento con l'avvio di fatto del progressivo subentro dell'AOU Policlinico alla Protezione Civile subordinando l'apertura della Struttura l'autorizzazione all'esercizio.

Con la D.G.R. n 137 del 27/01/21 avente ad oggetto: "Attivazione struttura sanitaria del Policlinico di Bari realizzata nei padiglioni della Fiera del Levante, atti inerenti e conseguenti" sono state fornite indicazioni in merito alla gestione sotto il profilo dinamico, organizzativo e logistico della Struttura da parte dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, nella considerazione che i tempi di attivazione della struttura temporanea in parola necessitano di un modello organizzativo innovativo capace di fornire una risposta immediata ai bisogni assistenziali dei pazienti che verranno ricoverati.

L'attivazione dell'Ospedale in fiera contribuisce alla realizzazione dell'obiettivo prioritario di fronteggiare l'emergenza da Covid-19 nell'ambito della più ampia rimodulazione delle azioni finalizzate al raggiungimento degli obiettivi di cui alla DGR del 18 novembre 2020 n. 1756;

Come riportato nella deliberazione del DG.n.43 del 13.03.2021, l'Ospedale in fiera ha ricevuto dalla Regione Puglia l'autorizzazione all'esercizio per n. 152 posti letto con una configurazione strutturale e tecnologica che possa:

- consentire la presa in carico di pazienti con quadri clinici a differente intensità assistenziale, commisurato all'andamento epidemiologico;
- permettere lo step-up e step-down dei pazienti stessi, assicurando la continuità della gestione clinico assistenziale delle patologie, in base alle mutevoli necessità legate alla malattia;

- configurare una organizzazione flessibile, capace di fornire una tempestiva risposta assistenziale in caso di improvviso incremento della curva pandemica, assicurando i diversi livelli di intensità di cure richieste;
- consentire la presa in carico dei pazienti in termini di complessità del quadro clinico e di intensità di assistenza, prevedendo la presenza di setting non più suddivisi in reparti secondo le discipline dei vari professionisti, ma organizzati in base alle esigenze di cura dei pazienti, il trattamento degli stessi consegue ad una valutazione di instabilità clinica associata a determinate alterazioni dei parametri fisiologici e alla complessità assistenziale;
- consentire di ospitare pazienti in condizioni critiche, che necessitano di monitoraggio intensivo delle funzioni vitali e da infusione continua di farmaci e presidi invasivi ed extracorporei, con assistenza intensiva e/o sub-intensiva;
- consentire di ospitare pazienti con patologie di area critica (Terapia Intensiva e sub-intensiva) e specialistiche (nefrologia e dialisi, etc.), nonché aree internistiche.

L'Azienda, ha vissuto inoltre in quest'anno, segnato dalla pandemia, anche un cambio temporaneo della Direzione Strategica e ciò ha provocato inevitabilmente rallentamenti e cambi dei programmi ed obiettivi aziendali da sviluppare, incidendo su quanto già sviluppatosi in precedenza.

1.3 *Prospettive*

In considerazione di quanto sopra, appare evidente che con il perdurare della Emergenza sanitaria, non sarà possibile prevedere una pianificazione strategica ordinaria a medio-lungo termine.

Così come indicato anche nel Piano della Performance 2021-2023 approvato con la Deliberazione del CS n.195 del 1 febbraio 2021 la Direzione Aziendale ha basato la sua programmazione per l'anno 2021, sul perseguimento di obiettivi minimi di produzione e di rigoroso controllo dei correlati costi.

Come già più volte sottolineato nei Piani precedenti, le fasi di messa a regime delle linee indicate dalla Legge 190/2012 e, di conseguenza, dall'ANAC necessitano di tempi medi, anche in considerazione delle difficoltà operative di assenza di una struttura aziendale interamente dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza e dalle enormi dimensioni sia strutturali che organizzative (alto numero di dipendenti di qualifiche molto disparate ed articolate, riflessi per i rapporti con l'Università di Bari).

Ciò si evidenzia soprattutto rappresentando la necessità che siano adottate in Azienda linee operative e/o regolamenti atti a delineare precise e specifiche competenze, in attesa di aggiornare l'analisi dei processi amministrativi a rischio corruttivo ormai obsoleti in quanto risalenti al 2014 di cui in dettaglio si tratterà in avanti.

Con il rinvio di alcune procedure di acquisizione del software richiesto all'Amministrazione per organizzare una fase evoluta dello studio dei processi tanto amministrativi che sanitari obbligatori per valutare i settori a rischio corruzione, tale programma dovrà essere conseguentemente prorogato. L'esigenza di tale software vi è ancor più in quanto indirizzato anche alle proprie parallele funzionalità collegate agli obblighi imposti al DPO aziendale dalle Direttive europee sulla privacy.

In ultimo va sottolineato che la Direzione Strategica ha definito una bozza della modifica dell'Atto Aziendale attualmente presente, adottato nel 2017 con Delibera D.G. n.411, che attualmente è in visione all'Università di Bari per un parere finale.

Il panorama futuro aziendale sicuramente sarà condizionato dalla stesura definita della nuova versione dell'Atto Aziendale con alcune variazioni nella struttura organizzativa.

In questo quadro generale deve aggiungersi l'importanza strategica che sta assumendo nel ruolo di coordinamento l'AGENAS per gli indirizzi normativi nel Servizio Sanitario Nazionale, come anche va aggiunta una strategia di sviluppo regionale comune da parte della Regione Puglia.

1.4 *Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*

In considerazione di quanto evidenziato nel PNA 2019, appare indispensabile ribadire i compiti ed i poteri assegnati dalla Legge 190/2012 al RPCT ed ai rapporti con altri organi ed uffici dell'Azienda. Si è pensato, pertanto di riportare quanto è espressamente indicato nell'allegato 3 dello stesso Piano.

1.4.1 *Compiti e poteri del RPCT*

- L'art 1, co. 8, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT predispona –in via esclusiva (essendo vietato l'ausilio esterno) –il PTPCT e lo sottopone all'Organo di indirizzo per la necessaria approvazione.
- L'art 1, co. 7, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT segnali all'organo di indirizzo e all'OIV le “disfunzioni” (così recita la norma) inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indichi agli uffici competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.
- L'art. 1,co. 9, lett. c), l.190/2012 dispone che il PTPC preveda «*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano*», con particolare riguardo alle attività ivi individuate.
- L'art 1, co. 10, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT verifichi l'efficace attuazione del PTPC e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione. La richiamata disposizione assegna al RPCT anche il compito di verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione.
- L'art. 1, co. 14, l. 190/2012 stabilisce che il RPCT rediga la relazione annuale recante i risultati dell'attività svolta tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC.

- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 assegna al RPCT, di norma, anche le funzioni di Responsabile per la trasparenza, attribuendo a tale soggetto *“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 all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”*.
- L'art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 attribuisce al RPCT il compito di occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico: *“Nei casi di diniego totale o parziale dell'accesso o di mancata risposta entro il termine indicato al comma 6, il richiedente può presentare richiesta di riesame al responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, che decide con provvedimento motivato, entro il termine di venti giorni”*.
- L'art. 5, co. 10, d.lgs. 33/2013 precisa poi che nel caso in cui la richiesta di accesso civico riguardi dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, il RPCT ha l'obbligo di effettuare la segnalazione all'Ufficio di disciplina di cui all'art.43, co.5 del d.lgs. 33/2013.
- L'art. 15, co. 3, D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62 stabilisce che il RPCT curi la diffusione della conoscenza dei Codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale della loro attuazione, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione ad ANAC dei risultati del monitoraggio.

1.4.2 Il supporto conoscitivo ed informativo al RPCT

- L'art. 1, co. 9, lett. c), l.190/2012, con particolare riguardo ai contenuti del PTPC stabilisce che in esso debbano essere previsti obblighi di informazione nei confronti del RPCT, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPC e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.
- L'art. 16, co. 1-ter, d.lgs. n. 165 del 2001 stabilisce che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali sono tenuti a *“fornire le informazioni richieste dal soggetto competente*

per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione".

- L'art. 8, D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 stabilisce che i dipendenti dell'amministrazione sono tenuti a *"rispettare le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione e a prestare collaborazione al responsabile della prevenzione della corruzione"*.

1.4.3 I rapporti con l'organo di indirizzo

- L'art. 1, co. 8, l.190/2012 stabilisce che *"l'organo di indirizzo definisce gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, che costituiscono contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del PTPC"*. Tali poteri di indirizzo sono strettamente connessi con quelli che la legge attribuisce al RPCT per la predisposizione del PTPC nonché per la verifica sulla sua attuazione e idoneità con conseguente potere di proporre modifiche dello stesso Piano.
- L'art. 1, co.14, l.190/2012 stabilisce l'obbligo per il RPCT di riferire all'Organo di indirizzo politico sull'attività, con la relazione annuale sopra citata, da pubblicare anche nel sito web dell'amministrazione. Nei casi in cui l'organo di indirizzo lo richieda, il RPCT è tenuto a riferire sull'attività svolta.
- L'art. 1, co. 7, l.190/2012 stabilisce l'obbligo da parte del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV le disfunzioni inerenti all'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione.
- La medesima disposizione, al fine di garantire che il RPCT abbia poteri all'interno di tutta la struttura tali da poter svolgere con effettività i propri compiti, stabilisce che *"l'organo di indirizzo dispone le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare al RPCT funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività"*

1.4.4 I rapporti con l'Autorità Nazionale Anticorruzione

- L'art. 43, d.lgs. 33/2013 stabilisce che al RPCT spetti il *“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 all'organo di indirizzo politico, all'Organismo indipendente di valutazione (OIV), all'Autorità nazionale anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione”*.
- L'art 15, d.lgs. 39/2013, analogamente, stabilisce che il RPCT segnali casi di possibile violazione delle disposizioni del richiamato decreto, tra gli altri anche all'Autorità nazionale anticorruzione.
- La medesima norma, al co.3, prevede l'intervento di ANAC sui provvedimenti di revoca del RPCT qualora rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal Responsabile in materia di prevenzione della corruzione. La richiamata disposizione si inserisce in un sistema più ampio di tutela e garanzia del RPCT messo in atto dal legislatore che prevede l'intervento di ANAC su misure discriminatorie anche diverse dalla revoca, perpetuate nei confronti del RPCT per motivi collegati, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni (art. 1, co. 7, l. 190/2012). L'Autorità ha ritenuto opportuno disciplinare il proprio intervento sia con riferimento alla revoca, sia con riferimento alle altre misure discriminatorie nei confronti del RPCT con *“Regolamento sull'esercizio del potere dell'Autorità di richiedere il riesame dei provvedimenti di revoca o di misure discriminatorie adottati nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) per attività svolte in materia di prevenzione della corruzione”* adottato dal Consiglio dell'Autorità in data 18 luglio 2018.
- L'art. 15, co. 3, D.P.R. 16 aprile 2013 n. 62, stabilisce che il RPCT comunichi ad ANAC i risultati del monitoraggio annuale dell'attuazione dei Codici di comportamento.
- L'art. 45, co. 2, d. lgs.33/2013 stabilisce che ANAC controlli l'operato dei responsabili per la trasparenza a cui può chiedere il rendiconto sui risultati del controllo svolto all'interno delle amministrazioni.

2. **Analisi del contesto. Contesto interno.**

2.1 *Situazione strutturale.*

L'Azienda è un ente pubblico dotato di autonomia organizzativa e gestionale dal 1° maggio 1996 ed opera nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale e Nazionale.

Sede della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari, ospita gli insegnamenti dei corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e i Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie. Con decorrenza 01/01/2005, lo stabilimento Giovanni XXIII è stato accorpato all'Azienda Policlinico. Le funzioni di assistenza, didattica e ricerca sono svolte in forma integrata e opportunamente regolamentate dal protocollo d'intesa Regione - Università degli Studi di Bari, di cui l'ultimo stipulato il 03/09/2013.

L'Azienda, come detto, è attualmente costituita da due stabilimenti:

- Policlinico
- Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII"

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

La Direzione aziendale, composta dal Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo supporta le attività tipiche di direzione strategica e fa fronte ai suoi compiti istituzionali.

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo aziendale, questo si fonda sulla multi-disciplinarietà e multi-professionalità e mira al miglioramento delle competenze sia in ambito sanitario che amministrativo (professionali, tecnico scientifiche e gestionali).

Dal punto di vista sanitario, il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo di gestione, garante delle funzioni di governo clinico dei percorsi assistenziali (PDTA) e della tutela della salute collettiva. E' costituito da strutture omogenee, affini e complementari per disciplina, che perseguono comuni finalità nel pieno rispetto della propria autonomia e responsabilità riguardo alla loro gestione assistenziale del paziente, e organizzato come centro di responsabilità e di costo in modo da garantire unitarietà della gestione.

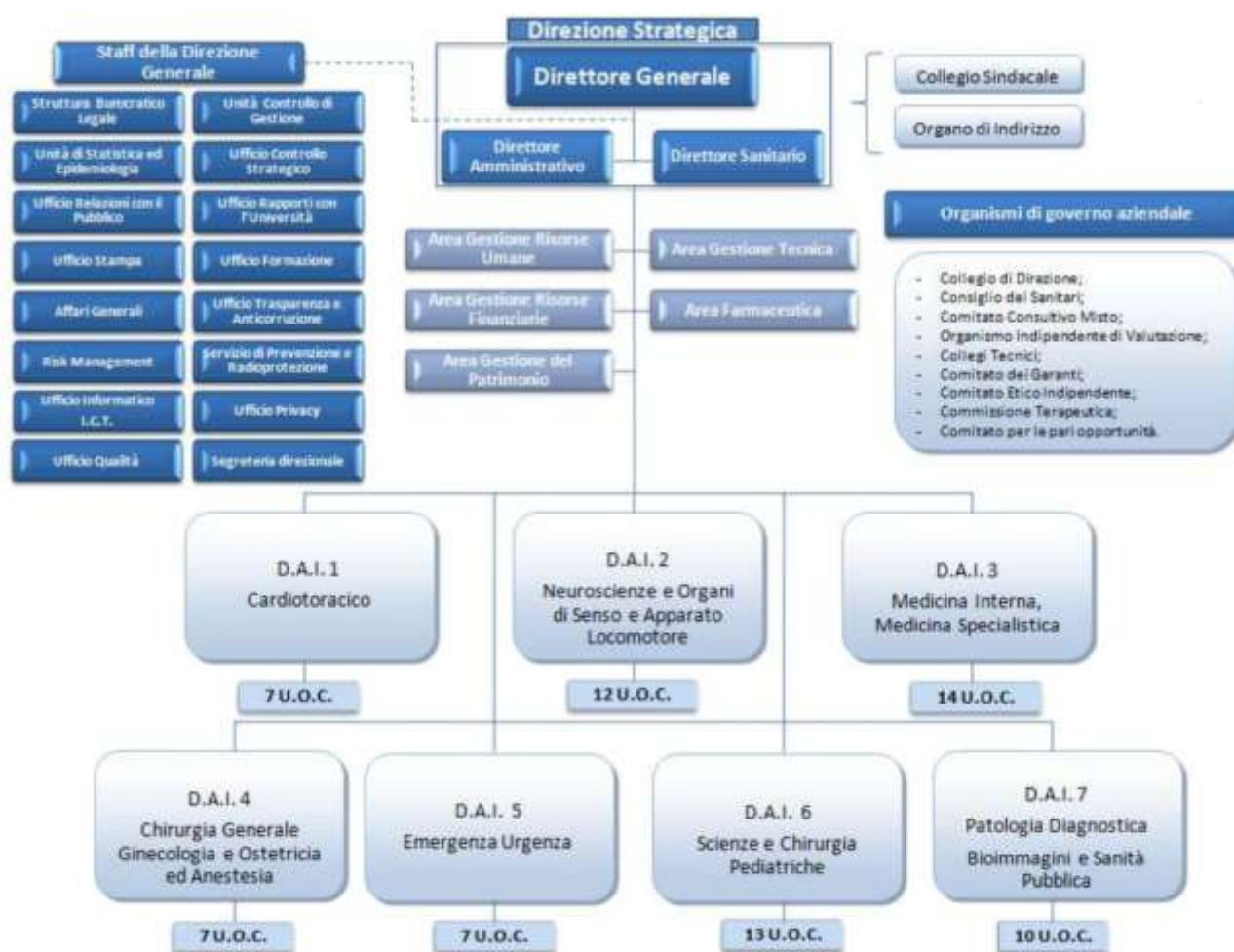
Il Dipartimento di Assistenza Integrata (DAI), Centro di responsabilità e di costo, è costituito da strutture complesse e strutture semplici. Il DAI è organizzato in modo da garantire l'unitarietà della gestione e l'ottimale collegamento tra assistenza, formazione e ricerca, nel rispetto delle funzioni istituzionali sia del Servizio Sanitario e dall'ordinamento universitario. A ciascun DAI afferisce il personale universitario conferito in convenzione ed il personale del servizio sanitario, assegnato alle strutture da cui è costituito. Le strutture complesse rappresentano l'articolazione interna del DAI. Ciascuna struttura complessa fa parte di un solo DAI e possiede autonomia tecnico professionale e gestionale-organizzativa, limitatamente alle risorse assegnate.

Le strutture semplici sono articolazioni organizzative individuate all'interno delle strutture complesse e svolgono un'attività specifica non coincidente con l'omologa struttura complessa di riferimento. Esse dispongono di un budget finalizzato alla gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale svolgono attività e funzioni specifiche nell'ambito del Dipartimento di riferimento e dispongono di un budget finalizzato alla gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali.

Le prestazioni vengono effettuate in regime di elezione, di ricovero (ordinario e in Day Hospital) ed in regime ambulatoriale e di Day Service, nonché in urgenza attraverso il Pronto Soccorso.

Dal punto di vista amministrativo, l'organigramma aziendale presenta Strutture e Unità Operative Semplici, di Staff alla Direzione Generale e Unità Operative Complesse, assegnate ai Direttori di cinque Aree: Area Gestione Risorse Umane, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Risorse Finanziarie, Area Gestione del Patrimonio, Area Farmaceutica. Si segnala che attualmente sono prive di capo Area, l'Area Gestione Risorse Umane e l'Area Gestione Risorse Finanziarie, dirette ad interim dal Direttore Amministrativo. Di seguito la rappresentazione sintetica degli Organi dell'Azienda di cui al vigente Atto Aziendale.



2.2 Centri di eccellenza e riferimento nel territorio

L'Azienda intesa come Policlinico e Pediatrico "Giovanni XXIII" ha in sé presidi di eccellenza e convive con la Facoltà di Medicina dell'Università di Bari e, quindi, sede di ricerca, accoglie numerosi centri di riferimento territoriale, regionale e frequentemente anche extraregionale.

L'Azienda Policlinico di Bari, sede di Pronto Soccorso a cui afferisce la maggior utenza del territorio metropolitano, ospita nel suo seno la Centrale operativa e di coordinamento del Servizio Regionale 118.

Eccellenza per studio, prevenzione e cura di numerose attività specialistiche, l'Azienda rappresenta un riferimento costante per la realizzazione di progetti a finanziamento regionale e ministeriale di alto rilievo, in specie nei casi di seguito indicati:

- Centro Regionale Trapianti,
- Centro Regionale di Fibrosi Cistica,
- Unità Spinale Unipolare,
- GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne bambini Abusati),
- Malattie metaboliche,
- Procreazione Medicalmente Assistita (PMA),
- Biobanche di gameti e di cellule staminali,
- Coordinamento del Servizio Trasfusionale,
- Coordinamento Registro Epidemiologico Pugliese (REP).

L'Azienda ospedaliera sede dell'Università degli Studi di Bari svolge attività di ricerche specialistiche in tutti gli ambiti di disciplina medica e per numerose tipologie di malattie rare.

2.3 Telemedicina e telecardiologia

Un discorso a parte merita il progetto regionale di Telemedicina attivato con la Deliberazione di Giunta della Regione Puglia n. 1116 del 04/06/2014 ed organizzato con D.G.R. Puglia n. 1231 del 02/08/2016.

Con tale progetto, si è definita la pianificazione di una di graduale deospedalizzazione con assistenza domiciliare, sulla base di controlli in remoto, con strumenti web, al fine di agire in primis sulla prevenzione e quindi sulla diagnosi e cura di tipologie croniche.

Il servizio di "Telecardiologia", ormai attivo a regime dal 2015 opera con risultati soddisfacenti in collaborazione con il servizio 118 per l'effettuazione di consulenze di cardiologia sulle chiamate in urgenza, determinando la soluzione di casi critici con il solo intervento domiciliare, decisivo per tempestività e per evitare affollamenti presso i punti di Pronto Soccorso e successivi ricoveri.

2.4 Conclusioni

La grave crisi pandemica, ancora in atto, ha inevitabilmente condizionato e stravolto la programmazione e l'espletamento dell'attività amministrativa ordinaria dell'Azienda O.U.C. Policlinico, la maggiore azienda ospedaliera pubblica del meridione, chiamata in prima fila a fronteggiare l'emergenza sanitaria e impegnata nel coordinamento, a livello regionale, della campagna vaccinale, per la quale, oltre all'impiego (full time) del personale sanitario strutturato, è in corso una massiccia campagna di reclutamento di figure professionali in ambito sanitario (medici, infermieri professionali e operatori socio-sanitari) sia tramite avviso di interesse (con contratto di lavoro a tempo determinato - rinnovabile) che tramite il riavvio dell'iter procedurale di alcuni concorsi bloccati ad inizio emergenza pandemica.

Quindi in questa grave situazione emergenziale, l'Amministrazione, al fine di prevenire e limitare situazioni lavorative a rischio contagio, ha dato un ulteriore impulso al Piano di transizione al digitale (già previsto dal relativo Decreto Ministeriale) avviando una serie di iniziative di dematerializzazione, per quanto riguarda l'enorme flusso di documentazione relativa alla stessa attività amministrativa e promuovendo, sempre a fine della tutela della salute dei lavoratori, la possibilità di utilizzare la modalità lavorativa (contrattualmente prevista) dello *smartworking* consentendo a quei dipendenti, la cui presenza in servizio non è indispensabile per le funzioni assegnate, di poter svolgere la propria attività lavorativa in modalità agile, prevedendo in merito, sistemi di misurazione e verifica dell'effettuazione della prestazione lavorativa ad obiettivi.

Per la realizzazione di tale "rivoluzione gestionale" l'Amministrazione ha messo in campo strumenti che possano attuare tale strategia organizzativa, quale la possibilità per i dipendenti in *smart working* di collegarsi da remoto alla piattaforma informatica aziendale, l'utilizzo della rilevazione virtuale delle presenze e l'apposizione della firma digitale.

In merito ad alcune modifiche dell'impianto organizzativo aziendale, occorre citare l'istituzione, presso l'Area Gestione Tecnica, di un nuovo Ufficio di staff competente in materia di *Facility Management* con la funzione di conseguire una più efficace ed efficiente gestione delle attività del servizio sanitario inteso non solo sotto l'aspetto clinico ma anche sotto l'aspetto del benessere ambientale del paziente, dei servizi di logistica ed in particolare di

pulizia, giardinaggio, gestione magazzino materiali di pulizia e consumo, trasporto materiali biologici e gestione flotta auto. Inoltre, lo stesso dirigente dell'Ufficio succitato, nel corso dello stesso 2020, ha rivestito l'incarico di *Mobility Manager* impegnandosi a pianificare e ottimizzare un sistema di mobilità sostenibile, come previsto dalla normativa di settore e dall'art. 229 del Decreto Legge del 19 maggio 2020, n. 34, novellato dalla Legge 17 luglio 2020, n. 77 e promuovere forme di mobilità condivisa dei mezzi pubblici/navette aziendali e forme di mobilità alternativa (bicicletta e micro mobilità elettrica).

Per problematiche di politica sanitaria oltre che di natura emergenziale, non si è ancora realizzato il previsto spin-off del Polo Pediatrico, per cui l'Azienda attualmente resta costituita da due stabilimenti: Policlinico e Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII". L'A.O.U.C. Policlinico convive con la Facoltà di Medicina della Università degli Studi "A. Moro" di Bari, ospita gli insegnamenti dei Corsi di Laurea in Medicina e Chirurgia, Odontoiatria e i vari Corsi di Laurea nelle Professioni Sanitarie. Le funzioni di assistenza, didattica e ricerca sono svolte in forma integrata e opportunamente regolamentata dal Protocollo d'intesa Regione - Università di Bari.

L'Azienda ha visto nel corso dell'anno 2020 momenti di stasi per il cambio della Direzione strategica che hanno determinato anche cambi nell'organizzazione strutturale sia amministrativa che sanitaria incidendo sul flusso e sulla continuità dell'attività.

3. **Analisi del contesto. Contesto esterno.**

3.1 *Situazione ambientale*

I fenomeni corruttivi e le altre forme di illiceità sono tra le principali cause di ostacolo all'efficienza ed efficacia dell'azione amministrativa, incidendo negativamente sul corretto funzionamento delle istituzioni pubbliche nel loro complesso, per cui vanno ricercate strategie sempre più efficaci in grado di fronteggiarne l'evoluzione. Come sottolineato più volte da ANAC il settore sanitario è esposto a rischi specifici in considerazione dell'entità delle risorse gestite, delle particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti sanitari, utenti, fornitori di prodotti sanitari (grandi attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci) per le relazioni tra attività istituzionali e attività libero professionali dei dirigenti sanitari, per gli interessi economici dei soggetti accreditati.

La prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio è l'analisi del contesto esterno che si propone l'obiettivo di evidenziare come gli elementi caratterizzanti ambiente con il quale l'Amministrazione viene a interfacciarsi nell'esplicazione delle proprie funzioni istituzionali possono favorire il possibile verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno.

Acquistano, in proposito, rilievo le variabili culturali, criminologiche, sociali economiche proprie del territorio, elementi tutti dai quali non si può prescindere in vista di una corretta progettazione delle misure volte alla prevenzione amministrativa della corruzione.

Al fine di identificare gli ambiti di rischio maggiormente rilevanti e conseguentemente orientare le azioni e le misure di questo Piano per il triennio appare significativo richiamare i risultati evidenziati nello scenario generale.

Più volte all'Italia sono state attribuite posizioni pesanti in "classifiche" mondiali, tra i paesi più corrotti (posizioni differenziate a seconda di chi conduce le indagini, ovvero International Risk Guide, Corruption Perception Index, World bank Indicators), dopo paesi quali la Georgia, il Ruanda o il Ghana.

E' stato "stimato" quale costo della corruzione in Italia pari a 60 miliardi di euro all'anno.

In questi ultimi tempi tale inquadramento è stato rivisto, alla luce di più approfondite considerazioni e dando maggior rilievo al fatto che queste indagini si basano sulla “percezione”.

Secondo l'Indice di Percezione della Corruzione del 2018, l'Italia è al 53° posto nel mondo per corruzione percepita.

Secondo un sondaggio speciale Eurobarometro del 2020, l'88% degli intervistati italiani considera la corruzione diffusa (contro una media UE del 71%) e il 35% si sente personalmente danneggiato dalla corruzione nella vita quotidiana (contro una media UE del 26%).

Tra le imprese, il 91% ritiene che la corruzione sia diffusa (contro una media UE del 63%), mentre il 54% ritiene che la corruzione rappresenti un problema nell'attività imprenditoriale (contro una media UE del 37%). Il 42% degli intervistati ritiene che l'efficacia dei procedimenti penali sia sufficiente per dissuadere dalle pratiche di corruzione (contro una media UE del 36%), mentre il 25% delle imprese ritiene che le persone e le imprese che corrompono un alto funzionario siano punite in modo adeguato (contro una media UE del 31%).

In riferimento all'ultimo monitoraggio (“mappiamo la corruzione”) effettuato da Transparency International Italia, i casi di corruzione riportati dai media nazionali sono 767 e riguardano tutte le regioni della penisola. C'è comunque una concentrazione maggiore al Sud dove sono stati registrati 360 casi, contro i 251 del Nord e i 156 del Centro.

I settori più colpiti sono la Pubblica Amministrazione (306 casi), la Sanità (104 casi) e la Politica (71 casi), tutti cruciali per il buon funzionamento della nostra democrazia.

Inoltre è importante sottolineare che il 27% dei casi registrati riguarda un appalto e quindi il denaro pubblico e la sua ripartizione, evidentemente ancora troppo spesso sprecato a fronte dell'opportunità di finanziare opere necessarie a tutti i cittadini. Indiscutibilmente i settori che registrano il maggior numero di casi legati agli appalti riguardano la Pubblica Amministrazione (116 casi) e purtroppo vanno a toccare due settori importanti per la vita di tutti noi, come la Sanità (33 casi) e l'Ambiente (19 casi).

Dopo la corruzione che resta il reato con il maggior numero di casi (270), troviamo il peculato (139 casi) e l'abuso d'ufficio (87 casi), in linea con il settore più colpito, quello della

P.A. Subito dopo si rilevano la truffa (71 casi) e la turbativa d'asta (62 casi). In riferimento al 2019, quasi due terzi dei casi raccolti si riferisce ad indagini in corso, mentre solo il 27% è approdato in Tribunale. Nei tre gradi di giudizio, la prescrizione è intervenuta almeno per un imputato o per un capo d'imputazione nel 6,5% dei casi riportati.

La presente analisi del contesto costituisce un elemento di aggiornamento al PTPCT di questa Azienda chiamata ad affrontare la nuova sfida della gestione emergenziale e governare i nuovi processi e i rischi connessi alla fase pandemica.

Secondo il rapporto di Libera (come da commento di Antonio Maria Mira):

Negli ultimi tre anni il 13% degli episodi corruttivi ha riguardato il settore della sanità. Ma ora con l'emergenza Covid-19 c'è il rischio che vada molto peggio.

Dall'inizio della pandemia al 17 novembre, secondo Autorità nazionale anticorruzione (Anac), sono stati messi a bando per affrontare la crisi sanitaria oltre 14 miliardi di euro. Soldi spesi per l'acquisto massiccio di servizi e forniture, dalle mascherine ai banchi di scuola, attraverso procedure straordinarie. A fronte di questa enorme cifra le stazioni appaltanti hanno comunicato soltanto importi aggiudicati per 5,55 miliardi. Per oltre il 60% non si sa nulla. Non si sa cioè se siano stati erogati o meno, in che forme, per farci che cosa. In poche parole, non se ne ha traccia, nonostante la normativa relativa alla trasparenza amministrativa. Sono alcuni dati presentati da *Libera* e *lavialibera*, la rivista dell'associazione in un dossier dal titolo "*InSanità. L'impatto della corruzione sulla nostra salute*" in occasione della Giornata Internazionale contro la corruzione. Il dossier attraverso documenti istituzionali, dati delle forze dell'Ordine, delle inchieste giudiziari e con due focus sulla percezione della corruzione in ambito sanitario, punta ad accendere la luce su alcune delle condotte che maggiormente espongono il mondo dell'assistenza alla salute.

Negli ultimi anni, il nostro Paese ha migliorato la sua posizione grazie all'approvazione di nuove normative, in primis la legge anticorruzione e quella per la protezione dei whistleblower, ma c'è ancora molto da fare.

Il Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO) del Consiglio d'Europa ha pubblicato delle linee guida rivolte ai suoi 50 Stati membri con l'obiettivo di prevenire la corruzione nel contesto dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19.

Le linee guida, emesse dal Presidente del GRECO, Marin Mrcela, sottolineano che la diffusione del COVID-19 aumenta i rischi di corruzione e che il settore sanitario è particolarmente esposto, soprattutto per l'urgente necessità di forniture mediche e la semplificazione delle regole di approvvigionamento, strutture mediche sovraffollate e personale medico sovraccarico.

“In un contesto in cui i paesi affrontano emergenze innegabili, una concentrazione del potere e deroghe di diritti e libertà e in cui ingenti somme di denaro vengono immesse nell'economia per alleviare la crisi, i rischi di corruzione non devono essere sottovalutati”, ha dichiarato il Presidente del GRECO. “Le decisioni relative alle misure prese dalle autorità centrali, regionali e locali per affrontare la pandemia devono essere trasparenti e oggetto di supervisione e responsabilità. Le persone che denunciano irregolarità nel settore sanitario devono essere protette”, ha aggiunto.

Il Presidente del GRECO ha inoltre ricordato che la trasparenza nel settore pubblico è uno dei mezzi più importanti per prevenire la corruzione, qualunque sia la sua forma. *“In una situazione di emergenza, è fondamentale che le istituzioni pubbliche comunichino informazioni su base regolare e affidabile. Ciò vale per la pandemia stessa, ma anche per le misure di emergenza per affrontarla. Non dobbiamo permettere al COVID-19 di compromettere i nostri valori e le nostre norme, comprese la trasparenza e la responsabilità. Le piattaforme di informazione digitali, come i portali dedicati alla trasparenza, sono strumenti preziosi per prevenire la corruzione e contribuire a proteggere lo Stato di diritto”*, ha dichiarato.

Le pratiche corruttive possono riguardare il sistema di aggiudicazione degli appalti, i servizi legati al settore medico, il settore della ricerca e sviluppo (R&S) di nuovi prodotti, in particolare sotto forma di conflitti di interesse o attività di lobbying e, tra gli altri rischi, vi è quello della commercializzazione di prodotti medici contraffatti legati al COVID-19.

Transparency International Italia sottolinea come l'emergenza Covid19 stia richiedendo estremi sforzi al Sistema Sanitario Nazionale. I governi stanno mobilitando risorse economiche senza precedenti e il governo centrale attribuisce poteri straordinari a commissari nazionali e regionali. Molti appalti pubblici vengono aggiudicati ed eseguiti con procedure accelerate, i benefici economici vengono riconosciuti sulla base di semplici autocertificazioni, incredibili quantità di dati clinici e sanitari vengono raccolti quotidianamente ed entrano nel patrimonio pubblico.

Tutto ciò significa che i rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa sono molto più elevati rispetto alle condizioni di "normalità".

I rischi di corruzione emergenti in Italia secondo Trasparency sono riconducibili ai seguenti settori:

1. APPALTI E CONTRATTI PUBBLICI
2. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
3. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

Questi andranno inseriti tra le aree su cui concentrare le azioni prioritarie dei prossimi mesi; tra quelle suggerite da Transparency International Italia vi sono un'efficace applicazione della legge sul whistleblowing, una maggiore trasparenza (ad esempio su processi contrattuali, spesa pubblica) e disclosure dei clinical trials.

Gli eventi legati alla diffusione della pandemia da Covid 19, tutt'ora in corso, causa di migliaia di contagi con esito infausto, hanno intaccato il tessuto sociale ed economico del nostro Paese e condizionato le attività programmatiche e gestionali della Pubblica Amministrazione, in particolare delle Aziende sanitarie come la nostra, A.O.U.C. Policlinico, impegnata in prima fila sul fronte dell'emergenza sanitaria persistente sul territorio pugliese, a tal punto da rendere irrealizzabile gran parte del cronoprogramma previsto per l'anno 2020 nel relativo PTPCT.

Pur in attesa di potersi avvalere di strumenti e soluzioni informatiche (software dedicato) idonee a poter svolgere compiutamente l'attività di monitoraggio (annualmente aggiornata) dei processi e dei procedimenti a rischio corruzione, questo Ufficio di Prevenzione

della Corruzione e promozione della Trasparenza ha continuato a monitorare generalmente le attività sia per un controllo su eventi corruttivi che sugli obblighi di trasparenza, sollecitando una fattiva collaborazione non solo da parte di tutti i Referenti anticorruzione aziendali, ma anche da parte di quei dipendenti testimoni di attività o eventi corruttivi, in ottemperanza alla L. 179/2017 (Whistleblowing), che compromettono la liceità, l'efficacia e l'efficienza della azione amministrativa. A tal proposito, considerando l'ambiente esterno, bisogna riconoscere che il quadro giuridico ed istituzionale per la lotta alla corruzione è sostanzialmente funzionante anche grazie al fatto che la legislazione ha elevato i livelli delle sanzioni per quasi tutti i reati di corruzione, allo scopo di renderle più efficaci e dissuasive.

La legge ha inoltre inasprito il regime delle pene accessorie, ampliando il campo di applicazione dell'interdizione perpetua e temporanea dai pubblici uffici per una vasta gamma di reati di corruzione. Nel maggio 2019 sono state modificate le disposizioni inerenti lo scambio elettorale politico-mafioso (Art. 416-ter del codice penale) allo scopo di colpire le organizzazioni criminali che hanno con il loro operato creato reti. L'Italia ha un efficace sistema di recupero dei beni frutto di azioni delittuose, fondamentale per integrare il regime sanzionatorio anticorruzione. Il regime italiano di recupero dei beni, che comprende sia la confisca in seguito a sentenza di condanna che la confisca a prescindere dalla condanna, è ampiamente riconosciuto come una buona prassi a livello internazionale.

Con la Legge 190/2012 lo Stato ha individuato gli organi incaricati di svolgere, con modalità tali da assicurare un'azione coordinata, attività di controllo, di prevenzione e di contrasto della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione. La strategia nazionale di prevenzione della corruzione, infatti, è attuata mediante l'azione sinergica delle seguenti istituzioni:

L'ANAC (istituita nel 2014) che svolge funzioni di raccordo con le altre autorità ed esercita poteri di vigilanza e controllo dell'efficacia delle misure di prevenzione;

la Corte dei Conti, che partecipa ordinariamente all'attività di prevenzione attraverso le sue funzioni di controllo;

Il Nucleo anticorruzione della Guardia di Finanza che indaga e previene la corruzione in qualità di autorità di contrasto specializzata.

Inoltre, i servizi specializzati della Polizia e delle Procure intensificano gli sforzi per combattere l'infiltrazione della criminalità organizzata nella Pubblica Amministrazione. L'Unità di Informazione Finanziaria per l'Italia, autorità indipendente che opera presso la Banca d'Italia, presta sostegno alla Procura competente e collabora con la Guardia di Finanza in quanto autorità competente per ricevere le segnalazioni di transazioni sospette.

3.2 *Stato dell'ordine e della sicurezza nella città di Bari*

Al fine di meglio inquadrare il contesto della sicurezza pubblica della città di Bari nel quale quest'Azienda svolge le proprie funzioni istituzionali, si richiama la relazione del II semestre 2018 della Direzione Investigativa Antimafia con il seguente stralcio "Le compagini criminali più strutturate della città di Bari, oltre ai tradizionali traffici delittuosi, appaiono sempre più interessate all'infiltrazione dell'imprenditoria legale, specie quella connessa al settore degli appalti pubblici, all'edilizia e al commercio. Questi gruppi manifestano competenze tecniche sempre più elevate ed una marcata propensione ad investire in settori economici emergenti, come quello del gioco d'azzardo e delle scommesse on line", mettendo in evidenza la "capacità di impresa" del crimine organizzato che utilizza il flusso di denaro non solo nei mercati illeciti ma anche nell'economia legale attraverso l'acquisizione di attività commerciali, in particolare della piccola imprenditoria.

L'altro aspetto di rilievo, che ha connotato la città di Bari nel periodo in esame, riguarda il *"riacuirsi delle ostilità tra clan antagonisti, per il controllo delle piazze di spaccio e del racket, in un crescendo di agguati, gambizzazioni, veloci turn-over interni alle gerarchie criminali e difficoltà di controllo delle nuove leve, apparentemente insensibili ai precetti dei boss storici, molti dei quali detenuti e pertanto limitati nell'imporre le proprie regole"*. In tale contesto, le estorsioni costituiscono ancora la più emblematica forma di controllo del territorio. Nel caso in cui sono riconducibili a bande di giovani delinquenti, vengono spesso realizzate in forma violenta, anche ricorrendo all'uso delle armi. Sostanzialmente diversi appaiono, invece, i metodi adottati dai più alti livelli criminali, che mirano ad acquisire posizioni di monopolio o il controllo economico del territorio. Come ben evidenziato nel provvedimento

eseguito nei confronti di elementi appartenenti a organizzazioni malavitose , “...la sopraffazione - che connota la dinamica estorsiva ...” avviene per il semplice “...utilizzo della forza di intimidazione mafiosa, derivante dal vincolo associativo facente capo all’organizzazione mafiosa ... e della conseguente condizione di assoggettamento e di omertà generatasi all’interno della realtà economico produttiva nella quale operavano le aziende della vittima...”(pag.232)

3.3 Rete Ospedaliera Pugliese

La Puglia parte da una rete che offre, alla data del 31/12/2019 una dotazione di 13 mila posti letto, distribuiti tra 5 ospedali di II livello, 17 ospedali di I livello e 10 ospedali di base, 1 Ospedale di Area Particolarmente Disagiata: Ospedale Francesco Lastaria a Lucera, collegato funzionalmente all’Azienda Ospedaliera Universitaria “OO.RR” di Foggia.

La rete ospedaliera trova poi integrazione e complemento in 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici (IRCCS Giovanni Paolo II a Bari a indirizzo oncologico e IRCCS Saverio de Bellis a Castellana Grotte a indirizzo gastroenterologico), 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privati accreditati (IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri a Casano Murge e IRCCS Eugenio Medea a Brindisi) e 25 Case di Cura private accreditate.

L’Azienda Policlinico, collocata nel contesto urbano di Bari, fa parte della rete sanitaria pubblica che serve il comune di Bari la città metropolitana e i comuni limitrofi.

Nel corso di questi anni si è assistito al progressivo rafforzamento dei rapporti tra l’Azienda Ospedaliera Universitaria e l’Azienda Sanitaria Locale di Bari che ha trovato concreta applicazione nella definizione di una rete assistenziale provinciale che tenga conto delle professionalità, delle dotazioni strutturali, tecnologiche ed impiantistiche presenti nelle singole Aziende e successivi provvedimenti attuativi saranno destinati a regolamentare nel dettaglio le reti della emergenza-urgenza, tempo-dipendenti, le reti per patologia e la continuità ospedale-territorio.

L’integrazione ospedale territorio rappresenta un obiettivo strategico di tutte le aziende sanitarie. Al territorio viene chiesto di integrarsi con l’ospedale da un lato in termini di

maggior appropriatazza dell'accesso ai servizi ospedalieri, dall'altro nella presa in carico efficace dei pazienti dimessi.

3.4 Stakeholder

Per quanto riguarda più propriamente i rapporti con gli utenti - c.d. stakeholder -, particolare significato assume l'intento dell'Amministrazione di valorizzare i feedback con i principali fruitori di servizi, al fine del perseguimento di standard sempre più elevati di qualità nelle prestazioni offerte.

Quanto sopra si inserisce anche in un'ottica atta a diffondere e potenziare sempre più la cultura della trasparenza e della responsabilità (*accountability*) tramite il coinvolgimento, nell'ambito dello svolgimento delle proprie funzioni istituzionali, tanto di soggetti istituzionali che della stessa società civile.

A livello di società civile un ruolo importante è assunto dal Comitato Consultivo Misto dell'Azienda Policlinico che, con la propria attività propositiva e consultiva, ha dato ascolto e rilievo alla qualità dei servizi sanitari del punto di vista del cittadino-utente all'interno della Sanità. Rilevante è nei rapporti con questa tipologia di stakeholder la partecipazione di oltre 40 delle Associazioni di Tutela e di Volontariato maggiormente impegnate nel settore socio-sanitario, sia interni individuati dall'Azienda, che esterni consentendo di controllare e migliorare la qualità dei servizi sanitari.

L'interazione che costantemente si svolge con il Comitato Consultivo Misto, rappresentato da 43 associazioni di volontariato accreditate, in forte sinergia con l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, ha portato a realizzare un punto d'ascolto all'interno dell'Azienda curato dalle stesse associazioni.

Sempre nello spirito delle iniziative valide anche nel sociale, sono stati realizzati, sia presso il Policlinico che nel Pediatrico Giovanni XXIII, uno sportello INPS, al fine di fornire ad utenti interni ed esterni un servizio di assistenza e informativa, relative a problematiche inerenti le loro competenze.

3.5 Conclusioni

L'Azienda rappresenta, per quanto detto innanzi, un riferimento essenziale per il territorio e, conseguentemente, tale posizione comporta all'assunzione, da parte della Direzione di maggiori responsabilità nelle decisioni sia in materia di competenze specialistiche che nelle sue funzioni di coordinamento amministrativo e riferimento per i relativi progetti attuativi.

Nel corso del 2020 con l'emergenza della pandemia del COVID-19 L'Azienda Policlinico ha svolto le funzioni di Centro di riferimento essenziale per l'intera Regione Puglia, coordinandosi con il Dipartimento della Salute per l'organizzazione in particolare delle prestazioni ambulatoriali e di laboratorio per gli esami sierologici e dei tamponi per in controllo dei soggetti a rischio, nonché per la somministrazione dei vaccini antivirali.

La presenza in Azienda di Servizi per cui questa Amministrazione svolge funzione di Centro di Riferimento (vedi Coordinamento del 118, della Rete Ematologica Pugliese, la centrale di Telecardiologia, i Centri di eccellenza), offre alla stessa, rilievo per il ruolo svolto in ambito sia provinciale sia regionale. L'Azienda, quale Ospedale Universitario, con la presenza al suo interno della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari svolge le sue attività in stretta sinergia con la predetta per la realizzazione di studi scientifici e ricerche di respiro nazionale e internazionale.

Va evidenziato, inoltre, che a seguito di indirizzi regionali le procedure di acquisto di apparecchiature sanitarie farmaci e presidi, vengono frequentemente condivise con altre aziende interessate per la medesima tipologia di fornitura.

4. Mappatura dei processi.

4.1 Procedure attualmente definite

In riferimento a quanto già analizzato nei precedenti PTPCT, vanno evidenziate le differenze che intercorrono tra le procedure, i processi ed i procedimenti amministrativi, per poi indirizzarci all'esame della loro gestione al fine di darne una precisa identificazione e, quindi, delinearne le misure necessarie per la valutazione del rischio di corruzione.

La **procedura** è l'insieme di attività ripetitive, sequenziali e condivise tra chi le attua. Esse vengono poste in essere per raggiungere un risultato determinato. In sostanza, è il "che cosa" deve essere attuato per addivenire a un "qualcosa", a un prodotto, descritto sotto forma di "regole", formalizzate o riconosciute come consuetudini.

In un sistema organizzativo ottimale deve essere realizzato ed aggiornato un "*Manuale delle procedure*" sia perché lo stesso rappresenta uno strumento di conoscenza e quindi di miglioramento dell'efficienza, sia per standardizzare le attività del personale, utile ad una maggiore informazione funzionale per il nuovo personale e per quello di altri settori amministrativi, evitando situazioni di vincolo esclusivo del know-how, causa frequente di predisposizione al rischio e carenza di trasparenza.

Il **processo** è l'insieme delle risorse strumentali utilizzate e dei comportamenti attuati da persone fisiche o giuridiche finalizzati alla realizzazione di una procedura determinata. In altre parole, è il chi fa che cosa. Il processo, dunque, dipende dalle persone e dagli strumenti da esse utilizzati ed è, di norma, descritto negli organigrammi e nei funzionigrammi. Ogni procedura può coinvolgere più attori di processo.

La formazione di un processo viene decisa dagli orientamenti organizzativi della Direzione strategica aziendale, che ne definisce i ruoli dei dirigenti e degli uffici coinvolti.

Per **procedimento amministrativo**, secondo la definizione classica, si intende una pluralità di atti tra loro autonomi, scanditi nel tempo e destinati allo stesso fine, cioè alla emanazione di un provvedimento finale. Quindi, mentre la procedura si riferisce ad "attività e regole", il processo a "soggetti e mezzi", il procedimento amministrativo inerisce agli atti e ai documenti prodotti all'interno di una procedura o di un processo.

Si può affermare, in conclusione, che, diversamente dal procedimento amministrativo, la procedura ed ancor più il processo variano in ragione dei modelli organizzativi disposti nell'Azienda in base a fattori condizionati principalmente dalle decisioni dell'Amministrazione, dai regolamenti interni e regionali, dalla dotazione organica e dalla formazione del personale.

Ad oggi, attraverso schemi di analisi, questa Azienda ha inquadrato i procedimenti che sono stati valutati e catalogati per rischio corruttivo. Difatti, come presente nel Portale Aziendale al link:

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/tipologie-di-procedimento>,

ed esattamente sotto la voce Amministrazione Trasparente > Attività e Procedimenti Tipologie di procedimenti, sono identificati quelli dei seguenti settori:

- 1 Area Approvvigionamento e Patrimonio
- 2 Area Gestione Risorse del Personale
- 3 Area Gestione Risorse Finanziarie
- 4 Area Gestione Tecnica
- 5 Struttura Burocratico-Legale
- 6 Uff. Valutazione Qualità Accreditamento e Sviluppo organizzativo
- 7 Ufficio Dirigenziale Rapporti con l'Università
- 8 Ufficio Formazione
- 9 Ufficio ICT
- 10 Ufficio Relazioni con il Pubblico
- 11 Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione
- 12 Unità Operativa Complessa Statistica ed Epidemiologia
- 13 Unità Operativa Semplice Affari Generali

Nel portale sono riscontrabili tutte le informazioni ad oggi raccolte nelle schede per la rappresentazione schematica delle procedure, a cui si è dato completezza con il valore dell'indicatore di rischio.

4.2 *La valutazione del rischio*

Come già indicato e con riferimento alla Tabella della valutazione del rischio, allegato 5 del Piano Nazionale Anticorruzione, questa Azienda ha effettuato la valutazione delle diverse procedure di cui al capitolo precedente, esprimendo il coefficiente come risultato della somma della media ponderata degli “Indici di valutazione della probabilità” e degli “Indici della valutazione dell’impatto”.

La distinzione tra basso, medio o alto rischio di corruzione è stata ponderata attribuendo rispettivamente gli intervalli: minore di 3, da 3 a 5, maggiore di 5.

Sulla base di queste indicazioni, l’Azienda ha elaborato delle schede analitiche della valutazione del rischio di corruzione delle procedure amministrative la cui pubblicazione è stata esposta nell’Allegato 2 del Piano dell’anno precedente.

4.3 *La graduazione del rischio di corruzione*

La valutazione del rischio di corruzione è stata ripartita nei tre gradi basso, medio, alto.

Il range dei valori sono stati determinati in questo modo:

- Basso rischio se inferiori a 3,
- Medio rischio se tra 3 e 5,
- Alto rischio se superiori a 5.

In applicazione a questa distinzione è stata predisposta una tabella che esprime i diversi tipi di valutazione delle procedure amministrative analizzate e che viene rappresentata nell’allegato 3 del Piano dell’anno precedente.

4.4 *Nuove dinamiche per integrazioni e revisioni delle procedure e mappature del rischio.*

La Determinazione dell’ANAC n. 12/2015, fa un’ampia disamina sulle possibili misure per la valutazione del rischio di corruzione all’interno dell’Amministrazione aziendale, facendo

in particolare riferimento ai settori più esposti come le Aree che gestiscono gli appalti pubblici, analizzandoli nelle diverse fasi delle procedure (ben sei) ed evidenziando la realizzazione di indicatori per ognuna di esse, al fine di misurarne il rischio di corruzione e valutarne il criterio di trasparenza.

A questo devono aggiungersi le argomentazioni poste nella Determinazione n. 831 del 03/08/2016 della stessa ANAC, che ha posto l'accento nella Sezione VII "Sanità" sugli "Acquisti in ambito sanitario". Nella predetta sezione si rileva un problema insito nella fattispecie organizzativa nella sanità, per cui la coincidenza delle figure del richiedente la fornitura di acquisto, con l'utilizzatore attenziona il rischio di conflitti di interessi. L'ANAC indirizza ad una gestione corretta della questione su rilevata sollecitando l'attivazione di misure individuate quali modulistiche per dichiarazioni di assenza di conflitti e formazione delle persone coinvolte nelle procedure di acquisto. Azioni individuate e trattate di seguito in questo Piano.

Questa Azienda è impegnata su tale fronte da anni attraverso adozione di Regolamenti in materia, vedasi in ultimo, "Le Linee Guida per procedure telematiche su piattaforma" approvate con la Deliberazione del DG n.1048 del 22.07.2019, quello "per l'acquisizione di beni e di servizi di importo inferiore alle soglie comunitarie" (Delibera DG n. 1011 del 31/08/2012) e "di cassa economale" (Delibera DG n. 1010 stessa data). A questo si è aggiunto il "Regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad attività formative sponsorizzate", indirettamente collegato con la problematica, adottato con Deliberazione Commissariale n. 1080 in data 21/06/2018 redatto e proposto dallo scrivente RPCT.

Sempre in materia di conflitti d'interessi, si rinvia la regolamentazione delle sperimentazioni cliniche nell'apposito capitolo.

La Determinazione ANAC 831/2016, tra l'altro indica, ai fini del rafforzamento della trasparenza nel settore acquisti alcune regole da rispettare come:

Set di dati minimo all'interno degli atti relativi ad appalti:

- presenza o meno dell'oggetto nell'appalto degli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;

- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di global service comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);
- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/una tantum), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;

Set di dati oggetto di pubblicazione:

Oltre ai dati di cui all'art. 29 del d.lgs. 50/2016:

- presenza o meno dell'oggetto nell'appalto degli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- fase della procedura di aggiudicazione o di esecuzione del contratto (indizione/aggiudicazione/affidamento/proroga del contratto/rinnovo del contratto ecc./risoluzione) nonché motivazioni di eventuali proroghe, rinnovi, affidamenti in via diretta o in via d'urgenza;
- indicazione dell'operatore economico affidatario del medesimo appalto immediatamente precedente a quello oggetto della procedura di selezione;
- RUP e, quando nominati, direttore dei lavori, direttore dell'esecuzione e commissione di collaudo;
- CIG e (se presente) CUP;
- resoconto economico e gestionale dell'appalto, incluso l'ammontare delle fatture liquidate all'appaltatore.

4.5 *La gestione del rischio corruttivo alla luce delle novità relative al PNA 2019*

Tra le novità introdotte con il PNA 2019, **ANAC** ha inteso indicare delle linee-guida utili al fine del miglioramento del sistema di gestione del rischio corruttivo, aggiornandone le indicazioni formulate in passato e facendole confluire in un apposito documento metodologico allegato allo stesso Piano (All. n. 1).

In effetti in tale documento le indicazioni fornite dal PNA 2013 e dal relativo aggiornamento del 2015, ai sensi della Legge n. 190/2012, sono state integrate e aggiornate, alla luce dei principali standard internazionali di *risk management*, nei cui modelli i dirigenti (responsabili degli uffici/settori/processi) rappresentano i c.d. **risk owners** (*soggetti detentori del rischio*) che dovranno relazionarsi e collaborare con il RPCT, che assume nella fattispecie il ruolo di **risk manager**.

Nell'aggiornamento relativo al PNA 2019 sono cambiati molti aspetti che impongono di rafforzare alcune variabili oggetto di analisi, personalizzando ancora di più l'approccio alla gestione del rischio anticorruzione in un approccio progressivo di analisi delle Aree a rischio. "L'obiettivo è che l'intera attività svolta dalla amministrazione venga gradualmente esaminata al fine di identificare aree che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi" (cfr. ANAC – All. 1 PNA 2019 "*La mappatura dei processi*").

Pertanto il richiamato Allegato 1 diventa in sostanza l'unico documento metodologico da seguire nella predisposizione dei PTPCT per la parte relativa alla *gestione del rischio corruttivo*.

Il carattere non omogeneo delle amministrazioni richiede un approccio flessibile e contestualizzato che tenga conto delle peculiarità di ogni singola amministrazione e del contesto interno ed esterno nel quale essa opera, e consente di evitare la "*burocratizzazione*" degli strumenti e delle tecniche per la gestione del rischio.

Il processo di gestione del rischio corruttivo deve essere progettato ed attuato in considerazione delle sue principali finalità, ossia favorire, mediante misure organizzative sostenibili, il buon andamento e l'imparzialità delle decisioni e dell'attività amministrativa e prevenire il verificarsi di eventi corruttivi.

La mappatura dei processi, l'analisi e la valutazione del rischio, ampliando i sensori conoscitivi dell'amministrazione, consentono di alimentare e migliorare il processo decisionale attraverso il costante aggiornamento delle informazioni disponibili. In tale contesto è auspicabile non introdurre ulteriori misure di controllo, bensì razionalizzare e mettere a sistema i controlli già esistenti nelle amministrazioni evitando di implementare misure di prevenzione solo formali e migliorandone la finalizzazione rispetto agli obiettivi indicati. Il processo di gestione del rischio si sviluppa secondo una logica sequenziale e ricorrente che ne agevola il continuo miglioramento.

Le fasi centrali del sistema sono l'analisi del contesto, la valutazione del rischio e il trattamento del rischio, a cui si affiancano due ulteriori fasi trasversali e cioè la fase di consultazione e comunicazione e la fase di monitoraggio e riesame del sistema.

L'identificazione degli eventi rischiosi conduce alla istituzione di un "**registro degli eventi rischiosi**", in cui riportare gli eventi rischiosi relativi ai processi della amministrazione che, in ogni caso – afferma ANAC – deve contemplare l'individuazione di almeno un evento rischioso per ciascun processo mappato.

Secondo l'impostazione del PNA 2019 devono essere mappati e analizzati tutti i processi, valutandoli e affrontando il rischio solo laddove serva. Dunque l'analisi dei processi va svolta con riferimento a tutta l'organizzazione con progressività di tempistiche.

ANAC propone una serie di misure che risulteranno utili anche ai fini dell'attività di monitoraggio (poiché vengono richieste nell'inserimento dati della piattaforma di monitoraggio che ANAC ha messo a disposizione già a luglio 2019), annualmente aggiornato, per lo svolgimento della quale attività si sottolinea la necessità di avvalersi di strumenti e soluzioni informatiche (*software dedicato*) idonee e non più derogabili.

Le tipologie di misure che saranno valutate sono quelle relative al controllo, alla trasparenza, alla definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento, di regolamentazione, di semplificazione, di formazione, di rotazione e di disciplina del conflitto di interessi.

La valutazione del rischio corruzione è la macro-fase del processo di gestione del rischio in cui lo stesso è identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure correttive/preventive (*trattamento del rischio*). In merito alla valutazione dei rischi, il PNA 2019 contiene alcune importanti indicazioni, tra le quali in particolare nell'Allegato 1 "*si suggerisce di adottare un approccio di tipo qualitativo, dando ampio spazio alla motivazione della valutazione e garantendo la massima trasparenza*".

Pertanto, coerentemente all'approccio qualitativo suggerito, i criteri per la valutazione dell'esposizione al rischio di eventi corruttivi possono essere tradotti operativamente in indicatori di rischio (***Key Risk Indicators***) in grado di fornire delle indicazioni sul livello di esposizione al rischio del processo o delle sue attività componenti che consentano un giudizio sintetico sul rischio e una relativa valutazione motivata che contribuiranno all'aggiornamento del PTPCT in vista del triennio successivo e delle successive pubblicazioni.

Tale monitoraggio favorisce una valutazione sulla idoneità delle misure adottate intesa come "effettiva capacità di riduzione del rischio corruttivo, secondo il principio guida della effettività", fermo restando che una adeguata gestione del rischio è responsabilità della intera amministrazione, qualora una o più misure si rivelino non idonee a prevenire il rischio, il RPCT, anche coadiuvato dagli *Organismi di valutazione della performance* e alla luce di quanto emerso dagli *audit* con i *referenti anticorruzione* delle varie aree, dovrà intervenire per ridefinire la modalità di trattamento del rischio.

In conclusione questo rinnovato modello di gestione del rischio corruttivo diffuso nell'organizzazione aziendale (cd. ***modello di prevenzione a rete***) prevede che i responsabili degli uffici e tutti i dipendenti, evitando in caso di inadempimento eventuali

provvedimenti disciplinari, debbano fornire il supporto necessario al RPCT al fine di ispirare tale attività gestionale al principio del “*miglioramento progressivo e continuo*”.

4.6 *Aggiornamento dell’analisi dei procedimenti*

Ripercorrendo lo studio affrontato sin dai primi anni dal 2013 e seguenti nella classificazione delle procedure, vi è una attuale esigenza di rivedere le stesse sia per un più accurato sviluppo delle diverse attività che coinvolgono i diversi settori aziendali, siano essi amministrativi, tecnici, professionali e sanitari, questi ultimi ad oggi un po’ trascurati.

Già dal 2018 è stato posto come obiettivo essenziale quello di una revisione del lavoro affrontato negli anni pregressi, in quanto attraverso una dinamica aziendale di modifiche concettuali di procedimenti e processi amministrativi in particolare, ma anche sanitari, si rileva un quadro sicuramente variato in molti aspetti rispetto a quello iniziale.

A questo deve aggiungersi l’esigenza derivante dalla presenza nel Piano Nazionale Anticorruzione 2019 nell’allegato 1 rappresentati nel precedente paragrafo che concorrono ad apportare una sostanziale impostazione più approfondita e più tecnica sull’analisi del rischio di corruzione.

Infatti, gli stessi regolamenti adottati in questi anni, per adeguare la realtà aziendale alle normative che si sono man mano susseguite, l’adozione di una nuova revisione dell’atto aziendale, il succedersi in questa Azienda, nel corso degli anni passati, di diverse Direzioni Strategiche, impongono non solo un aggiornamento, ma un vero remake dell’intera struttura dei processi.

Questo ufficio pertanto, contestualmente alle esigenze impellenti e sempre in ordine al controllo di tali processi da parte del DPO, responsabile dell’adeguamento al GDPR-UE 679/2016, ha fatto richiesta alla Direzione Strategica di un software che possa consentire lo studio e l’analisi dei processi verticali e trasversali attraverso un sistema di integrazione con tutti i settori amministrativi e sanitari coinvolti nelle finalità degli obiettivi

programmati. Ciò può consentire di avviare uno strumento di controllo di attività a rischio corruzione a disposizione del RPCT, di uno strumento di monitoraggio e continuo aggiornamento a disposizione del DPO, nonché un valido strumento nelle mani della Direzione Strategica per avere una visione di insieme e nello stesso tempo dettagliata che può permettere di fare valutazioni più precise su come vengono condotti i diversi settori dai loro dirigenti, di eventuali variazioni nelle dotazioni organiche e consentire tutte le possibili decisioni in materia di struttura e di organizzazione nel suo complesso.

Tale richiesta, regolarmente autorizzata dalla Direzione Amministrativa, risulta in corso di acquisizione da parte degli uffici competenti all'acquisto.

4.7 Le misure per la valutazione del rischio.

L'ANAC con gli aggiornamenti del Piano Nazionale Anticorruzione 2015, 2016 e 2019 ha posto sempre maggiore risalto alla necessità di affrontare un controllo delle maggiori aree a rischio corruzione attraverso dei processi di rilievo delle possibili bolle di criticità per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, rilevando l'individuazione di indicatori e delle relative misure attuative che passano necessariamente dalla programmazione degli obiettivi aziendali.

Peraltro, l'importanza delle finalità legate alle attività rese ed il volume di finanziamenti pubblici destinati al Servizio Sanitario Nazionale e Regionale impongono una più attenta analisi e verifica della gestione del rischio.

5. Obiettivi

5.1 *Obiettivi possibili per il triennio 2021/2023 e loro monitoraggio*

Gli obiettivi indicati nel presente Piano alla Direzione Strategica, come per il precedente Piano, sono selezionati tra le attività e gli obblighi di maggior rilievo per cui proseguire nel percorso di continuità, sviluppo e miglioramento della prevenzione della corruzione.

a) *Analisi della mappatura dei processi a rischio*

Come detto innanzi, la programmazione della revisione ed aggiornamento e delle procedure e, nel medio termine, l'utilizzo del sistema informatico dedicato che consenta di concentrare in una banca dati centrale delle informazioni relativi ai processi, risulta essere un obiettivo importante che riguarda la verifica dei procedimenti e la determinazione delle diverse fasi delle procedure. Ciò espone ad un possibile e successivo attenzionamento dei relativi regolamenti aziendali.

Nelle indicazioni vanno evidenziati i diversi settori responsabili dell'attivazione e messa a regime di questa attività, ed esattamente: l'acquisizione del software che consenta l'analisi, la partecipazione delle unità amministrative-tecniche e sanitarie alla alimentazione dei dati, il controllo e la verifica degli step.

b) *Patti di integrità nei contratti pubblici e dichiarazioni di interessi nei contratti di appalti, del personale, consulenze professionali*

Il controllo di questo obiettivo potrà essere effettuato da parte dell'Ufficio della Prevenzione della Corruzione attraverso una verifica periodica a campione nel corso dell'anno.

c) *Audit con la Direzione Strategica, con il RPCT ed audit interni alle unità operative*

Tali audit il cui verbale viene trasmesso all'Ufficio Anticorruzione, dovrà avere ad oggetto le tematiche esposte all'interno di questo Piano, i programmi operativi ed i conseguenti obblighi derivanti.

d) *Obblighi di pubblicazione*

Questo obiettivo è legato all'applicazione del Decreto Legislativo 33/2013 e successive modifiche che hanno caratterizzato i principi di Trasparenza, quale indispensabile presupposto per l'attività di prevenzione della corruzione.

e) Elenchi trimestrali della situazione gare

La redazione trimestrale da parte delle Aree Approvvigionamento e Patrimonio e Gestione Tecnica della situazione dei contratti in essere (o scaduti) con l'aggiornamento dello stato delle gare deve essere trasmessa trimestralmente alla Direzione, al RPCT, al Collegio Sindacale.

La reportistica può rappresentare oltre che un utile panorama sulla situazione contrattuale dell'Amministrazione, anche un veloce mezzo di monitoraggio per il RPCT, tale da evitare di creare ulteriori aggravii di attività di settori attualmente molto provati dalla mole di procedure che ordinariamente vengono svolte.

I controlli vengono fatti, allo stato, attraverso una procedura di verifica a campione.

Nella programmazione della adozione di un possibile software di supporto, l'Ufficio Anticorruzione potrà effettuare controlli più specifici e completi.

f) Regolamento sulla Rotazione del personale

L'Allegato 2 del PNA 2019 ha come argomento "La rotazione ordinaria del personale".

L'art. 1 co. 10 lett. b) della l. 190/012 prevede che il RPCT deve verificare, 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*".

Nel corso di questi anni il RPCT ha effettuato tali verifiche ed indicato le proprie conclusioni nella relazione annuale regolarmente pubblicata in Amministrazione Trasparente, pur in considerazione di una notevole movimentazione per pensionamenti, nuove assunzioni e aspettative per incarichi istituzionali.

Lo scrivente RPCT propone, come già accaduto in altre aziende sanitarie, la adozione di un regolamento da promuoversi nel corso del triennio di programmazione.



5.2 *Il Piano della performance*

Con il Piano Nazionale Anticorruzione ed i successivi aggiornamenti e, secondo la filosofia della Legge 190/2012, gli obiettivi della Prevenzione della Corruzione dovranno svilupparsi in uno con gli obiettivi di performance aziendali, compatibilmente con l'esigenza degli obiettivi di indirizzo imposti dalla Regione Puglia.

Per l'anno in corso l'Unità operativa Complessa Controllo di Gestione ha predisposto il Piano per la performance 2021-2023, approvato ed adottato dalla Direzione Strategica con Deliberazione C. S. n. 195 dell'01/02/2021.

6. Il codice di comportamento aziendale.

Il rispetto della legalità e la condivisione sono considerati dei valori costitutivi dell'ordinamento democratico, un imprescindibile dovere etico vincolante per ogni cittadino pertanto, il Codice di Comportamento e il Codice Disciplinare, rappresentano parte delle principali azioni e misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione in modo che, i propri dipendenti e collaboratori non commettano reati o illeciti che contrastino con l'interesse pubblico e gettino discredito sull'immagine e la credibilità dell'Azienda stessa. In particolare, dovranno essere adottate tutte le misure organizzative e gestionali necessarie a prevenire il compimento di reati e pertanto i Codici costituiscono elementi essenziali del piano triennale per la prevenzione della corruzione.

Il RPC in questo piano di riferimento, ha elaborato il Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda, pubblicato con PTPC 2014/2016, sulla base di quanto previsto nel D.P.R. n.62/2013.

In considerazione dell'emanazione delle *"Linee guida per l'adozione del Codice di Comportamento negli enti del SSN"* con la determinazione del Consiglio ANAC n. 358 del 29/03/2017, come delle varie linee guida di indirizzo in materia di attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013, delle linee guida di indirizzi in materia di gare, delle nuove disposizioni con GDPR 679/2016 sul Regolamento UE in materia di Protezione di Dati Personali, nonché in considerazione di nuove circolari e provvedimenti aziendali di organizzazione del personale, si è resa necessaria una revisione del Codice di Comportamento.

Nel corso dell'anno 2019, lo schema di Codice a cura del RPCT, con parere favorevole del Direttore Amministrativo è stato sottoposto a procedura aperta di consultazione coinvolgendo gli stakeholders, come previsto dalla normativa vigente. Non essendo pervenute osservazioni da nessuna delle OO.SS., la bozza è stata trasmessa all'esame obbligatorio dell'Organismo Indipendente di Valutazione.



Acquisito il parere positivo dell'OIV, il Codice di Comportamento è stato adottato con Delibera del Direttore Generale n. 282 del 15.02.2019 e pertanto sostituisce il precedente Codice aziendale approvato con Delibera del Direttore Generale n. 1321 del 27 novembre 2013.

Parallelamente all'adottato Codice di Comportamento, l'Azienda sta provvedendo ad una revisione del Codice Disciplinare.

Il Codice di Comportamento è stato pubblicato sul sito istituzionale e intranet aziendale e per la particolare rilevanza dello strumento nella prevenzione e lotta alla corruzione, si è provveduto ad assicurare un'accurata attività informativa del documento unitamente ad una vigilanza sulla costante osservanza di quanto in esso prescritto.

A tal proposito viene svolta l'attività di monitoraggio in merito all'applicazione del Codice.

Le disposizioni contenute nel Codice di Comportamento trovano applicazione per tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per l'Azienda.

Nel sottoscrivere gli atti di incarico tutti i dipendenti, i titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, i titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione della Direzione Strategica, nonché i collaboratori a qualsiasi titolo, anche professionale, di imprese fornitrici di servizi in favore dell'Azienda, sono informati dal Dirigente della struttura competente delle disposizioni contenute nel Codice.

L'ufficio competente aziendale, contestualmente alla sottoscrizione del contratto di lavoro o, in mancanza, all'atto di conferimento dell'incarico, deve programmare di inserire e far sottoscrivere ai nuovi assunti, con rapporti comunque denominati, clausole di accettazione e rispetto al codice di comportamento nonché clausole di risoluzione o decadenza del rapporto, in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice.

Nel Codice di Comportamento non sono specificate in corrispondenza di ciascuna violazione il tipo e l'entità della sanzione, in quanto occorre esplicitare che la violazione degli obblighi regolati dal codice di comportamento e previsti nel piano triennale per l'anticor-

ruzione, determina responsabilità disciplinari che verranno accertate a seguito di un procedimento disciplinare secondo quanto previsto dalla legge, dai regolamenti disciplinari e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Tra le parti di maggior rilievo del documento, particolare valenza è stata attribuita nel potenziare e regolamentare i diversi obblighi comportamentali che i dipendenti sono tenuti ad osservare sia per quanto attiene i rapporti privati, sia nel rapporto con il pubblico nonché durante il servizio lavorativo, per i regali, compensi ed altre utilità, per l'obbligo di astensione e per i conflitti di interesse.

A tal fine particolare rilevanza riveste, tra l'altro la regolamentazione di quanto sancito all'art.19 "Altri obblighi relativi al mobbing, rispetto dell'ambiente e comunicazione" dove l'Azienda mira a favorire il maggior benessere organizzativo ed esige che nelle relazioni di lavoro interne ed esterne non sia dato luogo a molestie o ad atteggiamenti comunque riconducibili alle vietate pratiche di mobbing.

Specifici obblighi comportamentali sono stati previsti nel Codice, per dare un maggiore rigore nella organizzazione e erogazione delle prestazioni sanitarie, a tutto beneficio della tutela della salute del paziente.

Il fine ultimo del Codice è, comunque, indirizzato ad evitare situazioni che determinano rischi di violazioni dei principi della prevenzione di corruzione e puntare maggiormente all'obiettivo del rispetto dei principi etici all'interno dell'Azienda, fornendo uno strumento valido a disposizione dell'organizzazione stessa del sistema.

Eventuali aggiornamenti di disposizioni di normative o regolamenti e circolari ANAC, potranno costituire oggetto di revisione del codice in questione.

7. Conflitti di interessi, inconfiribilità ed incompatibilità

7.1 *Tematica del conflitti d'interessi*

L'analisi sul conflitto di interessi ed esercizio della funzione amministrativa trova una origine negli scritti della dottrina, numerosi dopo l'introduzione dell'art. 6-bis l. n. 241/1990, e nelle pronunce della giurisprudenza amministrativa, significative col trascorrere del tempo e tali da consentire di trarre una prima linea evolutiva.

Lo studio e l'analisi del conflitto di interessi vanno condotti con l'obiettivo di rifuggire dagli aspetti sociologici del fenomeno e da ogni tentazione etica o moralizzatrice, che pure pervadono una certa lettura delle misure e degli strumenti propri del diritto amministrativo nella prevenzione della cattiva amministrazione. In altri termini, l'indagine si muove volutamente sul piano giuridico, già di per sé ricco di temi e implicazioni, e viene stimolata dall'emersione di un progressivo scostamento, nella elaborazione delle diverse interpretazioni, dalla dimensione e dalla collocazione della disposizione sul conflitto di interessi come riferita all'esercizio della funzione amministrativa.

Anche aspetti certamente dibattuti e oggetto di grande attenzione nei contributi e nelle sentenze amministrative sul conflitto di interessi del funzionario, in particolare quello legato all'affermazione ricorrente che le regole sull'incompatibilità del funzionario, oltre ad assicurare l'imparzialità dell'azione amministrativa, sono rivolte ad assicurare il prestigio e l'immagine della pubblica amministrazione ponendola al di sopra di ogni sospetto, sono stati indagati non solo nella dimensione dell'affermazione di principio, ma anche nella prospettiva dell'incidenza sul piano degli effetti della violazione della disposizione sull'obbligo di astensione.

Risulta naturale cogliere un'altra sollecitazione per l'indagine nell'interrogativo di fondo che ha accompagnato sin da subito l'introduzione dell'art. 6-bis l. n. 241/1990: quello della effettiva "utilità", a fronte dei principi generali che governano l'azione amministrativa e del principio d'imparzialità in primis, di una disposizione di carattere generale sul conflitto di interessi del funzionario, soprattutto valutata in relazione a una certa lacunosità del testo normativo, riferita da alcuni anche alla nozione stessa di conflitto di interessi.

A questo interrogativo si è cercato di rispondere, nella prospettiva troppo spesso sottovalutata della centralità, anche rispetto alla disposizione sul conflitto di interessi, della funzione amministrativa, non però in senso puramente oggettivo, in ragione di un risultato o di uno scopo da raggiungere, ma nell'ottica corretta richiesta dall'art. 6-bis l. n. 241/1990, cioè quella del soggetto agente. Una prospettiva nella quale la centralità dell'imparzialità soggettiva è presa sul serio, perché in gioco è molto di più un onere organizzativo che grava sull'apparato burocratico, ma la stessa credibilità della pubblica amministrazione.

In tale ambito, l'ANAC a partire dal 2013 affronta il tema del conflitto d'interesse in modo diffuso ed articolato in tutti i PNA e nei relativi aggiornamenti, sia considerando l'argomento in quanto tale, sia prendendo in esame specifiche aree di attività delle pubbliche amministrazioni e specifiche tipologie di amministrazioni.

L'ANAC provvede, inoltre, a deliberare specifiche linee guida e ad assumere proprie delibere, conseguenti a richieste di chiarimento, come documento di guida; promuove studi e approfondimenti e partecipa o collabora alla realizzazione di momenti di incontro sul tema; effettua ricognizioni normative, propone esempi di casi e promuove procedure arrivando a dettagliarne le modalità attuative.

La situazione di conflitto di interesse si manifesta nelle circostanze in cui il dipendente pubblico, nello svolgimento dei compiti assegnati per la tutela di interessi pubblici, potrebbe essere indotto al soddisfacimento di interessi contrapposti in cui sia direttamente o indirettamente coinvolto.

Le disposizioni vedono tale circostanza nell'accezione più ampia contemplando non solo i casi di conflitti reali e concreti, ma anche potenziali. Nel PNA 2019 sono inquadrati i profili principali delle norme inerenti:

- L'astensione del dipendente in caso di conflitti d'interessi;
- Le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico (D. Lgs. 39/2013);
- L'adozione dei codici di comportamento;
- Il divieto di pantouflage;
- L'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali;

- L'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti.

Tutte argomentazioni trattate dettagliatamente nel corso di questo Piano.

7.2 L'astensione del dipendente in caso di conflitti d'interesse

All'art. 1 comma 41 della Legge 190/2012 ha introdotto nella Legge 241/1990 l'Art. 6 bis che recita *“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.”*

L'astensione è stata maggiormente rimarcata dal DPR 62/2013 e, conseguentemente, introdotta nel Codice Aziendale di Comportamento, che ha previsto l'obbligo del dipendente di comunicare al diretto dirigente, in modo tempestivo, all'atto dell'assegnazione all'ufficio, rapporti intercorsi negli ultimi tre anni con soggetti privati in qualunque modo retribuiti. Tale obbligo include anche rapporti di parenti o affini entro il secondo grado, del coniuge o del convivente con soggetti privati.

E' compito del RPCT di individuare nel Piano specifiche procedure di analisi di situazioni di conflitti di interessi.

7.3 Le dichiarazioni di insussistenza di conflitti di interessi

La determina 12/2015 dell'ANAC evidenzia che, considerata la complessità dei processi relativi all'area di rischio, nonché delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello intervengono nei processi decisionali, si rende opportuno, ed in coerenza con quanto previsto negli artt. 7 e 14 del Codice di Comportamento di cui al DPR 62/2013, che vengano resi conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgere i professionisti nelle attività che implicano responsabilità di gestione.

Tali dichiarazioni pubbliche di interessi costituiscono una forma di prevenzione della corruzione che va aggiunta, quindi, al complesso di azioni di contrasto a potenziali eventi corruttivi che possono riguardare le aree gestionali, rafforzando le componenti di trasparenza nel complesso sistema di relazioni che coinvolgono l'organizzazione aziendale.

7.4 *Soggetti obbligati alle dichiarazioni*

Nel corso del 2014 e 2015 questa Azienda ha richiesto e pubblicato, ai sensi dell'art. 1 commi 49 e 50 L. 190/2012, le dichiarazioni di assenza di cause di incompatibilità ed inconfiribilità, nonché di conflitti di interessi, scegliendo di applicare la norma dandone l'interpretazione più ampia e, conseguentemente, coinvolgendo tutti i dirigenti sanitari aventi struttura semplice e struttura complessa, oltre tutti i dirigenti che partecipano direttamente all'azione amministrativa aziendale appartenendo ad Aree/Uffici amministrativi e della Direzione Sanitaria.

Con Sentenza n. 5583 del 12/11/2014 il Consiglio di Stato – Sezione Terza ha escluso da responsabilità gestionali la figura del “*Dirigente medico*”, genericamente inteso, pur con incarico di struttura complessa per i casi di incompatibilità ed inconfiribilità di incarichi pubblici.

Le dichiarazioni di assenza di conflitti di interessi riguardano tutto il personale dipendente operante, su cui grava la responsabilità nella gestione delle risorse o che comunque intervengono nei processi decisionali relativi a fornitori di farmaci, dispositivi, altre categorie e altri beni anche non sanitari (es. nelle attività di sperimentazione, ricerca, formazione, valutazione di nuove tecnologie, valutazione del personale da assumere, ecc.).

A queste figure vanno aggiunte quelle dei soggetti che hanno ricevuto il conferimento di incarichi di consulenza e di collaborazione, estendendone il rispetto degli obblighi indicati dal Codice di Comportamento, per quanto compatibili (DPR 62/2013, art. 2, punto 3).

Va in ultimo segnalato tale obbligo di dichiarazione anche per i componenti esterni ed interni di commissioni che sono chiamate a prendere decisioni e a esercitare il potere nelle amministrazioni (gare, concorsi, ecc.).

7.5 Procedure, modulistica e compilazione on line

L'ANAC ha rinviato all'AGENAS la redazione di modelli che consentano di dare uniformità di dichiarazioni sulle evenienze particolarmente a rischio, che potrebbero presentarsi nello svolgimento ordinario delle competenze lavorative.

L'AGENAS ha, conseguentemente, reso disponibile sul suo sito istituzionale una modulistica on line che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività, interessi e relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione assicurano la conforme adozione degli adempimenti previsti.

Va comunque evidenziato che in conseguenza della complessità con cui sono state realizzate le schede che fanno parte del modulo AGENAS, queste hanno avuto scarso successo. In particolare l'esigenza di enucleare costantemente tutte le informazioni relative alla partecipazione ai congressi, convegni, corsi di qualsiasi natura (nonostante tali informazioni fossero già presenti nel sistema PerlaPA), ne ha scoraggiato l'utilizzo.

A tale proposito l'AGENAS ha ricevuto numerosi inviti a semplificare la procedura per non renderla inutilizzabile; ma ad oggi non hanno avuto riscontro.

Nelle more il RPCT ha previsto nel corso del 2021 di riattivare una procedura di dichiarazione su modello interno a firma di tutti i responsabili medici di struttura complessa e struttura semplice (ospedalieri ed universitari), nonché di tutti i dirigenti amministrativi.

Gli obblighi di dichiarazione richiesti ai collaboratori e consulenti vengono demandati alle strutture amministrative competenti a cui fanno riferimento.

Nella stessa misura i componenti delle commissioni formate e deputate a prendere decisioni influenti nella gestione dell'amministrazione aziendale dovranno sottoscrivere la dichiarazione di insussistenza di conflitti di interessi a cura dell'ufficio competente alla sua formazione.

7.6 *Gli incarichi extraistituzionali e dichiarazione di assenza di conflitti d'interessi*

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 804 del 07/06/2016, questa Azienda ha adottato il “*Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali*”, in applicazione dei principi e criteri previsti dall’art. 53 del D. Lsg 165/2001 ss.mm.ii., nonché da altre norme di legge e atti di indirizzo vigenti in materia. La disciplina ha inteso regolare i casi relativi alle incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi per i dipendenti pubblici, individuando i criteri oggettivi e predeterminati per il conferimento e l’autorizzazione all’esercizio di incarichi che provengono da Amministrazioni Pubbliche diverse da quella di appartenenza o da privati. Tali incarichi devono avere carattere di occasionalità e non continuità, al fine di non confliggere con il presupposto di rapporto di esclusività del dipendente dell’Azienda.

Tutti i dipendenti che a qualsiasi titolo, anche gratuito, intendono svolgere attività che non rientrano tra quelle istituzionali, né sono identificabili nell’ambito dell’attività di libera professione, devono attenersi alle disposizioni del Regolamento.

Nella procedura amministrativa sono state distinte le richieste autorizzative da quelle di semplice comunicazione, (art. 53 comma 6 del D. Lgs. n. 165/2001), che non prevedono alcuna autorizzazione preventiva, né obblighi di comunicazione, e, in ogni caso, disponendo che venga allegata la dichiarazione di assenza di conflitti d’interessi.

Attualmente la gestione dell’Ufficio Ispettivo-Anagrafe delle Prestazioni è di competenza della Unità Operativa Affari Generali.

Nel corso del 2020 è prevista una revisione del Regolamento, nonché una semplificazione della procedura con la finalità di evitare tempi lunghi per il rilascio dell’autorizzazione e informazioni poco chiare da parte dei richiedenti.

7.7 *Le dichiarazioni di insussistenza delle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità*

L'art. 20 del D. Lgs. 39/2013 pone in capo all'interessato l'obbligo di rilasciare, all'atto della nomina, una dichiarazione sulla insussistenza delle situazioni di inconferibilità ed incompatibilità previste dallo stesso decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico.

Con la Delibera n. 149 del 22/12/2014, l'ANAC conferma l'obbligo dell'incompatibilità ed inconferibilità nel Servizio Sanitario Nazionale esclusivamente per gli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Questi ultimi effettuano annualmente le dichiarazioni la cui pubblicità è a cura del RPCT.

7.8 *I Patti di Integrità*

I Patti di Integrità vanno considerati una misura di intervento a garanzia della prevenzione di corruzione in materia di contratti pubblici previsti dalla Legge 190/2012 art. 1 comma 17.

Come ben noto gli acquisti rappresentano senza dubbio le attività della Pubblica Amministrazione che determinano un maggior rischio di evento corruttivo, tanto da essere oggetto di un costante aggiornamento delle normative e direttive ANAC, atte a sviluppare un accurato sistema di controllo, allo scopo di garantire la legalità e, nei limiti del possibile, contenendo una ridotta complessità e farraginosità delle procedure. Coniugare i due aspetti della garanzia di trasparenza e imparzialità da un lato e semplicità nelle procedure non è di facile equilibrio, obbligando conseguentemente l'ANAC a periodiche linee guida intese a migliorare il rapporto tra le due esigenze.

Tutto questo ha portato allo sviluppo di strumenti di carattere pattizio che consentono di elevare la cornice di sicurezza nel comparto. L'art. 1 comma 17 della Legge 190/2012 cita *"Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara"*.

I Patti di Integrità sono veri e propri contratti tra stazione appaltante ed operatori economici con cui si impegnano ad astenersi da condotte corruttive mediante il rispetto dei principi di lealtà, trasparenza e correttezza, mentre, l'organismo di controllo assume il duplice onere di: monitorare le varie fasi della procedura, compresa l'esecuzione del contratto, segnalando alle parti eventuali irregolarità; e di elaborare delle relazioni periodiche di dominio pubblico.

Le sanzioni in caso di violazione da parte dell'operatore economico partecipante possono raffigurarsi generalmente nelle seguenti:

- a) Esclusione dalla procedura di affidamento,
- b) Risoluzione di diritto del contratto,
- c) escussione totale o parziale, dal 10% al 50%, dei depositi cauzionali o altre garanzie depositate ai fini della partecipazione alla procedura di affidamento;
- d) interdizione del concorrente a partecipare ad altre gare indette dalla medesima stazione appaltante per un periodo di tempo compreso tra sei mesi e tre anni;
- e) L'Amministrazione aggiudicatrice, ai sensi dell'art. 1382 c.c., si riserva la facoltà di richiedere il risarcimento del maggior danno effettivamente subito, ove lo ritenga superiore all'ammontare delle cauzioni o delle altre garanzie di cui al precedente comma 2, lett. c) del presente articolo.

8. Il Pantouflage

8.1 Definizione e normativa

In materia di prevenzione di conflitti di interesse, il legislatore provvede ad evitare, *ope legis*, tali situazioni di criticità *prima* e *dopo* il concreto esercizio delle funzioni pubbliche. In tale ambito l'art.1 co.42 lett. L della L. 190/2012, prevede l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (*pantouflage o revolving doors*), introducendo all'art.53 del D.lgs. 165/2001, il comma 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PP.AA., di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

In particolare, l'*Autorità Nazionale Anticorruzione* ha chiarito che tale disposizione è stata introdotta nel Decreto Legislativo succitato con finalità di contenimento del rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è rappresentato dal fatto che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente preconstituirsì delle situazioni lavorative vantaggiose presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto in relazione al rapporto di lavoro. Allo stesso tempo, il divieto è volto a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni o condizionamenti sullo svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di un lavoro per lui prestigioso presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto, una volta cessato dal servizio, qualunque sia la causa della cessazione (ivi compreso il collocamento in quiescenza).

La norma prevede quindi una limitazione della libertà negoziale del dipendente per il triennio successivo alla cessazione del rapporto per eliminare la "*convenienza*" di accordi fraudolenti.

I dipendenti interessati dalla norma 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 il riguardo allo specifico procedimento (dirigenti, funzionari titolari di incarichi dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del D. Lgs. n. 163 del 2006), ma anche coloro che pur non essendo titolari di tali poteri, collaborano al loro esercizio svolgendo istruttorie (pareri, certificazioni e perizie) che incidono sul contenuto del provvedimento finale, ancorché redatto e sottoscritto dal funzionario competente.

La violazione del divieto di Pantouflage prevede conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito; inoltre ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le PP.AA. nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

Pur in presenza di dubbi interpretativi della norma, si rammenta che l'art.16 del D.Lgs. 39/2013 attribuisce all'ANAC specifiche competenze di vigilanza, anche con l'esercizio di poteri ispettivi e di accertamento a singole casistiche di conferimento degli incarichi. Rientra invece nelle competenze del RPCT il procedimento di contestazione all'interessato dell'inconferibilità e incompatibilità dell'incarico, ai sensi dell'art.15 del D.lgs. 39/2013 con la conseguente adozione delle sanzioni previste all'art.18, co. 1 del D.lgs. 39/2013.

In materia di Pantouflage, l'ANAC ha inoltre una funzione consultiva riconosciuta dalla Legge 190/2012, art.1, co.2, lett.e), potendo esprimere pareri facoltativi in materia di autorizzazione allo svolgimento di incarichi esterni da parte dei dirigenti amministrativi statali e degli enti pubblici nazionali. L'attività di vigilanza dell'Autorità, a differenza della funzione consultiva (con carattere preventivo), si svolge spesso su segnalazione da parte di privati in merito a casi di possibile violazione della normativa. Tuttavia si ritiene che anzitutto spetti alle Amministrazioni di appartenenza del dipendente cessato dal servizio adottare giuste misure per verificare il rispetto della disposizione sul Pantouflage da inserire nel PTPC.

8.2 *Ambito di applicazione*

La disciplina sul divieto di Pantouflage si applica ai dipendenti, sia a tempo determinato che indeterminato, delle PP.AA. individuate all'art.1,co.2 del D.lgs.165/2001. Inoltre si evidenzia che il divieto di Pantouflage si riferisce a qualsiasi tipo di rapporto di lavoro o professionale che possa instaurarsi con i soggetti privati già destinatari dei poteri negoziali e autorizzativi esercitati dai dipendenti succitati. A tal fine l'art.21 del D.lgs. 39/2013 ha precisato che in applicazione dell'art.53, co.16-ter, del D.lgs 165/2001, sono considerati dipendenti delle PP.AA. anche i soggetti esterni con i quali l'amministrazione, l'ente pubblico o l'ente di diritto privato in controllo pubblico instaura un rapporto di lavoro subordinato o autonomo. Si è voluto così estendere la sfera dei soggetti assimilabili ai dipendenti pubblici, consolidando la finalità dell'istituto in argomento quale presidio del rischio corruttivo.

Sulla base della *ratio* delle disposizioni dell'art. 53 del Decreto Legislativo succitato, le stesse devono trovare applicazione anche in relazione al personale interessato che nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro con la P.A., si costituisca nuovo operatore economico, rivesta in tale struttura il ruolo di presidente del consiglio di amministrazione e in tali qualità partecipi alle gare indette dall' Amministrazione presso la quale abbia svolto attività lavorativa.

8.3 *Esercizio dei poteri autoritativi e negoziali*

E' importante delineare il contenuto dell'esercizio dei poteri autoritativi e negoziali, presupposto per l'applicazione delle conseguenze sanzionatorie. Innanzitutto si osserva che i dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, cui si riferisce l'art.53, co.16-ter, sono quei soggetti (*dirigenti e funzionari con incarichi dirigenziali*) che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della P.A., i poteri succitati, mediante l'emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici tramite la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell'ente.

Pertanto rientrano in tale ambito, ad esempio, i dirigenti, i funzionari che svolgono incarichi dirigenziali e coloro che esercitano funzioni apicali o a cui sono conferite apposite deleghe di rappresentanza all'esterno dell'ente.

Comunque il divieto di *Pantouflage* si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'Atto ma anche al dipendente che, collaborando all'istruttoria, abbia partecipato alla elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie o certificazioni) che vincolino il contenuto della decisione. Per quanto riguarda gli enti di diritto privato, partecipati o controllati da una pubblica amministrazione, alla luce dell'art.21 del D.lgs.39/2013, sono sicuramente sottoposti al divieto di *Pantouflage* gli amministratori e i direttori generali, in quanto muniti di poteri gestionali.

8.4 *Le sanzioni*

Il regime sanzionatorio ha sollevato molti dubbi interpretativi poiché non sono ben identificati l'organo o l'autorità competente a garantire l'applicazione degli effetti sanzionatori, in considerazione della difficoltà per l'amministrazione di verificare il comportamento di un dipendente cessato dal servizio.

Innanzitutto la violazione del divieto di *Pantouflage* causa la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma. Inoltre al soggetto privato è preclusa la possibilità di stipulare contratti con la P.A.

Come già chiarito sin dal P.N.A. 2013 e ribadito nel P.N.A. 2019, le PPAA. sono tenute ad inserire nei bandi di gara per appalti pubblici, a pena di esclusione, tra i requisiti obbligatori di partecipazione e oggetto di specifica **dichiarazione** da parte dei concorrenti, la *condizione* che l'operatore economico non abbia stipulato contratti di lavoro o comunque attribuito incarichi ad ex dipendenti pubblici, in violazione dell'art.53,co.16-ter, del D.lgs. n.165/2001. L'obbligo di rendere la predetta dichiarazione è stato ribadito nei bandi-tipo emanati dall'ANAC in attuazione del D.lgs. 50/2016 recante il *Codice dei contratti pubblici*. La verifica della dichiarazione resa dall'operatore economico rientra fra i doveri della stazione appaltante.

Ulteriore misura sanzionatoria prevede l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti ed accertati per lo svolgimento dell'incarico. Quindi alla sanzione civilistica della nullità contrattuale si accompagna, comunque, una sanzione interdittiva-restitutoria: il lavoratore o il professionista non potrà contrarre (in qualunque veste) con le pubbliche amministrazioni nei successivi tre anni e, inoltre, sarà tenuto alla restituzione dei compensi eventualmente percepiti.

Tuttavia è previsto l'obbligo per il dipendente che ha svolto la propria attività lavorativa nelle aree gestionali a rischio corruzione, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di Pantouflage, al fine di evitare eventuali contestazioni sulla conoscibilità della norma.

8.5 Interventi del RPCT dell'Azienda

Tra le misure adottate per garantire l'attuazione della disposizione sul pantouflage è previsto l'obbligo per il dipendente che ha svolto la propria attività lavorativa nelle aree gestionali a rischio corruzione, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui lo stesso si impegna al rispetto del divieto di Pantouflage, al fine di evitare eventuali contestazioni sulla conoscibilità della norma. Così come è opportuno, l'inserimento di apposite clausole già negli atti di assunzione del personale che prevedono espressamente il divieto di pantouflage.

La dichiarazione succitata, parte degli atti delle procedure per la cessazione del servizio, deve essere a cura dell'Area Gestione delle Risorse Umane, che trasmetterà copia della stessa al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

Inoltre lo scrivente RPCT, appreso di un caso di violazione del divieto di Pantouflage da parte di un ex dipendente, provvederà a segnalare tale violazione all'ANAC e alla Direzione Generale ed eventualmente anche all'ente o al soggetto privato presso cui lo stesso ex dipendente è stato assunto.

9. Whistleblowing

9.1 La normativa

L'ANAC con determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 ha pubblicato delle linee guida che hanno ulteriormente rafforzato le disposizioni, già presenti nella Legge 190/2012, relative alle procedure sulle segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti, e ne ha sottolineato la garanzia della tutela del segnalatore contro azioni persecutorie ai suoi danni.

L'Azienda ha in questi anni dato rilievo a questa forma di collaborazione, considerandola come una fondamentale risorsa per il controllo sulla prevenzione del rischio di corruzione, dandone anche una massima pubblicità. Difatti, attraverso la conoscenza dei possibili fenomeni corruttivi, l'Amministrazione può beneficiare di presupposti migliorativi per la tutela della integrità con notevoli incidenze sulla propria organizzazione.

Le "linee guida" individuate dall'ANAC hanno avuto la funzione di colmare alcune lacune presenti nella legge 190/2012 in materia di whistleblowing e per il cui perfezionamento il Governo ha delegato con il d. l. 90/2014 art. 19 co. 15.

Peraltro, in ultimo, la Legge n. 179 del 30/11/2017 a difesa del segnalatore, ha sancito che:

- il dipendente che segnala al RPC, all'ANAC o ancora all'Autorità Giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro, qualora determinati dalla segnalazione (Art. 54-bis D. Lgs. 165/2001);
- Il dipendente segnalante viene reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. E' a carico dell'amministrazione dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione.
- Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l'identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell'ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all'articolo 329 del codice di procedura penale (Obbligo del segreto). La

segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 241/1990 s.m.i..

L'ANAC, a cui l'interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all'ente (se responsabile) una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità. E' prevista una sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del RPC che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

9.2 *L'oggetto della segnalazione*

L'Art. 54 D. Lgs. 165/2001 come modificato dall'art. 1, co.1, della Legge 179/2017 enuncia che il dipendente pubblico che, nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, segnali al RPCT, ovvero all'ANAC, o denunci all'autorità giudiziaria ordinaria o a quella contabile, condotte illecite di cui è venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, demansionato, licenziato, trasferito, o sottoposto ad altra misura organizzativa, avente effetti negativi, diretti o indiretti, sulle condizioni di lavoro, determinata dalla segnalazione.

Si evidenzia in tale indicazione il carattere oggettivo della condotta illecita che comporti una maladministration (abuso di poteri al fine di ottenere vantaggi privati, l'inquinamento dell'azione amministrativa dall'esterno, favoritismi, comportamenti che contrastano con la cura dell'interesse pubblici, ecc.), quale evento che determina l'azione di whistleblowing,

La segnalazione deve contenere elementi utili alle verifiche da parte del RPCT, necessari agli accertamenti del caso ed alla valutazione della fondatezza della denuncia. L'ANAC ha indicato i contenuti minimi essenziali della segnalazione: (I) i dati del segnalante; (II) il luogo/struttura di lavoro e periodo, anche indicativo, in cui si è verificato il fatto; (III) la chiara descrizione del fatto. La segnalazione deve inoltre contenere ogni altra informazione atta a comprovare la fondatezza del fatto, Non risulta necessario, invece, che il segnalatore sia certo dell'effettivo verificarsi dell'evento illecito, essendo sufficiente che questi vi sia un'elevata probabilità che si verificasse l'evento.

Non possono essere tenute in considerazione tutte le segnalazioni fondate su meri sospetti o voci (si ricorda che la norma parla di “*ragionevoli sospetti*”), dovendo essere acquisite le notizie durante le attività lavorative,

9.3 *Le procedure*

Rinviando, pertanto, alle disposizioni indicate genericamente dall’ANAC nelle Linee guida della Determinazione 6/2015, questa Azienda ha definito, aggiungendola a quella cartacea, una procedura on-line aderendo al progetto WhistleblowingPA di Transparency International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi dotandosi di uno strumento sicuro per le segnalazioni.

In particolare si espongono di seguito le due diverse procedure.

a) Procedura senza l’uso di software

La denuncia del whistleblower per i casi e nei modi previsti dalla norma potrà essere effettuata al Dirigente gerarchicamente superiore, ovvero al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, ovvero alla stessa Autorità Nazionale Anticorruzione. In particolare il RPC è il soggetto funzionalmente competente a conoscere di eventuali fatti illeciti al fine di predisporre le misure volte a rafforzare il Piano di Prevenzione della Corruzione, pena l’attivazione di specifiche forme di responsabilità nei suoi confronti.

La denuncia può essere effettuata sul modello che è in allegato al presente Piano (all. 5), oltre l’eventuale documentazione accompagnatoria:

- direttamente nelle mani del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione;
- trasmesso in busta chiusa all’Ufficio Anticorruzione;
- trasmesso via mail a:

ufficio.anticorruzione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it

Il RPC è tenuto al massimo riserbo della figura del denunciante, conservandone la riservatezza del nominativo.

b) Procedura con l'utilizzo del software

Attraverso un link presente sul portale aziendale alla pagina principale di “Amministrazione Trasparente” si possono avere immediatamente le principali istruzioni e l'accesso alla piattaforma relativa al servizio: <https://policlinicobari.whistleblowing.it/>

Il dipendente segnalatore dovrà compilare le sezioni on line nel più totale anonimato, ottenendo un codice identificativo della pratica attivata.

Il RPCT riceverà una mail della segnalazione e neanche lo stesso Responsabile sarà inizialmente a conoscenza del mittente.

Si specifica che il servizio di segnalazione utilizzato è a garanzia della riservatezza dei dati del segnalante, la nomina a Responsabile del Trattamento è Transparency International Italia, Centro Hermes per la trasparenza e i Diritti umani Digitali.

Acquisito in data 18/03/2019:

- il Report of Security Audit of GlobaLeaks
- il GlobaLeaks Security Assessment
- Pentest-Report GlobaLeaks

Nella sezione “Amministrazione Trasparente” è stata inserita l'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento U.E. 2016/679.

L'attivazione di tale piattaforma on line è stata scelta sulla base di valutazioni sulla sicurezza per il segnalante che viene garantita dalla serietà del prodotto anche in relazione della opportunità di tale sistema a costo zero.

Alla fase della segnalazione di cui abbiamo visto sopra, si presentano le fasi successive a cura del RPCT.

Nel caso si ravvisino elementi di manifesta fondatezza del fatto, il Responsabile avvia l'istruttoria della procedura interna, inoltrando la segnalazione ai soggetti terzi competenti,

anche per l'adozione dei provvedimenti conseguenti, a seconda del grado di rilevanza anche penale, quali:

- il dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;
- la Direzione Strategica per eventuali ulteriori aperture di indagini da parte degli organi decisionali dell'Azienda;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- l'Autorità giudiziaria, la Corte dei Conti e l'ANAC, per i profili di rispettiva competenza;
- il Dipartimento della funzione pubblica.

Nel caso di trasmissione a soggetti interni all'Amministrazione dovrà essere inoltrato solo il contenuto della segnalazione, evitando tutti i riferimenti dai quali sia possibile risalire all'identità del segnalante.

Si rappresenta che la norma stabilisce che il RPCT deve:

- i. Curare l'istruttoria rispettando la tutela della riservatezza e il principio di imparzialità nell'interesse generale e di tutte le parti coinvolte;
- ii. Valutar i fatti;
- iii. Chiedere chiarimenti (se strettamente necessari), inclusa l'audizione del segnalante e di eventuali altri soggetti;
- iv. Utilizzare il contenuto delle segnalazioni per identificare le aree critiche dell'amministrazione in un'ottica di miglioramento della qualità ed efficacia del sistema di prevenzione della corruzione.

Se la segnalazione dovesse rimanere anonima, e non dovessero sussistere situazioni oggettive di rilievo, la pratica potrà essere archiviata da parte del RPCT.

Nel caso il RPCT, sulla base della valutazione dei fatti oggetto della segnalazione, ravveda circostanze di eventuale e manifesta infondatezza, può decidere di archiviare il caso. Lo stesso può altresì:

- a. predisporre gli interventi organizzativi necessari per rafforzare le misure di prevenzione della corruzione nell'ambito in cui è emerso il fatto segnalato;
- b. inoltrare soltanto il contenuto della segnalazione, evidenziando che si tratta di una segnalazione su cui c'è una rafforzata tutela della riservatezza, a soggetti terzi interni competenti per l'adozione di eventuali provvedimenti ovvero a soggetti terzi esterni, se rileva la loro competenza (Autorità giudiziaria, Corte dei Conti, ANAC).

L'Azienda, comunque, resta in attesa di una decisione regionale sulla eventualità di uniformare per l'intero territorio un unico sistema di rilevazione del whistleblowing.

9.4 Whistleblowing e data protection

La segnalazione da parte del whistleblower comporta un trattamento dei dati personali i quali restano segreti anche al RPCT fin quando non si renda necessaria l'attivazione dell'istruttoria.

In data 15/05/2020 la Società Whistleblowing Solution SRL con sede a Milano ha aggiornato la documentazione privacy, fornendo all'A.O.U. Policlinico di Bari l'informativa sul trattamento dei dati personali ver. 2.0 ai sensi dell'Art. 13 del GDPR.

Tra Transparency International e Whistleblowing Solution è stato sottoscritto un accordo di collaborazione per la gestione informativa della piattaforma di whistleblowing anticorruzione gratuita per tutte le Pubbliche Amministrazioni Italiane.

L'A.O.U. Policlinico di Bari in qualità di utilizzatore del servizio ha preso atto delle misure di sicurezza adottate per il citato servizio e le ha annotate nel registro delle attività di trattamento.

Di conseguenza è stata aggiornata l'informativa ai sensi dell'Art. 13 del GDPR da parte dell'A.O.U. Policlinico di Bari ed è stata pubblicata al seguente link: <https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixiii/amministrazione-trasparente>

Infine, in data 10/12/2020 con nota prot. 96242 è stato predisposto “Accordo in merito al trattamento dei dati personali” ai sensi art. 28 del GDPR nei confronti della Società Whistleblowing Solution I.S. SRL.

10. Rotazione del Personale

10.1 *La rotazione ordinaria*

La rotazione è una tra le diverse misure che le Amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. 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, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC procedure idonee a selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e di funzionari tecnico-amministrativi.

La rotazione ordinaria del personale è considerata a stregua di quella misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni aberranti che possano alimentare dinamiche destruenti e improprie nella gestione della "cosa pubblica", chiaramente associate alla permanenza nel tempo, di determinati dipendenti, nel medesimo ufficio-ruolo-funzione.

La ratio logico-giuridica che sottende e pervade la disciplina normativa in argomento è quella di evitare che un soggetto pubblico-dipendente possa essere indotto a sfruttare una posizione fattuale, per così dire, "privilegiata" in senso lato, onde poter ottenere una serie di vantaggi e/o utilità non dovute e/o non giustificabili e che pertanto l'Ordinamento considera come anti-giuridiche e contra ius.

La rotazione del personale assegnato alle aree a rischio è considerata una misura fondamentale che il Piano Nazionale Anticorruzione individua e motiva ritenendo che l'alternanza fra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione dei processi, infatti, possa scongiurare o se non altro arginare il rischio che possano innescarsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di illecito improntate a collusione, potenzialmente suscettibili poi di sfociare in ipotesi conclamate di corruzione, integrando le fattispecie di cui agli artt. 314 ss. del c.p.

L'alternanza riduce (per lo meno astrattamente) il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti amministrativi ed instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto e/o cedere a pressioni esterne o possa quindi instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inappropriate.

Peraltro, la rotazione potrebbe rispondere anche ad un criterio tipicamente organizzativo potendo contribuire da un lato alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità e le competenze dello stesso in relazione alle capacità potenziali e future e dall'altro, giocoforza, tutto ciò si rifletterebbe a fortiori razione positivamente sulle capacità professionali complessive dell'Amministrazione, senza che ciò determini inefficienze e malfunzionamenti imprevisti.

Nondimeno, la misura della rotazione ordinaria risulta di non facile attuazione e può comportare, se non realizzata in una visione organica dell'azione amministrativa e delle priorità dell'amministrazione, disfunzioni e rallentamenti.

Per tale motivo la stessa necessita di adempimenti preliminari: dopo aver identificato le strutture che svolgono attività nelle aree più esposte a rischio corruzione, è necessario valutare le competenze, espresse dal personale in servizio presso questa Azienda, di cui necessita ciascuna struttura.

E' necessario, inoltre, verificare se i dipendenti da sottoporre alla misura della rotazione costituiscano "nocciolo duro di professionalità" per lo svolgimento delle attività proprie di ciascuna struttura.

Al fine di creare competenze trasversali e professionalità che possano essere utilizzate in una pluralità di settori, diminuendo in tal modo le problematiche connesse e conseguenti alla rotazione, sarebbe auspicabile assicurare percorsi di formazione e aggiornamento continuo, anche tramite sessioni formative in house, per tutti i dipendenti.

In una logica di formazione viene adottata una organizzazione del lavoro che prevede periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività con un altro operatore che nel tempo, verosimilmente, potrebbe essere chiamato a sostituire.

Il PNA 2019 ha dato ampio risalto agli aspetti legati alla rotazione ordinari ed ai relativi obblighi dedicando per interno l'allegato 2. In esso vengono esaminati l'ambito soggettivo, i vincoli della rotazione, la formazione, la programmazione e la funzione del RPCT.

Pur evidenziandosi nella fattispecie assunti già analizzati in precedenza, l'ANAC afferma che le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e ai vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Negli aspetti sostanziali il PNA 2019 impone alle amministrazione la definizione di criteri (es. l'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione, la fissazione della periodicità, le caratteristiche funzionali) da evidenziare nel PTPCT, individuando le fonti normative e lo sviluppo di una programmazione che dovrà essere oggetto di verifica da parte del RPCT.

In questo contesto, le diverse strategie di governo di questa Azienda hanno solo in parte attuato la prevista movimentazione del personale dirigente PTA (professionale, tecnico, amministrativo). A giustificazione di questo va detto che si è avuta una notevole movimentazione a causa del verificarsi di pensionamenti, di nuove assunzioni, di procedure di comando e di mobilità, che hanno provocato l'effetto conseguente di un naturale avvicendamento del personale, producendo di fatto un'applicazione del principio di rotazione. L'assunzione recente di un notevole numero di dirigenti amministrativi e di più ingegneri nei ruoli professionali ha avvalorato, comunque, lo spostamento di competenze e responsabilità di ruoli individuati in attività soggette a rischio corruttivo come l'Area Gestione del Patrimonio, l'Area Gestione Tecnica, l'Area Gestione delle Risorse Umane, l'Area Gestione Risorse Finanziarie, a questo si aggiunga la temporanea aspettativa di dirigenti assegnati ad incarichi istituzionali al di fuori dell'Azienda.

Si consideri, peraltro, come sin dal Piano 2014, il RPCT ha proposto una programmazione, in alternativa o in complementarietà, anche una possibile rotazione dei collaboratori amministrativi che abbiano responsabilità primarie nei settori soggetti a rischio corruttivo. In

merito, dovrà essere sempre previsto l'affiancamento del personale subentrante a quello uscente e all'attivazione di percorsi formativi interni, finalizzati all'acquisizione di conoscenze e competenze nelle materie e nei settori di appartenenza.

Il PNA 2016 consiglia di programmare la rotazione attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle attività fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse. A tale proposito un riferimento essenziale per la programmazione può essere l'attivazione della piattaforma per l'analisi dei processi, da cui può inserirsi una utile operazione di definizione dei carichi di lavoro.

Va considerato, inoltre, quanto affermato sempre nel PNA 2016 nei casi di difficile applicazione della rotazione: *“essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, le amministrazioni sono tenute a operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza “interna” delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. “segregazione delle funzioni””*.

Discorso diverso è il ricorso alla rotazione del personale medico inquadrato nel ruolo dirigenziale, in quanto risulta invece essere di difficile applicabilità, poiché vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, difficilmente trasferibili all'interno di una struttura ospedaliera.

In attuazione delle attività previste, si intende programmare in questo Piano triennale la redazione ed adozione del *“Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio di*

corruzione”, secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo ANAC con deliberazione n.13/2015 (orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del Piano Nazionale) e dalle previgenti disposizioni legislative in materia di rotazione del personale (legge n. 190/2012 e D.P.R. n. 62/2013 art. 13 c. 6).

10.2 Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali e/o disciplinari per condotte astrattamente riconducibili a fattispecie delittuose di natura corruttiva.

In caso di formale notizia criminis di avvio di procedimento penale ed in caso di avvio di procedimento disciplinare per fatti di natura corruttiva a carico di un dipendente, ferma restando la possibilità di sospendere il rapporto di pubblico impiego, l’Azienda provvederà nel seguente modo:

- per il personale dirigente: si procede con atto motivato alla revoca dell’incarico in essere ai sensi del combinato disposto dell’art. 16, co. 1, *lett. l quater*, e dell’art. 55 *ter*, co. 1, del d.lgs. 165/2001;
- per il personale non dirigente: si procede all’assegnazione ad altro servizio ai sensi del citato art. 16, co. 1, *lett. l quater*.

Per il personale non dirigenziale, dunque, la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro ufficio o servizio.

Si tratta, quindi, di una misura di carattere eventuale e cautelare tesa a garantire che nell’area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Per quanto attiene all’ambito oggettivo della condotta, e dunque alle fattispecie di illecito che l’amministrazione è chiamata a ponderare ai fini della decisione di far scattare o meno la misura della rotazione straordinaria, vista la “atipicità” del contenuto della condotta corruttiva contemplata nella norma, si ritiene di poter considerare potenzialmente integranti

le condotte corruttive *de quibus* specialmente i reati contro la Pubblica Amministrazione nonché quelli indicati nel D. Lgs. 31 dicembre 2012, n. 235.

Questa amministrazione potrà porre a fondamento della decisione di far ruotare il personale la riconduzione del comportamento posto in essere a condotta di natura corruttiva e dunque potranno conseguentemente essere considerate anche altre fattispecie di reato.

Il ricorso alla rotazione deve essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo.

Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione della corruzione, si prevede che vengano attuate scelte organizzative ed adottate altre misure di natura preventiva che possono avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione di modalità operative che favoriscono una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Tali misure mirano ad evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il "controllo esclusivo dei processi", specie di quelli più esposti al rischio di corruzione.

A tal fine si prevedono modalità operative che favoriscono una maggiore partecipazione del personale alle attività del proprio ufficio.

Nelle aree identificate come maggiormente esposte a rischio corruzione e per le istruttorie più delicate si prevedono meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, stabilendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

10.3 *Rotazione straordinaria come conseguenza dell'avvio di un procedimento disciplinare*

L'ipotesi di applicazione della rotazione straordinaria anche nel caso di procedimenti disciplinari è espressamente prevista dalla lettera l-quater dell'art. 16, co. 1, sempre che si tratti di "condotte di natura corruttiva". Anche in questo caso la norma non specifica quali comportamenti, perseguiti non in sede penale, ma disciplinare, comportino l'applicazione della misura. In presenza di questa lacuna e considerata la delicatezza della materia, che ha consigliato un forte restrizione dei reati penali presupposto, si deve ritenere che il procedimento disciplinare rilevante sia quello avviato dall'amministrazione per comportamenti che possono integrare fattispecie di natura corruttiva considerate nei reati come sopra indicati. Nelle more dell'accertamento in sede disciplinare, tali fatti rilevano per la loro attitudine a compromettere l'immagine di imparzialità dell'amministrazione e giustificano il trasferimento, naturalmente

11. Referenti per la Prevenzione della Corruzione

La Circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri indica disposizioni sui termini e competenze dell'incarico del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, prevedendo, tra l'altro, al punto 2.2 la possibilità di designare Referenti per le diverse articolazioni dell'amministrazione.

Con Deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 29/01/2016 nel Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018, su proposta del Responsabile Anticorruzione sono stati nominati i referenti aziendali.

Successivamente con il Piano per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per il triennio 2018-2020 (all'art. 10) è stato aggiornato l'elenco dei referenti dei settori coinvolti nella gestione aziendale.

Con note dell'11/01/2019, con numeri di protocollo progressivi, è stata chiesta la conferma o eventuali variazioni di tali incarichi costituiti, evidenziando che l'eventuale omissione di riscontro avrebbe determinato la nomina a referente direttamente nella persona del Direttore/ Dirigente responsabile delle Aree /UU.OO. interessate.

Successivamente al PTPCT 2019-2021 non si sono avute variazioni della nomina da parte dei diversi settori, se non per causa di trasferimenti di personale, confermando implicitamente per la maggior parte le deleghe che sono state già definite:

Pertanto vanno indicati i seguenti nominativi:

Area Approvvigionamento e Patrimonio	Responsabile Dr. Antonio Moschetta
Area gestione Risorse del Personale	Dr.ssa Maria Lippolis
Area Gestione Risorse Finanziarie	Dr.ssa Isabella Minutilli
Area Gestione Tecnica	Ing. Gabriella Amato
Direzione Sanitaria	Dott.ssa Gabriella Milone – Presidio Poli-clinico
	Dott. ssa Rita Dario – Presidio Giovanni XXIII
Struttura Burocratico-Legale	Dr.ssa Grazia Benedetta Marina Marino
Ufficio Dirig. Rapporti con l'Università	Responsabile Dr.ssa Maria De Fazio
Ufficio Formazione	Responsabile Dott. Maurizio De Luca
Ufficio Informatico	Responsabile Ing. Nicola Serrone
Unità Controllo di Gestione	Responsabile Dr. Rosario Reda



12. Conferma del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante

Con il Comunicato del Presidente del 28/10/2013 l'ANAC ha sancito che ciascuna stazione appaltante è tenuta a nominare con apposito provvedimento il soggetto responsabile incaricato della verifica e/o della compilazione e del successivo aggiornamento, almeno annuale, delle informazioni e dei dati della stazione appaltante stessa.

A tale scopo quindi l'Azienda nell'adozione della Deliberazione del Direttore Generale relativa a questo Piano TPCT 2018-2020 ha confermato quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) il **Dr. Antonio Moschetta**, Direttore Amministrativo dell'Area Approvvigionamenti e Patrimonio.

Il soggetto responsabile è tenuto agli obblighi imposti per tale ruolo attraverso le procedure indicate dal Comunicato su indicato e dal Comunicato successivo del Presidente dell'ANAC del 20/12/2017.

13. Formazione

13.1 Considerazioni

L'Azienda, in ottemperanza all'art. 1 commi 5-8-9-10-11 della Legge 190/2012, ha previsto nel piano Triennale di Prevenzione della Corruzione un programma formativo del quale una parte generale è rivolta a tutti i dipendenti, finalizzato a diffondere i valori etici e a promuovere la conoscenza di principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati ed una parte di maggiore approfondimento, cosiddetta differenziata, rivolta alle figure maggiormente a rischio.

In coerenza con quanto espresso sull'argomento dall'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione dell'ANAC 2016, pur considerando la figura del RPCT e le figure di supporto (collaboratori diretti, referenti, organi di indirizzo, responsabili di uffici e di funzioni strategiche) i principali destinatari della formazione, l'Azienda deve indicare diversi gradi e modalità dei soggetti a cui è indirizzata la formazione, attraverso il programma esposto nel presente Piano e che, purtroppo, per ragioni organizzative tra Ufficio Anticorruzione ed Ufficio di Formazione non si è avviato neanche nel corso dell'anno 2018.

D'altronde l'esistenza di un programma parallelo di attività congiuntamente insieme al relativo ufficio con gli obblighi in materia di privacy ha indotto ad una più accurata revisione della pianificazione della formazione aziendale nelle specifiche materie.

Difatti il GDPR individua nella formazione lo strumento principe, che ogni titolare deve obbligatoriamente adottare, per stimolare la collocazione dei responsabili e degli autorizzati per ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita dei dati, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta e sui modi per prevenire danni ai dati stessi, la conoscenza delle misure di sicurezza adottate e la loro gestione ai diversi livelli di responsabilità, nonché le modalità per aggiornarsi a seguito dell'evoluzione normativa e tecnologica.



D'altra parte la prevenzione della corruzione basa un proprio punto cardine della conoscenza di tutte le argomentazioni che partono dalla Legge Severino (190/12) e da un processo di educazione all'etica personale, aziendale e sociale dei soggetti che fanno parte del sistema.

Pertanto, nel contesto delle strategie organizzative finalizzate alla formazione in materia di anticorruzione e privacy, l'Azienda ha predisposto un piano stratificato di gradi responsabilità dell'intero personale ed anche delle figure esterne coinvolte nelle attività che comportano rischi delle violazioni di norme in questi temi specifici.

Dopo un periodo di prova attraverso una convenzione per l'utilizzo di una piattaforma FAD che consenta la formazione a distanza asincrona di base ed avanzata, vi è la proposta da parte del RPCT e del DPO di confermare tale progetto che consentirà un piano formativo con maggiore semplicità di utilizzo per le diverse fasce di destinatari interessati.

Purtroppo nel corso 2020 i programmi relativi alla formazione in tema di anticorruzione e trasparenza hanno dovuto subire un rallentamento per le risorse molto limitate di personale che il RPCT ha potuto investire in questo progetto. A ciò si è aggiunto la complessità delle problematiche generate dalla pandemia, che ha di fatto costretto a differire ogni attività relativa alla formazione in momenti successivi.

Parallelamente, l'attività formativa in tema di privacy ha continuato il programma già avviato dal 2019 che ha visto coinvolgere dipendenti e universitari.

Per l'anno in corso, pertanto, vale quanto già programmato nel 2020 in riferimento a riprendere l'utilizzo di una piattaforma FAD e, quindi, subordinandone la realizzazione di registrazioni di video lezioni da erogare, con un contestuale piano delle opere, distinto per i temi trattati, utilizzando risorse professionali interne e ad ogni modo che non determinino elevati costi aggiuntivi all'Azienda.

13.2 Piano formativo Anticorruzione per l'anno 2021

Le video registrazioni previste, dovranno essere finalizzate a due categorie di soggetti finali:

- un primo approccio base va indirizzato a tutti i dipendenti, senza distinzione di ruolo o qualifica, ed ai soggetti che svolgono la loro attività collateralmente ai dipendenti, questi ultimi non con l'obbligo di partecipazione, ma in modo facoltativo.

Gli argomenti previsti sono rappresentati nelle seguenti sezioni:

- 1) Anticorruzione e gli aspetti normativi della Legge 190/12;
- 2) Piano Anticorruzione Nazionale ed Aziendale;
- 3) Inconferibilità e Incompatibilità, conflitti di interessi;
- 4) La trasparenza e gli obblighi della pubblicazione;
- 5) Accesso civico e documentale;
- 6) Codice di comportamento;
- 7) Whistleblowing;
- 8) Ufficio Procedimenti Disciplinari e Sanzioni per violazioni di legge

- un secondo step più particolareggiato per argomenti indirizzati per il personale che svolge attività in settori maggiormente a rischio di corruzione (personale amministrativo, professionale e tecnico e personale sanitario di settori strategici).

Gli argomenti previsti sono rappresentati nelle seguenti sezioni:

- 1) Analisi e mappatura dei processi a rischio corruttivo;
- 2) Rotazione;
- 3) Maggiori approfondimenti sugli argomenti trattati nella formazione base.

Nel corso del 2020 il RPCT provvederà ad articolare le diverse sessioni e definire in dettaglio il numero dei moduli formativi e la durata complessiva del programma.

13.3 Piano formativo Privacy per l'anno 2021

Il corso per i soggetti autorizzati prevede la partecipazione a 15 moduli formativi della durata totale di 9 ore il cui programma è il seguente:

- 1) Evoluzione del diritto alla privacy
- 2) Il nuovo regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR 2016/679
- 3) Responsabilizzazione, principio di accountability
- 4) Privacy by design e privacy by default
- 5) La figura del DPO: un noto sconosciuto
- 6) Data breach, violazione dei dati personali
- 7) La sicurezza dei dati personali
- 8) Le figure previste dal GDPR
- 9) Anonimizzazione e pseudonimizzazione
- 10) Registro delle attività di trattamento
- 11) Misure fisiche, tecniche e organizzative
- 12) Il Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento generale (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati
- 13) Il trattamento dei dati in sanità
- 14) Il dossier sanitario elettronico dai provvedimenti dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali al regolamento generale (UE) 2016/679
- 15) Il fascicolo sanitario elettronico

Il corso per i soggetti autorizzati prevede la partecipazione a 19 moduli formativi della durata totale di 10 ore il cui programma è il seguente:

- 1) Evoluzione del diritto alla privacy
- 2) Il nuovo regolamento generale sulla protezione dei dati GDPR 2016/679
- 3) Responsabilizzazione, principio di accountability
- 4) Privacy by design e privacy by default
- 5) La figura del DPO: un noto sconosciuto
- 6) Data breach, violazione dei dati personali
- 7) La sicurezza dei dati personali
- 8) Le figure previste dal GDPR
- 9) Anonimizzazione e pseudonimizzazione
- 10) Misure fisiche, tecniche e organizzative

- 11) Autorità di controllo ai sensi del Regolamento UE 2016/679
- 12) Mezzi di ricorso, responsabilità e sanzioni
- 13) La Valutazione di Impatto sulla Protezione dei Dati
- 14) Registro delle attività di trattamento
- 15) DPIA – ENISA
- 16) Il Decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento generale (UE) 2016/679 sulla protezione dei dati
- 17) Il trattamento dei dati in sanità
- 18) Il dossier sanitario elettronico dai provvedimenti dell'Autorità garante per la protezione dei dati personali al regolamento generale (UE) 2016/679
- 19) Il fascicolo sanitario elettronico

14. Piano della Trasparenza

14.1 *Situazione del 2020*

Nel 2020 sono stati effettuati monitoraggi periodici verificando la presenza dei provvedimenti (deliberazioni e determinazioni dirigenziali) nel rispetto degli obblighi di pubblicazione.

Definito ormai il processo di formazione della gestione del sito web aziendale, attraverso un unico lavoro coordinato dalla Regione Puglia nel centralizzato “Portale della salute”.

Nella gestione dell’aggiornamento del sito web aziendale si sottolinea lo spirito di collaborazione con i project manager del software regionale da parte dei Responsabili della Trasparenza che interagiscono costantemente per la gestione ed il controllo dello stesso sito e delle pubblicazioni, compatibilmente con le altre funzioni istituzionali.

DI concerto con l’OIV, con lo schema degli obblighi della Trasparenza che sarà rappresentato nel prosieguo, il RPCT ha provveduto ad identificare i ruoli sia del Responsabile della Produzione del dato che del Responsabile della Pubblicazione, sulla base di quanto indicato dalla Deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016.

14.2 Gli obblighi di pubblicità

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
1	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	RPCT	RPCT
2	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	URP -RPCT	URP - RPCT
3	Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Direzione Generale	URP
4	Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT	RPCT
5	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Direzione Generale	URP
6	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	RPCT	RPCT
7	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, in nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Direzione Generale	URP

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione	
8	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Direzione Generale	URP	
9		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici			
10	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	
11	Consulenti e collaboratori	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Dirigente Competente	Dirigente Competente	
Per ciascun titolare di incarico:					
12		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Dirigente Competente	URP - RPCT	
13		2) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Dirigente Competente	Dirigente Competente	
14		3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Ufficio Ispettivo	URP - RPCT	
15		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Ufficio Ispettivo	URP - RPCT	
16		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	RPCT	RPCT	

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
		Per ciascun titolare di incarico:		
17	Incarichi amministrativi di vertice (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario)	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
18		curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Direzione Generale	URP - RPCT
19		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
20		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Area Gestione Personale - Area Patrimonio	Area Gestione Personale - Area Patrimonio
21		dati relativi allo svolgimento di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Direzione Generale	URP - RPCT
22		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Direzione Generale	URP - RPCT
23		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)	Direzione Generale	URP - RPCT
24		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Direzione Generale	URP - RPCT

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
25	Incarichi amministrativi di vertice (Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario)	3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi	Direzione Generale	URP - RPCT
26		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Direzione Generale	URP - RPCT
27		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Direzione Generale	URP - RPCT
28		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Direzione Generale	URP - RPCT
		Per ciascun titolare di incarico:		
29	Titolari di incarichi dirigenziali	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
30		curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	Area Gestione Personale	URP - RPCT
31		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
32		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Area Gestione Personale - Area Patrimonio	Area Gestione Personale - Area Patrimonio
33		Dati relativi alla assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Ufficio Ispettivo	URP - RPCT
34		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Ufficio Ispettivo	URP - RPCT
35		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)	Documenti personali	URP - RPCT

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
36	Titolari di incarichi dirigenziali	2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Documenti personali	URP - RPCT
37		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi	Documenti personali	URP - RPCT
38		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Documenti personali	URP - RPCT
39		dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Documenti personali	URP - RPCT
40		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Ufficio Ispettivo	URP - RPCT
41		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
42		Ruoli dei dirigenti	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
43	Dirigenti cessati	Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
44		Curriculum vitae	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
45		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
46		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Area Gestione Personale - Area Patrimonio	Area Gestione Personale - Area Patrimonio
47		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Documenti personali	URP - RPCT
48		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico	Documenti personali	URP - RPCT

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
49	Dirigenti cessati	2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione.	Documenti personali	URP - RPCT
50		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione.	Documenti personali	URP - RPCT
51	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di all'art. 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione in carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché di tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Ufficio Procedimenti Disciplinari	URP - RPCT
52	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
53	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
54	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
55	Personale non a tempo indeterminato	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
56	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
57	Tassi di assenza (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
58	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (non dirigenti)(da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente, con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Ufficio Ispettivo	URP - RPCT
59	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
60	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
61	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
62	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi, curricula e compensi	URP -RPCT	URP -RPCT
63	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Unità Controllo di Gestione	Unità Controllo di Gestione
64	Piano della Performance	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Unità Controllo di Gestione	Unità Controllo di Gestione
65	Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Unità Controllo di Gestione	Unità Controllo di Gestione

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
66	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Unità Controllo di Gestione	Unità Controllo di Gestione
67	Relazione OIV sul funzionamento del Sistema	Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Unità Controllo di Gestione	Unità Controllo di Gestione
68	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati e dei premi effettivamente distribuiti	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
69	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
70		Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
71		Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Area Gestione Personale	Area Gestione Personale
72	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Direzione Generale	URP - RPCT
		Per ciascuna delle società:		
73		1) ragione sociale	Direzione Generale	URP - RPCT
74		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Direzione Generale	URP - RPCT
75		3) durata dell'impegno	Direzione Generale	URP - RPCT
76		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Direzione Generale	URP - RPCT
77	5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Direzione Generale	URP - RPCT	

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
78	Società partecipate (da pubblicare in tabelle)	6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Direzione Generale	URP - RPCT
79		7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Direzione Generale	URP - RPCT
80		Dichiarazione di insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Direzione Generale	URP - RPCT
81		Dichiarazione di insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Direzione Generale	URP - RPCT
82		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Direzione Generale	URP - RPCT
83	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Direzione Generale	URP - RPCT
		Per ciascuna tipologia di procedimento:		
84	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
85		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
86		3) nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
87		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
88		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardino	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
89		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Responsabili del procedimento	URP - RPCT

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
90	Tipologie di procedimento (da pubblicare in tabelle)	7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
91		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predefinito per la sua conclusione e i modi per attivarli	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
92		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
93		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Responsabili del procedimento	URP - RPCT
94		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Direzione Generale	URP - RPCT
95	Provvedimenti organici indirizzo politico (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Direzione Generale	Segreteria Atti Deliberativi

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
96	Provvedimenti dirigenziali amministrativi (da pubblicare in tabelle)	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sottosezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Dirigente Competente	Dirigente Competente
97	Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
98		Struttura proponente	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
99		Oggetto del bando	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
100		Procedura di scelta del contraente	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
101		Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
102		Aggiudicatario	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
103	Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Importo di aggiudicazione	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
104		Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
105		Importo delle somme liquidate	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
106		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
107		Bandi di gara e contratti -Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
		Per ciascuna procedura		
108	Bandi di gara e contratti - Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee	Avvisi di preinformazione	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
109		Delibera a contrarre o atto equivalente	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
110		Avvisi e bandi	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
111		Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
112		Avviso di indagine di mercato	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
113		Avviso relativo all'esito della procedura	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
114		Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico



	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
115	Bandi di gara e contratti - Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee	Bando di concorso	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
116		Avviso di aggiudicazione	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
117		Bando di gara	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
118		Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati; bando di concorso e avviso sui risultati del concorso; avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale; elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
119		Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione;	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
120		Affidamenti - Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie; tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti in concessione tra enti.	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
121	Bandi di gara e contratti - Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
122		Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
123		Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e servizi di importo unitario stimato superiore a un milione di euro in esecuzione del programma biennale e sui aggiornamenti	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
124		Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico	Area Patrimonio - Area Gestione Tecnica - Ufficio Informatico
125	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
126		Dati relativi alle entrate e alla spesa di bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
127	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
128		Dati relativi alle entrate e alla spesa di bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
129	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
130	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	Area Gestione Tecnica	Area Gestione Tecnica
131	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Area Patrimonio	Area Patrimonio
132	Controlli e rilievi O.I.V.	Attestazione dell'OIV nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	O.I.V.	URP
133		Documento dell'OIV di valutazione della Relazione della Performance	O.I.V.	URP
134		Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	O.I.V.	URP
135		Altri dell'OIV, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	O.I.V.	URP
136	Controlli e rilievi del Collegio Sindacale	Relazione al bilancio di previsione, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Direzione Generale	URP
137	Controlli e rilievi della Corte dei Conti	Tutti i rilievi della Corte dei Conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione e dei relativi uffici	Direzione Generale	URP
138	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	URP - Ufficio Qualità	URP

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
139	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Struttura Burocratico-legale	Struttura Burocratico-legale
140		Sentenza di definizione del giudizio	Struttura Burocratico-legale	Struttura Burocratico-legale
141		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Struttura Burocratico-legale	Struttura Burocratico-legale
142	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
143	Liste di attesa	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Direzione Sanitaria	URP
144	Servizi in rete	Risultati delle rilevazioni di soddisfazione degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Ufficio Qualità - Ufficio Informatico	URP
145	Dati sui pagamenti	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
146	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
147		Indicatore trimestrale di tempestività di pagamento	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
148		Ammontare complessivo dei debiti e il numero di imprese creditrici	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
149	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Area Gestione Finanziaria	Area Gestione Finanziaria
150	Interventi straordinari e di emergenza	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Direzione Generale	URP
151		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Direzione Generale	URP
152		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Direzione Generale	URP
153	Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza	RPCT	RPCT
154	Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e i suoi allegati	RPCT	RPCT
155	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	RPCT	RPCT
156	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta	RPCT	RPCT

	Denominazione obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabile della Produzione dei dati	Responsabile della Pubblicazione
157	Atti di adeguamento a provvedimenti ANAC	Atti adottati in ottemperanza a provvedimenti della ANAC in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	RPCT	RPCT
158	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	RPCT	RPCT
159	Accesso civico "semplice e generalizzato"	Modalità per l'esercizio del diritto civico "semplice", con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta.	RPCT	URP - RPCT
160		Nomi uffici competenti cui presentare la richiesta di accesso civico generalizzato, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	RPCT	URP - RPCT
161		Registro degli accessi (atti, civico e generalizzato) con l'indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	URP	URP
162	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso dell'amministrazione	Ufficio Informatico	Ufficio Informatico
163	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	Direzione Generale	URP - RPCT
164	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del piano per l'utilizzo del lavoro nella propria organizzazione	Ufficio Informatico	Ufficio Informatico

14.3 Programmazione per il Piano della Trasparenza

Nel corso dei primi mesi del 2021 è stato adottato il Regolamento relativo alla gestione del portale a cui sarà dedicato il prossimo articolo.

La responsabilità ed il controllo della pubblicazione delle Deliberazioni aziendali è della Responsabile dell'Ufficio Atti Deliberativi, mentre è lo stesso ufficio che effettua controlli puntuali sulla pubblicazione delle Determinazioni Dirigenziali, a cura dei Responsabili del Procedimento.

Si attiveranno anche i controlli sulla presenza dei curricula vitae dei dirigenti sanitari e non nella sezione "Amministrazione trasparente", verificando, come periodicamente fatto, eventuali informazioni contrari al rispetto della protezione dei dati personali.

Con l'acquisizione di un sistema informatizzato completo per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il RPCT sarà in grado di programmare un controllo più puntuale e secondo procedure più precise.

Il Piano è predisposto sotto la vigilanza dell'OIV, che pur effettua il controllo annuale in sede di presentazione della relazione prevista entro il 30 aprile sul grado di applicazione degli obblighi come richiesti dall'ANAC.

15. Adozione del Regolamento per la gestione e l'aggiornamento del Portale Istituzionale e dell'Albo pretorio on line

15.1 Contenuti del Regolamento

Con la delibera C.S. n. 0352 del 24 febbraio 2021 è stato adottato il **Regolamento** che disciplina la gestione, i contenuti, il funzionamento e l'utilizzo del Portale Istituzionale e dell'Albo Pretorio On-Line dell'A.O.U. Consorziiale Policlinico di Bari e che, inoltre, codifica le modalità di comunicazione on-line dei dati pubblici dell'Azienda nel rispetto delle leggi e regolamenti vigenti.

In questo Regolamento viene delineata la struttura e la gestione del **portale aziendale** istituito ai sensi dell'Art. 53 del D. Lgs. 82/2005 recante il "*Codice dell'amministrazione digitale*" e utilizzato per ottemperare alla normativa vigente, quale strumento di divulgazione delle informazioni istituzionali.

Costituito da n. 22 articoli e relativi commi, tale regolamento contiene i principi concettuali e le cognizioni tecnico/applicative che lo rendono uno strumento finalizzato al miglior utilizzo dello stesso portale aziendale e dell'albo pretorio on-line da parte di coloro, siano essi utenti che gli stessi dipendenti, che possono fruire di informazioni aggiornate circa i servizi e le attività fornite dall'Azienda.

Il Portale informatico aziendale risponde a diversi criteri di funzionalità tra cui la comunicazione istituzionale relativa alle informazioni, atti e documenti che l'Azienda deve *obbligatoriamente* (ope legis) pubblicare e le informazioni utili (*non obbligatorie*) relative a servizi ai cittadini, a cura delle diverse Unità Operative aziendali.

L'aggiornamento delle informazioni pubblicate sul portale viene effettuato da personale interno all'Azienda, individuato formalmente, mediante un sistema di gestione dei contenuti (*Content Management System*) disponibile nel Portale Regionale della Salute, accessibile via web con credenziali di autenticazione personali, che registra tutte le operazioni effettuate.

La normativa in materia di pubblicazione sui siti web istituzionali istituisce la suddivisione del portale in sezioni e sottosezioni, la sezione *Amministrazione Trasparente*, collocata nella Home Page del sito aziendale è organizzata secondo i criteri fissati dal *D. Lgs. n. 33/2013 e*

s.m.i. Le sottosezioni presenti in *Amministrazione Trasparente* sono definite dal Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, mentre la responsabilità della pubblicazione e dell'aggiornamento di tali sottosezioni, per il proprio ambito di competenza, è in capo ai dirigenti responsabili delle UU.OO. Amministrative, Tecniche e Sanitarie (supportati da alcuni dipendenti in servizio presso le stesse UU.OO. individuati come “redattori” di cui parleremo in successivo paragrafo del presente Capitolo).

15.2 *Struttura e Gestione dell'Albo Pretorio Informatico*

Altra parte fondamentale del Regolamento è quella relativa alla funzionalità dell'Albo Pretorio Informatico, istituito a gennaio del 2010, presente nella *home page* del sito web aziendale, con apposito “link” denominato *Albo Pretorio*, ai sensi dell'art. 32 della Legge n. 69/2009.

Nell'Albo Pretorio sono pubblicati gli atti e i provvedimenti ad evidenza pubblica: *Delibere* del Direttore Generale, la cui pubblicazione è gestita dall'Ufficio Segreteria/Atti deliberativi e *Determinazioni Dirigenziali*, la cui pubblicazione è affidata, per il proprio ambito di competenza, ai Direttori e ai Dirigenti Responsabili delle Aree/UU.OO. interessate, supportati da dipendenti delle stesse UU.OO. appositamente individuati quali *redattori*.

Nella stessa sezione sono pubblicati i Bandi di Gara, i Concorsi, le Graduatorie e i Regolamenti in ottemperanza agli obblighi di pubblicità legale e di trasparenza amministrativa. Strutturalmente l'Albo Pretorio è ospitato nel Portale della Salute della Regione Puglia sotto la supervisione di InnovaPuglia SpA (per il servizio di ospitalità, *hosting*, dei server) la cui gestione tecnica è di competenza del R.T.I. Almaviva SpA - Almawave Srl- Indra Italia SpA -PWC Advisory SpA (per i servizi di manutenzione, assistenza tecnica e conduzione operativa dei sistemi).

I soggetti terzi succitati, incaricati dall'Ente, adottano idonee ed adeguate misure di sicurezza a protezione del patrimonio informativo presente e dei dati personali (come previsto dal GDPR n. 679 del 2016 e dal D.Lgs. n. 196 del 2003), assicurando adeguati livelli di servizio e provvedendo all'aggiornamento strutturale del Portale alla luce delle disposizioni normative vigenti.

15.3 *Figure, compiti e responsabilità*

Aspetto essenziale del Regolamento è la descrizione delle fasi in cui è suddivisa la realizzazione e gestione del Portale aziendale.

Tali fasi comprendono varie attività di tipo progettuale, di tipo operativo e di tipo organizzativo e gestionale che sono svolte da alcune figure individuate tra i dipendenti aziendali a cui vengono attribuite specifiche responsabilità.

All'interno dell'Azienda sono individuati e nominati con apposita delibera del Direttore Generale: il Responsabile del procedimento di pubblicazione (Direttiva n. 8/2009), il Responsabile dell'accessibilità (DPR del 01.03.2005 n. 75 art. 9), il Responsabile dei sistemi informativi (D. Lgs. n. 39 del 12.02.1993), il Responsabile Ufficio Stampa (Legge n. 150 del 07.06.2000), il Responsabile dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (D. Lgs. N. 29 del 03.02.1993 – D. Lgs. n. 165, art.11, del 30.03.2001) ed infine il Responsabile tecnico del Portale (in outsourcing).

Inoltre, date le dimensioni aziendali, l'Amministrazione ha previsto nel modello organizzativo ulteriori figure per la gestione del portale e dell'albo pretorio:

- responsabili per la pubblicazione e aggiornamento del portale aziendale;
- responsabili per la pubblicazione nell'Albo Pretorio on-line;
- soggetti incaricati (**redattori**) della pubblicazione sul portale istituzionale e all'albo pretorio on – line.

Tutte le figure succitate, designate dai Direttori e dai Dirigenti Responsabili delle UU.OO. Amministrative, Tecniche e Sanitarie, provvedono alla pubblicazione degli atti e documenti nel rispetto dei termini di legge e dei principi sanciti dal Regolamento in esame.

Al *Responsabile della Trasparenza*, figura che, in questa Azienda, corrisponde allo stesso Responsabile della Prevenzione della Corruzione, compete il monitoraggio dei contenuti obbligatori dell'Albo Pretorio, la cui pubblicazione è prevista dalla normativa vigente e per la gestione degli adempimenti di competenza il *RPCT* può avvalersi di personale appositamente individuato.

Al *Responsabile del procedimento di pubblicazione*, Dr. Salvatore Negro, nominato con Delibera CS n. 0352 del 24.02.2021, spetta la gestione coordinata sia dei contenuti e delle informazioni on-line, sia dei processi redazionali dell'Amministrazione. Il *RPP* raccoglie le segnalazioni relative alla presenza di un contenuto obsoleto ovvero alla incongruenza delle

informazioni presenti sul sito rispetto a quelle contenute nei provvedimenti originali, alla luce della Direttiva n. 8 del 2009 del Ministro per la Pubblica Amministrazione e l'Innovazione.

15.4 *Elenco degli attuali redattori*

Su richiesta inoltrata dal *Responsabile del Procedimento della Pubblicazione* alle varie Aree/UU.OO. obbligate alla pubblicazione degli atti e documentazione di rispettiva competenza, nella sezione "*Amministrazione Trasparente*", ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 e s.m.i., sono stati forniti i seguenti nominativi dei dipendenti designati quali **redattori** del Portale aziendale e dell'Albo Pretorio On-line:

Direzione Sanitaria	Dott.ssa Milone Gabriella – Dott.ssa Carpanano Federica Lucia
Area Approvvigionamenti e Patrimonio	De Santis Vittoria - Quarto Giovanna – Sellestri Nicola
Area Gestione Tecnica	Bianco Maria – Calia Loredana – Luisi Anita – Martino Giovanna
Area Gestione del Personale	Cognetti Annamaria – De Giglio Maria – Dongiovanni Anna – Lorusso Giuseppe – Sabatelli Vito – Scavo Giovanni
Ufficio Rapporti con l'Università	Saracino Michele – Signorello Maria
Unità Operativa ICT	Binetti Margherita – Costantino Antonio – Di Francesco Gianpiero – Fiore Renato – Giannelli Alfredo – Meola Rosanna – Serrone Nicola
Ufficio Formazione	Iacovelli Giovanni – Turturo Biagio
Struttura Burocratico –Legale	Fumai Giuseppe
Unità Operativa Semplice Affari Generali	Didonna Fernando - Facchini Lorenza – Negro Salvatore – Petruzzi Caterina – Sisto Vita

Unità Operativa Complessa Controllo di Gestione	Protopapa Gianluigi
---	---------------------

16. Accesso civico, l'accesso documentale e nuovi risvolti normativi

Premesso che il *diritto di accesso* costituisce espressione del Principio di Trasparenza che regola l'azione amministrativa, introdotto dalla Legge n. 241/1990 (diritto di accesso documentale), in virtù di tale Principio deve essere consentito ai cittadini l'esercizio di un controllo democratico su tutti i momenti ed i passaggi in cui si esplica l'operato della Pubblica Amministrazione, al fine di verificarne la correttezza e l'imparzialità. A seguito del Decreto Legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 con oggetto "*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*", l'ANAC ha definito, adottando la Deliberazione 1309 del 28/12/2016, le "*Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D. Lgs. 33/2013*".

Il fine principale del Decreto Legislativo citato, conseguenza della Legge di delega n. 124/2015 (*Madia*), è visto nella definizione del concetto di "accesso civico" e nell'orientamento della sua applicazione, determinandone i limiti ed i confini necessari per tutelare il normale svolgimento delle attività amministrative ed il rispetto dei principi della privacy, riordinati dalle linee guida del *Regolamento Europeo (GDPR) n. 679/2016 sulla protezione dei dati*.

Un ulteriore documento importante ai fini della regolamentazione degli accessi è fornito dal Ministero per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione con la Circolare n. 2 del 30/05/2017 (*Ministro Madia*), rivista in alcuni passaggi nel 2019 dal *Ministro Bongiorno*, con la Circolare n. 1 avente ad oggetto: "*Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)*".

L'accesso documentale è l'accesso disciplinato dal Capo V (art. 22) della Legge 241/1990 "*Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi*", e ai sensi del D.P.R. n. 184/2006 ed è effettuato se al soggetto richiedente è riconosciuto un interesse giuridicamente protetto, sia esso un interesse legittimo o un diritto soggettivo.

L'accesso civico, invece, seguendo i principi del FOIA (*Freedom of Information Act*), consente a qualsiasi individuo di formulare richieste, pur non godendo di alcun interesse legittimo.

Esistono due forme di accesso civico: semplice e generalizzato.

- **L'accesso civico semplice**, previsto dall'art. 5 c.1 del *Decreto Trasparenza* (D. Lgs. n. 33/2013) consente a chiunque di richiedere all'Azienda documenti, informazioni e dati per cui sia stato previsto l'obbligo della pubblicazione, che risulta omessa;
- **L'accesso civico generalizzato** (FOIA) consente a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati detenuti dall'Azienda, oltre quelli per cui vige l'obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D. Lgs. 33/2013 (*Esclusioni e limiti all'accesso civico*).

Dal carattere fondamentale del diritto di accesso generalizzato deriva che, nel definire le modalità di attuazione di questo istituto con Regolamento, l'Azienda può disciplinare esclusivamente i profili procedurali e organizzativi di carattere interno, ma non i profili di rilevanza esterna che incidono sull'estensione del diritto.

Attualmente è in vigore "*Il regolamento sul diritto di accesso ai documenti amministrativi*" adottato con Delibera DG n. 623 del 24/05/2012 che, in forma allargata e per analogia, regola tutti i tipi di accesso.

La procedura si attua attraverso una richiesta formale (su carta ovvero a mezzo pec) da presentarsi all'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

In conseguenza delle nuove disposizioni di indirizzo, l'Azienda sta predisponendo un nuovo Regolamento, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in cui sono argomentate la parte dispositiva e procedurale completa della gestione di tutte le tipologie di accesso (documentale, semplice e generalizzato).

Tale nuovo Regolamento si articola in più capitoli approfondendone le indicazioni relative agli oggetti e le procedure di attivazione degli accessi, i limiti e le eccezioni, la tutela dei controinteressati, il registro degli accessi.

17. La protezione dei dati personali e le azioni conseguenti

17.1 *Aspetti generali*

Pur non richiesto nella programmazione del Piano, si è deciso in questa particolare fase importante visti gli obblighi di applicazione delle relative disposizioni delle norme europee, dedicare un articolo alla tematica della privacy, che per la sua natura parallela e collaterale con la trasparenza, deve trovare un equilibrio costante con la stessa e con gli obiettivi aziendali.

Si tratterà, pertanto, dei lavori avviati e della pianificazione futura da parte del Responsabile della Protezione dei Dati, ovvero del Data Protection Officer (DPO), Dott.ssa. Patrizia Ciufici, il cui ufficio, come già accennato, è stato assegnato all'interno della Unità Affari Generali.

Il Regolamento Protezione dei Dati Personali (GDPR) 2016/679 introduce un innovativo paradigma in tema di data protection.

Al centro dell'attenzione è posta la persona fisica a cui si riferiscono i dati, i quali devono essere adeguatamente protetti al fine di impedire che una violazione dei dati personali può, se non affrontata in modo adeguato e tempestivo, provocare danni fisici, materiali o immateriali alle persone fisiche, quale ad esempio la perdita del controllo dei dati personali che li riguardano o limitazione dei loro diritti, la discriminazione, il furto o l'usurpazione dell'identità, le perdite finanziarie, il pregiudizio alla reputazione, la perdita di riservatezza dei dati personali protetti da segreto professionale o qualsiasi altro danno economico o sociale significativo alla persona fisica interessata.

Con il GDPR sono stati introdotti nuovi principi, in ambito privacy, quali l'accountability secondo il quale il titolare del trattamento deve adottare ed essere in grado di dimostrare di aver adottato le misure di sicurezza tecniche ed organizzative a protezione dei dati personali. Il principio della privacy by design e by default, il principio della minimizzazione, della limitazione delle finalità, l'esecuzione obbligatoria della Valutazione di Impatto Privacy dei trattamenti, la gestione delle violazioni dei dati personali, solo per elencare i più ricorrenti.

L'approccio al GDPR, quindi, deve essere sostanziale e non formale, non basta quindi produrre della "inutile" documentazione, ma è indispensabile conoscere a fondo la propria organizzazione ed in particolare conoscere a fondo il percorso effettuato dai dati personali raccolti, registrati, organizzati, conservati, elaborati, consultati fino a conoscere l'eventuale distruzione del dato, se previsto. Tutto quanto citato si esplicita in un'altra prescrizione: la gestione del registro delle attività di trattamento.

Solo conoscendo a fondo i trattamenti dei dati personali si potranno adottare le cosiddette adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative attraverso delle numerosissime istruzioni operative, procedure e regolamenti.

Tutto ciò premesso è evidente che lo scopo principe del GDPR è rivolto alla protezione delle persone fisiche a cui si riferiscono i dati e l'impegno maggiore profuso dall'Azienda sarà proprio nel far maturare tale consapevolezza tra i propri soggetti autorizzati al trattamento. Infatti, un altro adempimento fondamentale è rappresentato proprio dalla formazione degli operatori.

L'inosservanza delle prescrizioni previste dal GDPR, non solo espone a rischi i dati personali, ma espone l'Azienda a pesanti sanzioni amministrative e penali ed al contempo ad un evidente danno di immagine per l'Azienda e per il management.

17.2 *Attività avviate*

La compliance al GDPR si raggiunge attraverso una meticolosa conoscenza dell'organizzazione aziendale. A tal fine è indispensabile procedere con una mappatura dell'organizzazione e dei ruoli, dopo aver definito l'assetto organizzativo prescelto dall'Azienda.

Sono stati definiti i ruoli e le responsabilità attraverso un funzionigramma e sono state prodotte, consegnate e condivise le relative lettere di nomina con le relative istruzioni operative al personale interno.

Attraverso delle riunioni ed eventi formativi sono state prodotte e condivise delle clausole contrattuali da indicare negli atti aziendali. Sono state predisposte le informative per i fornitori e le relative nomine dei responsabili al trattamento dei dati personali.

Inoltre, l'alimentazione del registro delle attività di trattamento è gestita ed è effettuata mediante l'esecuzione di audit/assessment al fine di conoscere le varie fasi delle prestazioni eseguite in azienda che vedono coinvolti i dati personali.

Per quanto riguarda i trattamenti di monitoraggio regolare e sistematico, ed in particolare della videosorveglianza, l'attività è gestita e sottoposta ad aggiornamento continuo.

All'occorrenza, su segnalazione della Direzione Sanitaria, sono effettuati dei sopralluoghi al fine di verificare il rispetto delle disposizioni normative ed aziendali.

L'Ufficio Informatico per il tramite degli Amministratori di Sistema designati, è impegnato nell'applicazione delle misure di sicurezza tecnologiche. Sono in fase di predisposizione e aggiornamento dei disciplinari per l'utilizzo delle apparecchiature elettroniche e un disciplinare per gli amministratori di sistema.

Nel contesto delle strategie organizzative finalizzate all'osservanza della normativa sulla Privacy, l'Azienda Ospedaliero - Universitaria Consorziale Policlinico di Bari, ha predisposto un piano di formazione volto a sensibilizzare e, contestualmente, fornire competenze ai Responsabili e ai soggetti autorizzati al trattamento dei dati personali sui rischi che incombono sui dati e sui modi per prevenire danni ai dati stessi, la conoscenza delle misure di sicurezza adottate e la loro gestione ai diversi livelli di responsabilità nonché le modalità per aggiornarsi a seguito dell'evoluzione normativa e tecnologica. Numerosi sono gli eventi formativi effettuati durante il 2018 e 2019 e 2020, sono in fase di pianificazione anche gli eventi formativi per il 2021.

Sono state aggiornate le informative ed i consensi per le attività di ricovero e per le prestazioni ambulatoriali. Sono state revisionate oltre 1000 informative degli studi di ricerca e sono in fase di revisione costante le informative relative agli studi e ricerche scientifiche.

Ai sensi della privacy by design sono stati valutati oltre 1000 studi per ricerca scientifica e farmacovigilanza. Sono state verificate e prodotte oltre 1000 informative per la ricerca scientifica.

Si è implementato un processo per la valutazione delle finalità delle attività di trattamento correlate alle ricerche per la compilazione di tesi universitarie ed erogazione di questionari di customer satisfaction.

E' stato predisposto, ed aggiornato in relazione alle richieste, un registro di trattamento per le tesi universitarie. Altresì è stato predisposto un processo mediante il quale il laureando viene autorizzato al trattamento dei dati personali limitatamente a quanto necessario per l'acquisizione delle informazioni sanitarie utili per la tesi di laurea.

Relativamente al godimento dei diritti degli interessati è pianificata la predisposizione di un apposito regolamento e l'adeguamento e aggiornamento dei software aziendali, laddove non fossero predisposti per soddisfare le richieste degli interessati.

L'attività di audit/assessment è indispensabile, non solo per acquisire informazioni sui trattamenti, ma per effettuare una valutazione dei rischi sui singoli trattamenti e di conseguenza procedere con l'adozione di adeguate misure di sicurezza tecniche ed organizzative.

Attraverso una riunione ed un evento formativo sono state fornite delle istruzioni in merito alla necessità di valutare by design l'implementazione di nuovi trattamenti. Comunque l'attività necessita di maggiore supporto e di un software per la valutazione dei rischi.

Con delibera 1947 del 12/12/2018 è stata approvato il Regolamento per la gestione della violazione dei dati personali e la relativa modulistica. Tale attività è stata indicata dall'Autorità come una delle tre priorità da mettere in atto.

In data 04/07/2019 e 09/07/2019 si sono svolte due edizioni del corso di formazione obbligatorio: "*Istruzioni operative in caso di Violazione dei dati personali ai sensi degli Artt. 33-34 del GDPR 679/2016*".

Numerose sono le attività in corso per le quali, al fine di vigilare correttamente, è obbligatorio che il DPO sia tempestivamente e adeguatamente coinvolto in tutte le questioni riguardanti la protezione dei dati personali (Art. 38 GDPR). Inoltre si segnala l'importanza

che il titolare del trattamento sostenga il responsabile della protezione dei dati nell'esecuzione dei compiti di cui all'articolo 39 fornendogli le risorse necessarie per assolvere tali compiti e accedere ai dati personali e ai trattamenti e per mantenere la propria conoscenza specialistica. (Art. 38 comma 2).

Le numerosissime attività, inevitabilmente, producono una notevole mole di documentazione per cui senza un adeguato software per la gestione delle attività e la raccolta delle evidenze si rischia di non soddisfare uno dei principi cardini del GDPR: l'accountability. Inoltre la disponibilità di un software consente di calcolare gli indici di rischio e di effettuare correttamente la valutazione di impatto privacy la quale si effettua su indici di impatto e di probabilità di verifica di eventi avversi.

E' in fase di svolgimento la revisione dei rapporti con circa 1600 fornitori ai quali è stata fornita la nuova informativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del GDPR 2016/679. E' in fase di acquisizione tutta la documentazione privacy degli studi e ricerca scientifica in atto presso tutte le UU.OO.

17.3 Piano operativo per il 2021

Per l'anno 2021 in continuità con le attività cominciate negli anni precedenti e finalizzate alla messa a regime delle normative regolate dal GDPR 679/2016 si presenta il seguente piano operativo.

1. MAPPATURA ORGANIZZAZIONE E RUOLI

1.1 Costante Aggiornamento dei ruoli e responsabilità in Azienda, attraverso un funzionigramma privacy, ed emissione delle relative lettere di nomina/incarico

1.1.1. Titolare

1.1.2. Contitolari e Autonomi Titolari

1.1.3. Responsabile Protezione Dati (RPD o DPO)

1.1.4. Amministratore di sistema

1.1.5. elenco degli ads interni (formalizzazione delle funzioni ad essi attribuite)

1.1.6. Responsabili interni

1.1.7. Responsabili esterni (ricevuto il 12/02/18 elenco dei fornitori/manutentori)

1.1.8. Incaricati interni

1.1.9. Incaricati esterni

1.2 Monitoraggio dell'applicazione delle istruzioni operative fornite alle UU.OO. di competenza per la corretta individuazione dei ruoli assunti dai fornitori dei servizi esternalizzati che prevedono il trattamento di dati personali e relativa applicazione delle clausole contrattuali e delle relative nomine.

2. MAPPATURA DEI TRATTAMENTI E STESURA DEL REGISTRO DEI TRATTAMENTI (ART.30)

2.1 Non appena termina il periodo acuto della pandemia, ripresa dell'esecuzione di audit presso tutte le UU.OO. sanitarie, tecniche ed amministrative al fine di eseguire un assessment privacy ed effettuare una gap analysis

2.1.1 Interviste ai Direttori delle UU.OO. ed ai coordinatori al fine di individuare:

- i processi di trattamento dei dati personali
- le pratiche operative e le modalità dei trattamenti
- la documentazione privacy informative e consensi
- i soggetti coinvolti nei trattamenti (interni ed esterni)

2.1.2 Produzione di linee guida, procedure operative da rendere note a tutti soggetti autorizzati al trattamento

2.1.3 Revisione ed aggiornamento al GDPR 2016/679 delle informative e consensi

2.2 Compilazione DEL REGISTRO DEI TRATTAMENTI

3. VIDEOSORVEGLIANZA (monitoraggio nuove implementazioni e mantenimento delle attività eseguite)

3.1 Approvazione accordo sindacale (07/04/2017)

3.2 Adozione Regolamento Videosorveglianza (05/05/2017)

3.3 Nomine:

3.3.1 Responsabile della Videosorveglianza (Dott.ssa Emilia Rita Monaco)

3.3.2 Responsabile Esterno Sicurcenter

3.3.3 Manutentori degli impianti

3.3.4 Incaricati ad accedere alle immagini

3.4 FORMAZIONE per responsabile e incaricati della videosorveglianza

4. SOPRALLUOGHI PRIVACY EFFETTUATI SU RICHIESTA/SEGNALAZIONE IN COLLABORAZIONE CON LA DIREZIONE SANITARIA:

5. IMPLEMENTAZIONE DI ADEGUATE MISURE DI SICUREZZA PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI (a cura dell'Ufficio ICT saranno mantenute le misure di sicurezza adottate e saranno implementate le misure di sicurezza per i nuovi trattamenti)**5.1 Misure di sicurezza dei trattamenti (Art. 32)**

5.1.1 Il legislatore europeo obbliga il **Titolare** che tratti dati particolari (Art. 9) (sensibili, genetici, ecc.) a:

- Pseudonimizzare e cifrare i dati personali
- Garantire la riservatezza, l'integrità e la disponibilità del dato
- Ripristinare tempestivamente la disponibilità dei dati e del servizio

5.2 Procedure/regolamenti per l'utilizzo di strumenti informatici

5.2.1 "Disciplinare tecnico per gli Amministratori di sistema"

6. FORMAZIONE OBBLIGATORIA Il Titolare ed i Responsabili fanno sì che chiunque agisca sotto la loro autorità e abbia accesso ai dati personali non li tratti se non è istruito in tal senso. (Art. 32 par. 4) (**prosecuzione delle attività formative**)**6.1 Sessioni formative sul GDPR per:**

- Responsabili del trattamento (circa 100 soggetti) (formazione frontale)
- Soggetti autorizzati al trattamento (circa 6000 soggetti) (FAD e frontale)

6.2 Attività formative specifiche frontali per personale amministrativo che stipula contratti, convenzioni con soggetti terzi che prevedono il trattamento di dati personali e particolari, al fine di individuare tempestivamente i soggetti coinvolti nel trattamento ai sensi del principio dell'Accountability (Art. 24) e ai sensi dell' Art. 28 Responsabili del trattamento

7. REVISIONE DELLE INFORMATIVE (ART. 13)

7.1 per prestazioni ambulatoriali

7.2 per le attività di ricovero

7.3 per il DSE

7.4 per progetti/attività specifiche

In costante verifica delle informative degli studi e sperimentazioni presentate al Comitato Etico.

8. REVISIONE DEI CONSENSI (ART. 7)

8.1 per prestazioni ambulatoriali

8.2 per le attività di ricovero

8.3 per il DSE

8.4 per progetti/attività specifiche

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO**9.1 Artt. 15-21**

9.1.1 Predisposizione delle procedure e relativa modulistica per consentire all'interessato di godere dei propri diritti tra i quali quanto previsto dal GDPR

<p>9.1.2 verifica della relativa predisposizione, dei software e dell'organizzazione per soddisfare tali richieste</p> <p>Nel caso in cui il Titolare dovesse trattare i dati personali per una finalità differente per la quale sono stati raccolti e per la quale l'interessato ha dato il consenso, l'interessato può far valere i propri diritti e far limitare il trattamento ulteriore.</p>
<p>10. ADOZIONE DI MISURE TECNICHE E ORGANIZZATIVE Responsabilità del Titolare del trattamento (Art. 24)</p>
<p>11. PROTEZIONE DEI DATI FIN DALLA PROGETTAZIONE E PROTEZIONE PER IMPOSTAZIONE PREDEFINITA (ART. 25) Soddisfare il principio della privacy by design rappresenta l'elemento innovativo introdotto dal GDPR, infatti qualunque nuovo trattamento deve soddisfare i principi definiti dagli artt. 5 e 6, oltre che dall'Art. 32</p> <p>11.1 Predisporre e adottare delle procedure che obblighino, tutti coloro che acquisiscano beni e servizi che trattino i dati personali e particolari, a far sì che le attività da predisporre soddisfino fin dalla progettazione i requisiti della protezione dei dati personali. (Patrimonio, Area Tecnica, ufficio Informatico, Direzione Sanitaria, ecc.)</p>
<p style="text-align: center;">AREE DI ATTIVITÀ</p>
<p>12. DATA BREACH. NOTIFICA DI UNA VIOLAZIONE DEI DATI PERSONALI ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO (ART. 33) Il titolare del trattamento entro 72 ore dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'incidente deve notificare l'accaduto all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali (si segnala l'articolo dello scrivente sul Sole 24 Ore (Misure di sicurezza informatica)</p> <p>12.1 E' necessario scrivere e adottare delle procedure al fine di individuare e comunicare l'accaduto</p> <p>12.2 Al fine di documentare l'accaduto l'Azienda, per il tramite dell'Ufficio Informatico, deve dotarsi di strumenti adeguati di monitoraggio proattivo dei log</p>
<p>13. COMUNICAZIONE DI UNA VIOLAZIONE DEI DATI PERSONALI ALL'INTERESSATO (ART. 34)</p> <p>13.1 In seguito ad una violazione dei dati personali il titolare deve comunicare la violazione all'interessato, illustrando l'accaduto e dimostrando di aver fatto il possibile per mitigare i danni</p> <p>13.2 E' necessario scrivere e adottare delle procedure al fine di individuare e comunicare l'accaduto</p>
<p>14. VALUTAZIONE D'IMPATTO SULLA PROTEZIONE DEI DATI E CONSULTAZIONE PREVENTIVA (ART. 35)</p> <p>14.1 Per tutti i trattamenti esistenti il titolare deve effettuare una Valutazione di impatto al fine di:</p> <p>14.2 individuare i rischi per i diritti e le libertà delle persone fisiche</p> <p>14.3 individuare i rischi residui, che se elevati deve avviare una consultazione preventiva (Art. 36) all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali</p> <p>14.4 Per tutti i trattamenti futuri deve essere eseguita prima dell'inizio del trattamento.</p>



14.5 E' necessario scrivere e adottare delle procedure al fine di individuare e comunicare l'accaduto e dotarsi di un software che consenta l'elaborazione della valutazione d'impatto.

15. CODICI DI CONDOTTA (ART. 40) Il legislatore auspica ed incoraggia ad adottare dei codici di condotta

16. CERTIFICAZIONE (ART. 42) Il legislatore auspica ed incoraggia ad adottare dei meccanismi di certificazione delle procedure adottate per la protezione dei dati personali

17. IL CAPO V DEL REGOLAMENTO DISCIPLINA IL TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

18. Aree a rischio specifiche nella sanità

Nell'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione del 2015 (Determina n. 12 del 28/10/2015) l'ANAC trattando il settore specifico della Sanità ha indicato alcune aree di rischio specifiche e che in parte coinvolgono questa Azienda in quanto attività gestite correntemente. Di seguito, pertanto, si affronteranno in modo dettagliato gli aspetti e l'organizzazione con cui la Direzione strategica ha deciso di regolamentare questi settori.

18.1 Attività libero professionale e liste di attesa

L'attività libero professionale e le connessioni al sistema della gestione delle liste d'attesa ed alla trasparenza delle procedure relative alle prenotazioni ed alla identificazione dei criteri di priorità delle prestazioni prestano il fianco a evidenti rischi di violazione dei principi fondamentali della tutela della salute con possibili assoggettamenti ad episodi di corruzione.

Questa Azienda ha difatti adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 280 del 06/03/2017 il "*Regolamento per l'esercizio della libera professione dei dirigenti e dell'Area a pagamento*" adeguato alle modifiche ed integrazioni ai sensi del Regolamento Regionale n. 2/2016 in materia di ALPI, affidando la responsabilità della gestione e del controllo alla Unità Statistica ed Epidemiologia. In tale regolamento sono state indicate le linee aziendali per le procedure di iscrizione in appositi elenchi dei dirigenti richiedenti, assoggettati ad autorizzazione.

Nel rispetto massimo dei principi di trasparenza, il Regolamento individua le regole per la determinazione delle tariffe professionali, secondo una ripartizione delle quote oggettivamente individuate, e obbliga alla pubblicità delle stesse.

L'Unità Statistica ed Epidemiologia con la Direzione Sanitaria verificano mediante indicatori la corrispondenza delle attività in regime libero professionale, nel rispetto dei limiti imposti dalla legge e dai contratti collettivi nazionali.

Come anche richiesto nella Determina ANAC 12/2015, l'Azienda si avvale del Centro Unico di Prenotazioni e di un software centralizzato per le prenotazioni e le fatturazioni, valido anche per gli ambulatori e i laboratori nei casi di intramoenia in regime allargato e, quindi, con sedi al di fuori dell'ambiente aziendale, pur secondo quanto disposto dal regolamento e dalla normativa esistente.

Vi è quindi sin dal 2009 un pieno controllo della situazione in materia, offrendo ai professionisti tutti gli strumenti per svolgere le proprie attività nel miglior modo e nel rispetto delle disposizioni di legge, nonché nel rispetto della trasparenza.

Con nota Prot. n. 18041 del 26.02.2019, la Direzione Strategica Aziendale, ha affidato al Dottor. Antonio Mazzarella, le funzioni proprie del Responsabile Unico Liste dei Attesa Aziendale (R.U.L.A), ..."garantire il presidio dell'organizzazione aziendale affinché venga assicurata uniformità di accesso e trasparenza oltre a garantire la trasparenza delle liste d'attesa a ed il coinvolgimento degli utenti e delle loro associazioni; verificare l'andamento delle liste d'attesa al fine di consentire all'azienda la programmazione degli interventi necessari alla riduzione dei tempi d'attesa; vigilare sulle attività delle UU.OO. presidiando il sistema di gestione dell'accesso alle prestazioni di ricovero programmato affinché venga garantita la definizione dei criteri di priorità per l'accesso secondo modalità coerenti rispetto alle indicazioni Nazionali e Regionali e alla gestione delle risorse";

- la regione Puglia con legge regionale 28 marzo 2019, n. 13 ha adottato il documento "Misure per la riduzione delle liste d'attesa in sanità – Primi provvedimenti
- la Regione Puglia con DGR n. 735 del 18/4/2019 ha adottato il nuovo Piano Regionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019/ 2021;
- l' AOU Policlinico di Bari con delibera n.1134 del 31.07.2019 ha approvato "il Piano aziendale per il governo delle liste d'attesa in attuazione del regolamento R.R. n. 13/2019 e della DGR n. 735/2019", richiamando nello stesso la nomina e le funzioni del RULA, già definite con nota prot. n. 18041 del 26.02.2019 e nota prot. n. 56165 del 28.06.2019;
- l' AOU Policlinico di Bari con delibera n.309 del 20.02.2019 ha approvato la Procedura aziendale "Gestione dell'Agenda di Prenotazione dei Ricoveri";

- l' AOU Policlinico di Bari con delibera n.016 del 14.03.2019 ha approvato la Procedura per la "Gestione dell'Agenda di Prenotazione delle Prestazioni Ambulatoriali;
- l' AOU Policlinico di Bari con delibera n.1316 del 24.09.2019 ha approvato il Regolamento del Nucleo di Controllo Interno (NCI) che assolve alle funzioni e ai compiti previsti con la DGR n.90/2019 della Regione Puglia, a cui si richiama.

Con la Deliberazione del DG n.79 del 19 marzo 2021 ad Oggetto:" Nota Regione Puglia prot. AOO_005/PROT.2199 del 16.03.2021- Determinazioni a seguito di manifesta e contingibile urgenza in materia di ricovero e prestazioni di specialistica ambulatoriale" è stato incaricato della riprogrammazione di tutte le agende di prenotazione dei ricoveri e delle prestazioni ambulatoriali nell'attuale situazione di emergenza Covidi-19.

Ad integrazione e per analogia a quanto esaminato, va sottolineato che l'Amministrazione con Deliberazione n. 1555 del 01/12/2015, ha adottato il "*Regolamento delle procedure delle convenzioni per consulenze esterne attive e passive*", individuando in questa anche la gestione dei casi di prestazioni occasionali dei professionisti che potrebbero sfuggire dal monitoraggio delle attività aziendali, assoggettandole, pertanto, a delle procedure autorizzative al fine di evitare eventuali situazioni di evasione dal monitoraggio aziendale.

In tal modo, adeguando anche il calcolo di tali tipologie di prestazioni alle regole inquadrate nel Regolamento ALPI, l'Azienda garantisce il rispetto dei principi di trasparenza e di correttezza.

Va comunque approfondita una analisi dei dati di prestazioni fornite in modo occasionale o con convenzioni per confrontarli con le attività istituzionali e verificarne i tempi d'attesa.

18.2 *Sperimentazioni cliniche*

La Determina 12/2015 dell'ANAC indica la gestione delle Sperimentazioni cliniche quale un'area ad alto rischio corruttivo, ponendo la necessità di trovare delle soluzioni sia nell'iter amministrativo che nella ripartizione dei proventi conseguenti all'attività.

Negli obiettivi aziendali si è posto una rivisitazione della distribuzione delle somme ottenute dagli sponsor, finalizzando queste ad un reinvestimento produttivo all'interno delle procedure di studi e sperimentazioni cliniche, in modo da renderli non più legati alla persona ma alla struttura sanitaria che opera in tali attività.

A tali fini, con Deliberazioni n. 847 del 30/06/2011 e n. 837 del 29/06/2012, adottando il *“Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi di materiale biologico umano in vitro”* e successivo aggiornamento, l'Azienda ha superato qualsiasi criticità stabilendo un nuovo sistema di ripartizione attraverso la creazione di *“Fondi divisionali”* delle Unità operative sanitarie che svolgono gli studi.

Difatti, non è più consentita la distribuzione dei fondi direttamente ai ricercatori, ma le somme vanno assegnate alle unità che ne possono disporre per l'utilizzo consentito e cioè:

- Partecipazione ai corsi di formazione facoltativa esclusivamente di tipo sanitario;
- Procedure per la certificazione di qualità dei processi organizzativi ed operativi;
- Affidamento di incarichi e di borse di studio a personale altamente qualificato indispensabile per la conduzione dello studio;
- Acquisto di apparecchiature, strumentazioni e arredi, previa autorizzazione del Direttore Generale, secondo le procedure amministrative approvate;

La distribuzione delle somme incamerate viene attuata secondo le indicazioni presenti nel regolamento e, pertanto, in alcun modo potranno rilevarsi circostanze tali da causare punti di criticità di evento corruttivo, né tantomeno viene meno il principio di trasparenza, dovendo tutti gli atti di ripartizione e di liquidazione delle spese sostenute con i *“Fondi”*, essere adottati con provvedimenti del Direttore Generale o con Determinazione dirigenziale.

Attualmente, la procedura, sia pur con qualche limite organizzativo da migliorare, ha affrontato ed ampiamente superato i maggiori rischi corruttivi che si presentano nelle attività di sperimentazioni cliniche.

Nel 2019, con lo studio di un aggiornamento del regolamento, è stata predisposta una bozza da parte del RPCT nelle sue competenze di Responsabile dell'Unità Affari Generali per la

Direzione Strategica, per assicurare modifiche e integrazioni sia per la gestione del Comitato etico, sia per una procedimentalizzazione amministrativa, sia per la gestione contabile-finanziaria.

18.3 *Regolamento percorso salme*

Con la Determinazione n. 12/2015 l'ANAC tra le Aree di rischio specifiche della Sezione speciale II – Sanità al punto 2.2.4 fa espresso riferimento alle "*Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero*"

In merito alla materia l'Azienda sin da tempo ha adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 629 dell'11/05/2009, su proposta della Direzione sanitaria, la "*Approvazione del Regolamento per la Medicina Necroscopica*".

19. Il comodato d'uso e la valutazione di prova

Al fine di favorire la qualità dei servizi prestati, l'attività dell'Azienda è sostenuta anche attraverso costituzione e gestione di rapporti contrattuali di comodato d'uso gratuito e valutazione in prova di beni, senza che, per l'erogante, vi possano essere benefici direttamente o indirettamente collegati all'erogazione, quindi effettuate per il solo spirito di solidarietà sociale o di ricerca.

Questa modalità di ingresso di tecnologie all'interno dell'Azienda, diversa dai normali canali di approvvigionamento merita una particolare attenzione per il rischio corruttivo che da essa può generarsi.

Gli eventi negativi a rischio corruttivo che prevalentemente possono verificarsi sono:

- L'allungamento dei tempi procedurali, non rispettando l'ordine di arrivo delle richieste, accelerando di fatto l'iter di una pratica rispetto ad un'altra;
- l'accettazione di una richiesta senza rispettare le modalità di ricezione delle stesse;
- la presa in carico di una richiesta saltando dei passaggi regolamentati;
- acquisizione di beni in donazione o comodato d'uso senza la dichiarazione che i beni stessi non necessitano di materiali di consumo sui quali la ditta produttrice possiede diritti di esclusiva;
- proposta di comodato o di valutazione in prova formulata durante il procedimento diretto a concludere un contratto a titolo oneroso da soggetti che possono essere invitati a gara indetta dall'Amministrazione.

Nell'ipotesi in cui il bene da acquisire in comodato d'uso gratuito sia collegato ad uno studio di sperimentazione, il suo iter autorizzativo rientra nella procedura aziendale prevista per le sperimentazioni, ovvero il comodante sottoscrive un modello riportante le indicazioni dell'utilizzatore, tipologia della tecnologia, durata e termini di scadenza, valore commerciale, l'assunzione di responsabilità civile e degli oneri correlati all'utilizzo della tecnologia (materiali di consumo, interventi di assistenza tecnica, spese di spedizione installazione disinstallazione e ritiro) senza prevedere alcun corrispettivo.

Al fine di accertare che ci siano i presupposti per la concessione del comodato, valutati caso per caso, nella tutela dal verificarsi dei rischi summenzionati, l'Unità Proponente acquisisce parere di competenza dalla Direzione Sanitaria, dall'Area Gestione Tecnica.

Le medesime precisazioni sono riferite anche alla valutazione in prova, per le quali qualsiasi onere rimane a carico del soggetto proponente, atteso che in caso di procedura di acquisizione, a qualsiasi titolo delle medesime apparecchiature, l'Amministrazione garantisce la stessa opportunità ad ogni partecipante.

L'Azienda, nelle more di adozione di un regolamento aziendale che fornisca indicazioni omogenee e puntuali in materia, e preveda idonei strumenti e/o vigilanza e controlli successivi all'acquisizione, adotta procedure che mirano a prevenire ipotesi di conflitto di interessi e garantiscano il rispetto dei principi generali di imparzialità, buon andamento e trasparenza necessari alla prevenzione della corruzione.

20. I Regolamenti aziendali

Nel contesto della organizzazione aziendale e delle forme di aggiornamento normativo che vengono fuori dal moltiplicarsi di linee guida e da nuove disposizioni per approfondimenti di temi di anticorruzione, trasparenza, privacy, procedimenti disciplinari, e molto altro, questa Azienda ha adottato numerosi regolamenti che, comunque, sono in continua evoluzione. Altri regolamenti, come già annunciato in questo Piano, sono in itinere. Attualmente sono riscontrabili anche nel sito istituzionale come di seguito elencato.

20.1 Regolamenti in materia Organizzativa

Oggetto	Delibera	Data
Regolamento di organizzazione Aziendale	821	24/09/1996
Regolamento per la Medicina Necroscopica	629	11/05/2009
Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia ed altre disposizioni per le attività a pagamento gestite dall'Azienda	742	29/05/2009
Piano Privacy Management. Regolamento interno per l'utilizzo del Sistema Informatico	115	07/02/2011
Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi su materiale biologico umano in vitro	847	30/06/2011
Regolamento per la gestione delle richieste risarcitorie e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri	1292	19/10/2011
Regolamento di Pubblica tutela	536	10/05/2012
Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi su materiale biologico umano in vitro. Modifiche e integrazioni.	837	29/06/2012
Regolamento per la Disciplina del Servizio di Cassa Economale	1010	31/08/2012
Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi si importo inferiore alle soglie comunitarie	1011	31/08/2012
Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi si importo inferiore alle soglie comunitarie. Rettifica	1145	09/10/2012
Regolamento attuativo aziendale per la costituzione e per il funzionamento del Comitato Consultivo Misto	955	25/07/2014
Regolamento delle procedure delle convenzioni per le consulenze esterne attive e passive	1555	01/12/2014
Integrazione Regolamento per la disciplina del servizio di cassa economale (ex DG 1010/2012)	1941	04/12/2015

Regolamento per la definizione dei criteri di classificazione, iscrizione e cancellazione nel libro cespiti, la determinazione del valore, la rivalutazione e la ricognizione dei beni mobili aziendali	263	22/02/2016
Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali	804	07/06/2016
Manuale delle procedure Amministrativo-Contabili	1031	15/07/2016
Regolamento in materia disciplinare	1578	11/11/2016
Atto aziendale	1878	28/12/2016
Aggiornamento Atto Aziendale		
Regolamento per i sistemi di videosorveglianza 2017	609	05/05/2017
Regolamento per la gestione delle richieste risarcitorie	881	28.06.2017
Costituzione dell'elenco aperto di avvocati esterni per l'eventuale affidamento di incarichi professionali di rappresentanza e difesa dell'Azienda	1465	27/09/2017
Regolamento per la tutela dei dipendenti ed amministratori della Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziata Policlinico di Bari	1467	27/09/2017
Regolamento per la disciplina della delega dei dirigenti	254	14/02/2019
Regolamento per il divieto di fumo	429	18/03/2019
Regolamento del Nucleo di Controllo Interno (NCI)	1316	24/09/2019
Procedura per la Gestione Amministrativo-Contabile delle Prestazioni a Pagamento	1683	21/11/2019
Regolamento sulla gestione e aggiornamento del sito web istituzionale e dell'albo pretorio on line	352	24/02/2021

20.2 *Regolamenti in materia di Gestione del Personale*

Oggetto	Delibera	Data
Regolamento sul diritto di accesso ai documenti amministrativi	623	24/05/2012
A.G.T. – Formazione elenchi di professionisti per l'affidamento di incarichi professionali fino a 100.000,00€. Approvazione Avviso e Regolamento	1317	26.11.2013
Regolamento per il conferimento degli incarichi di Direzione di Struttura Complessa a Direzione Universitaria dell'A.O.U. Policlinico - Giovanni XXIII	656	05/05/2015
Regolamento dell'orario di lavoro personale dirigenziale	1397	07/10/2016
Protocollo applicativo di erogazione dei premi relativi alle performance organizzativa ed alla performance individuale. Area Comparto	1433	11/10/2016
Protocollo applicativo di erogazione dei premi relativi alla performance organizzativa ed alla performance individuale. Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	1434	11/10/2016
Protocollo applicativo di erogazione dei premi relativi alla performance organizzativa ed alla performance individuale. Area Dirigenza Medica	1435	11/10/2016
Adozione del nuovo regolamento in materia disciplinare	1578	11/11/2016

Regolamenti Aziendali per la graduazione delle funzioni dirigenziali del personale dell'Area della Dirigenza Medica e dell'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	1863	28/12/2016
Regolamenti Aziendali per il conferimento degli incarichi dirigenziali del personale dell'Area della Dirigenza Medica e dell'Area della Dirigenza SPTA	1864	28/12/2016
Regolamento graduazione delle funzioni di coordinamento	20	25/01/2017
Regolamento per la graduazione e l'affidamento delle posizioni organizzative	21	25/01/2017
Regolamento per l'esercizio della libera professione dei dirigenti e dell'area a pagamento. Modifica e integrazioni ai sensi del Regolamento Regionale n. 2/2016 in materia di ALPI.	280	06/03/2017
Regolamento per la costituzione e la ripartizione dei fondi di cui all'art. 113 D.Lgs. 50/2016	803	30/04/2018
Regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad attività formative sponsorizzate	1080	21/06/2018
Codice di Comportamento	282	15/02/2019
Regolamento Orario di Lavoro del Comparto	645	14/05/2019
Regolamento di Incarichi di Funzione	1434	10/10/2019

20.3 I Regolamenti aziendali da programmare per il triennio 2021-23

Codice di Comportamento (aggiornam. linee guida ANAC in uscita)

Regolamento Accesso Civico ed Accesso agli atti

Regolamento sulle Sperimentazioni cliniche (aggiornamento)

Regolamento per i conflitti d'interesse

Regolamento per whistleblowing

Regolamento della rotazione del personale

Regolamento per le prestazioni extraistituzionali (aggiornamento)

21. Cronoprogramma delle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2021

Competenze	Azione	Soggetti	Data
Relazione sulla Trasparenza per l'OIV	Sintesi sulla situazione della Trasparenza nel 2020	RPCT	31/03/21
Reportistica sui contratti	Riepilogo trimestrale sulla situazione delle gare	Direttori Area Patrimonio e Area Gestione Tecnica	31/03/21 30/06/21 30/09/21 31/12/21
Piano di formazione <i>Se confermata la piattaforma</i>	Elenco Relatori	RPCT	31/03/20
	Programma dei moduli FAD per i diversi destinatari	RPCT	30/06/21
	Registrazioni video	Relatori interni	30/04/21
	Attivazione dei collegamenti in piattaforma e informativa ai destinatari per la formazione	RPCT	31/12/21
Audit Referenti	Incontri periodici per aggiornamenti sul Piano	RPCT – Referenti/Responsabili delle Aree/ UU.OO.	20/04/21 30/06/21 30/09/21
Definizione dei processi/procedimenti amministrativi <i>Se acquisito software</i>	Aggiornamento dell'elenco dei procedimenti	RPC – Referenti Settori coinvolti	30/06/21
	Revisione della valutazione del rischio di corruzione nelle procedure	RPC - Direzione strategica - OIV	30/09/21
	Controllo obbligo rispetto clausole contenute nei protocolli di legalità e patti di integrità dei bandi di gara	RPC - Dirigenti Aree Competenti	Periodico nell'anno
	Avvio della informatizzazione per la costruzione dei processi	RPC – Tutte le Aree/UU.OO. interessate	30/06/21
	Analisi dei processi, individuazione indicatori e verifica del rischio	RPC – Tutte le Aree/UU.OO. interessate	30/12/21
Portale Aziendale	Regolamento sulla gestione del portale aziendale	RPC - Direzione strategica	30/06/21
Accesso civico	Revisione del Regolamento dell'accesso civico e agli atti	RPCT	30/06/21



Trasparenza	Controllo degli obblighi di pubblicazione	RPC - Dirigenti dei settori amministrativi competenti	costanti e tempestivi
-------------	---	---	-----------------------

22. Disposizioni finali

Il presente Piano della prevenzione della corruzione è destinato a tutto il personale dipendente dell'Azienda.

La violazione delle misure di prevenzione previste, costituisce illecito disciplinare, ai sensi dell'art. 1, comma 14, della Legge 190/2012, fatta salva ogni eventuale rilevanza delle condotte ai fini penali e civili.

Il Piano, a seguito dell'adozione da parte del Direttore Generale, è pubblicato nel sito internet dell'Azienda nella sezione "Amministrazione Trasparente" nella sezione "Altri contenuti - Corruzione".

Per quanto non specificato nel presente Piano, si rinvia alla Legge n. 190/2012, ai decreti attuativi ed al Piano Nazionale Anticorruzione approvato con delibera dell'ANAC n. 72/2013 e successive modifiche e integrazioni.

Il Dirigente Amministrativo
Responsabile della Prevenzione della Corruzione
e della Trasparenza
Dr. Pasquale Cassese

Hanno collaborato il Dr. Salvatore Negro e Dr.ssa Rosa Conenna