ASLBA

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 0076
del 31 GEN. 2020

OGGETTO:	Art. 1, c. 8, l. 190/2012 - Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020/2022. Aggiornamento 2020.

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la Deliberazione n. 1492/DG del 05.09.2018 con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata, congiuntamente, dai Responsabili per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza in carica, rispettivamente, fino al 31/12/2019 e dal 1°/1/2020 che attestano la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e delibera quanto segue.

PREMESSO CHE:
- a seguito del passaggio delle competenze in materia di prevenzione della corruzione e della promozione della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni interamente in capo all'ANAC, per effetto della entrata in vigore della l. 114/2014, l'art. 1, c. 2-bis, della l. 190/2012, recante *"disposizioni per la Prevenzione e la Repressione della Corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione"* prevede che, sentiti il Comitato interministeriale di cui al co. 4 e la Conferenza unificata di cui all'art. 8, c. 1, del D.lgs. 281/1997, l'Autorità provveda ad adottare il Piano nazionale anticorruzione (PNA) con durata triennale e ad aggiornarlo annualmente;
- l'art. 1, c. 8, l. 190/2012 prevede, inoltre, che in coerenza con gli indirizzi forniti dal PNA alle pubbliche amministrazioni, queste ultime provvedano all'adozione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno;
- all'uopo, l'art. 1, c. 7, l. 190/2012 impone alle pubbliche amministrazioni di individuare, di norma tra i dirigenti di ruolo in servizio, il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, disponendo le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività;

PRESO ATTO CHE:
- ai sensi della previgente formulazione dell'art. 1, c. 2 lett. b) l. 190/2012, con la delibera CiVIT n.72/2013, l'ANAC, su proposta del Dipartimento della funzione, ha approvato il PNA 2013, aggiornato nel 2015;
- secondo quanto disposto dall'art. 1, c. 2-bis l. 190/2012 introdotto dal d.lgs. 97/2016, con Determinazione n. 831 del 03/08/2016 e Delibera n. 1064 del 13/11/2019, la predetta Autorità ha rispettivamente adottato il PNA 2016, aggiornato nel 2017 e nel 2018, ed il PNA 2019;

DATO ATTO CHE:
- l'ASL BA, nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione, ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, da ultimo, con la Deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 31.01.2019;

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 2399 del 13/12/2019, l'ASL BA ha proceduto a:
  "a. confermare il dott. Giuseppe Volpe, dirigente amministrativo a tempo pieno ed indeterminato di questa Azienda, attualmente assegnato all'Area Gestione del Patrimonio, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, fino alla data del 31/12/2019;
  b. individuare la dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli, dirigente amministrativo a tempo pieno ed indeterminato di questa Azienda, attualmente assegnata all'U.O. Affari Generali, posta in staff alla Direzione Amministrativa, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, a decorrere dal prossimo 1°gennaio 2020;
  c. disporre che i due dipendenti di cui innanzi collaborino, secondo le modalità di seguito dettagliate, alla redazione:
    a. sia della proposta di Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale per il triennio 2020/2022, che sarà predisposta e formalizzata a cura e firma dell'RPCT attualmente in carico – attesa la complessità dell'atto in parola la cui attuazione ed aggiornamento ha, di fatto, necessitato nel corso dell'anno di monitoraggio continuo – entro il 31/12/2019, così da garantire alla Direzione Strategica un congruo lasso di tempo per l'esame e le eventuali modifiche, prima della formale adozione sulla base di provvedimento predisposto e sottoscritto congiuntamente dai due RPCT avvicendatisi tra dicembre 2019 e gennaio 2020; tale proposta, in particolare, dovrà tenere conto dell'esigenza di adeguare il vigente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione aziendale sia al nuovo PNA 2019, adottato con deliberazione ANAC 1064/2019, sia alle recenti indicazioni fornite dall'ANAC in sede di monitoraggio sulla rotazione ordinaria e straordinaria del personale, con nota del 4/12/2019 (prot.97300);
    b. sia della relazione annuale dell'RPCT recante i risultati dell'attività svolta, tra cui il rendiconto sull'attuazione delle misure di prevenzione definite nei PTPC, di cui all'art. 1, c. 14, l. 190/2012, che sarà predisposta e formalizzata a cura e firma dell'RPCT attualmente in carico, entro il 31/12/2019;
  d. confermare l'istituzione del gruppo di lavoro a supporto dell'RPCT, contestualmente aggiornandone la composizione, come di seguito riportato:
  • dott.ssa Anastasia Magurano, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso la Struttura Burocratico Legale, anche con funzioni di segreteria;
  • dott.ssa Marialessandra Nacucchi, collaboratore amministrativo professionale in servizio presso l'Area Gestione Risorse Finanziarie, anche con funzioni di segreteria";
- con la medesima Deliberazione del Direttore Generale n. 2399 del 13/12/2019, inoltre, è stata aggiornata la rete dei referenti aziendali dell'RPCT presso le macrostrutture aziendali, originariamente disposta con deliberazioni del Direttore Generale nn. 1924 e 1925 del 2013;

RILEVATO CHE:

- in ragione della brevità del tempo a disposizione dell'Azienda a decorrere dalla pubblicazione del nuovo PNA 2019, avvenuta solo in data 22/11/2019, così come del predetto recente avvicendamento nel ruolo di RPCT, non è stato possibile completare il processo di mappatura del rischio secondo la nuova metodologia adottata dall'ANAC con il citato PNA 2019;
- in conformità a quanto consentito dal medesimo PNA 2019, *sub specie* alla nota 11), alla predetta attività si provvederà con il prossimo aggiornamento annuale al PTPCT, entro il 31/1/2021;
- per l'effetto, questa ASL si è attenuta, ancora per il presente aggiornamento, alla metodologia per la mappatura del rischio prevista dal PNA 2013 e che, pertanto, in esecuzione del vigente PTPCT, le Macrostrutture hanno trasmesso all'RPCT le proposte di aggiornamento ovvero conferma delle misure di prevenzione, agli atti dell'Ufficio dell'RPCT;
- nel rispetto delle previsioni contenute nella Deliberazione del Direttore Generale n. 2399 del 13/12/2019:
  a. i due RPCT in carica fino al 31/12/2019 e dal 1°/01/2020, hanno provveduto, ciascuno per quanto di propria competenza, rispettivamente, alla predisposizione della proposta di PTPCT 2020/2022, allegata sub 1) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale, a seguito di consultazione pubblica avviata nel mese di novembre 2019 (prot. 306589 del 25/11/2011, oggetto di pubblicazione sul sito web della ASL) e sulla base dei contributi pervenuti dalle Macrostrutture aziendali, nonché alla predisposizione della proposta di provvedimento deliberativo di approvazione;
  b. l'RPCT in carica alla data del 31/12/2019 ha provveduto alla predisposizione della Relazione annuale di cui all'art. 1, c. 14, l. 190/2012, relativa all'anno 2019, agli atti, ai fini della sua trasmissione all'ANAC e pubblicazione ai sensi del d. lgs. 33/2013, da parte del RPCT in carica all'1°/1/2020, entro il termine del 31/1/2020, indicato dalla medesima Autorità;

RITENUTO

- di dover procedere, ai sensi dell'art. 1, c. 8, l. 190/2012, ad approvare la suddetta proposta di PTPCT 2020/2022, allegata sub 1) al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale e, contestualmente, a prendere atto della Relazione annuale di cui all'art. 1, c. 14, l. 190/2012 relativa al 2019, agli atti, predisposta dall'RPCT in carica alla data del 31/12/2019, ai fini della sua trasmissione all'ANAC e pubblicazione ai sensi del d. lgs. 33/2013, da parte del RPCT in carica all'1°/1/2020, entro il termine del 31/1/2020, indicato dalla medesima Autorità;

Il componente del gruppo di lavoro a supporto dell'RPCT dott.ssa Marialessandra Nacucchi	Marialessandra Nacucchi
Il componente del gruppo di lavoro a supporto dell'RPCT dott.ssa Anastasia Magurano	Anastasia Magurano
L'RPCT in carica fino al 31/12/2019 dott. Giuseppe Volpe	Giuseppe Volpe
L'RPCT in carica dal 01/01/2020 dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli	Romana Giovanna Piscitelli

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto deliberativo:

1) **di approvare** la proposta di PTPCT 2020/2022, allegata sub 1) al provvedimento quale parte integrante e sostanziale, predisposta nel rispetto della declinazione delle competenze dei due RPCT succedutisi, rispettivamente, fino al 31/12/2019 e a decorrere dall'01/01/2020, di cui alla Deliberazione del Direttore Generale n. 2399 del 13/12/2019;
2) **di prendere atto** della Relazione annuale di cui all'art. 1, c. 14, l. 190/2012 relativa al 2019, agli atti, predisposta dall'RPCT in carica alla data del 31/12/2019, ai fini della sua trasmissione all'ANAC e pubblicazione ai sensi del d. lgs. 33/2013, da parte del RPCT in carica all'1°/1/2020, entro il termine del 31/1/2020, indicato dalla medesima Autorità;
3) di **trasmettere** il provvedimento approvato sub 1) a tutte le Macrostrutture ed ai relativi referenti, nonché – per il loro tramite – a tutti i dipendenti, perché assicurino costante rispetto alle previsioni del PTPCT;
4) di **demandare** all'U.R.P. la pubblicazione del presente provvedimento sul sito aziendale nella apposita sezione Amministrazione Trasparente/altri contenuti/prevenzione della corruzione, ai sensi del combinato disposto di cui all'art. 1, c. 7-8, l. 190/2012 e al d. lgs. 33/2013;
5) di **attestare** di non versare in alcuna situazione di conflitto di interesse, anche potenziale, ex art. 6-bis, l. 241/90 e art. 1, c. 9, lett. e), l. 190/2012 – quest'ultimo come recepito, a livello aziendale, al paragrafo 20 del vigente PTPCT 2019/2021, adottato con d.D.G. 128/2019 – tale da pregiudicare l'esercizio imparziale di funzioni e compiti attribuiti, in relazione al procedimento indicato in oggetto, così come di non trovarsi in alcuna delle condizioni di incompatibilità di cui all'art. 35-bis, d. lgs. 165/2001;
6) di **dare atto** che il presente provvedimento non comporta oneri a carico del bilancio aziendale;
7) di **trasmettere** il presente provvedimento all'OIV, a cura della Segreteria dell'Organismo, nonché al Collegio Sindacale aziendale;
8) di **trasmettere**, infine, il presente provvedimento alla Regione Puglia, Segreteria Generale della Presidenza – Sezione Affari istituzionali e giuridici, ai fini di cui alla d.G.R. 48/2018, istitutiva del Network dei RPCT di Regione Puglia, ASL regionali, IRCCS regionali, AOU regionali, IZS Puglia e Basilicata.

Allegato sub 1) alla D.G. n. 76

del 31/1/2020

ASLBA

Azienda Sanitaria della Provincia di Bari

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020-2022

Gennaio 2020

---

anticorruzione@asl.bari.it; trasparenza@asl.bari.it; anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it

SOMMARIO

Parte Prima 5

1. Premessa 5
2. Definizione della corruzione 6
3. Riferimenti normativi 7
4. Finalità del P.T.P.C.T. 10
5. Modello organizzativo aziendale 12
6. Misure ulteriori 15
7. Gli Attori della prevenzione della corruzione 17
8. Integrazione tra PTPC ed i sistemi di misurazione delle Performance: gli obiettivi di budget e di performance a tutela dell'integrità e della trasparenza 26
9. Designazione del R.A.S.A. 28
10. Referente monitoraggio opere pubbliche 29
12. Contesto interno 33
13. Valutazione e Gestione del rischio 34
14. Aree di rischio 39
15. Programmazione delle attività 40
16. Stato avanzamento delle misure 44
17. Codice di comportamento 46
18. Incompatibilità e inconferibilità 46
19. Rotazione del personale 47
20. Conflitto di interesse 51
21. Alpi e Liste di attesa 52
22. Rapporti contrattuali con strutture private accreditate 52
23. Assistenza Farmaceutica 53
24. Sponsorizzazioni 53

25. Sperimentazioni cliniche 53
26. Attività conseguente al decesso ospedaliero 54
27. Segnalazioni illeciti (whistleblower) 54
28. Formazione e sensibilizzazione 55
29. Introduzione alla ISO 37001 56
30. Piano delle Azioni 58
Parte Seconda 59
31. Le misure della Trasparenza 59
32. Accesso Civico 61
33. Referenti del RPCT 71
34. Modello organizzativo della trasparenza 71
35. Dati ulteriori 73
Allegati: 73
Piano delle Azioni- misure di prevenzione della corruzione 2020-2022

Legenda delle abbreviazioni utilizzate

A.N.AC.
Autorità Nazionale Anticorruzione

C.U.G.
Comitato Unico di Garanzia

D.F.P.
Dipartimento della Funzione Pubblica

O.I.V.
Organismo Indipendente di Valutazione

.P.N.A.
Piano Nazionale Anticorruzione

P.P.
Piano della Performance

P.T.F.
Piano Triennale di Formazione

P.T.P.C.T.
Piani Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

U.P.D.
Ufficio Procedimenti Disciplinari

S.I.A.
Servizio Ispettivo Aziendale

Parte Prima

1. Premessa

Il Presente documento aggiorna, per il triennio 2020-2022, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza della ASL Bari, già adottato in precedenza con le seguenti deliberazioni:

- delibere nn. 154 e 155 del 31.01.2014;

- delibere nn. 78 e 79 del 30.01.2015;

- delibere nn. 162 e 163 del 29.01.2016;

- deliberazione n. 165 del 31.01.2017;

- deliberazione n. 237 del 31.01.2018;

- deliberazione n. 128 del 31.01.2019.

Il presente documento viene predisposto sulla base degli ultimi aggiornamenti ANAC al Piano Nazionale Anticorruzione, resi necessari in virtù dell'evoluzione normativa che ha fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale (si veda: delibera CiVIT n. 72/2013 (PNA 2013), Determinazione n. 12 del 28/10/2015 (Aggiornamento PNA 2015), Determinazione n. 831 del 03/08/2016 (PNA 2016), Determinazione n. 1208 del 22 novembre 2017 (Aggiornamento PNA 2017) e Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 (Aggiornamento PNA 2018).

Si fa riferimento al decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» (di seguito d.lgs. 97/2016) e al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici, così come modificato dal decreto legislativo 19 aprile 2017, n.56.

Le principali novità del d.lgs. 97/2016, in materia di trasparenza, riguardano il definitivo chiarimento sulla natura, sui contenuti e sul procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, la definitiva delimitazione dell'ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

La nuova disciplina chiarisce che il PNA è atto generale di indirizzo rivolto a tutte le amministrazioni (e ai soggetti di diritto privato in controllo pubblico, nei limiti posti dalla legge) che adottano i PTPCT.

L'attuale Piano, parte, in applicazione dei principi generali da utilizzare per la prevenzione della corruzione, da una necessaria ricognizione e cognizione dello stato di attuazione delle misure

adottate nel corso dell'anno 2019, al fine di stabilire nel nuovo Piano, le Azioni da prevedere per l'anno 2020, con i relativi step di avanzamento da raggiungere, responsabili da individuare e tempi di completamento delle azioni adottate. Di particolare rilievo, nel corso del 2019, l'avvio della piattaforma dedicata per le segnalazioni/whistleblowing di episodi rilevanti ai fini della prevenzione ed immediata individuazione di fatti corruttivi; tale piattaforma ha garantito pieno anonimato ai soggetti segnalanti e maggiore celerità nella presa in carico e trattamento delle informazioni pervenute all'Amministrazione.

Nel corso del 2020, si provvederà al completamento dell'attuazione delle modifiche introdotte dal d. lgs. 97/2016 in tema di trasparenza, mediante l'adeguamento della sezione Amministrazione Trasparente presente sul sito web aziendale.

Prenderà avvio, inoltre, l'attività di aggiornamento della mappatura dei rischi alla luce della nuova metodologia introdotta dal recente PNA 2019, di cui alla delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019.

2. Definizione della corruzione

La Legge non contiene una definizione di corruzione che è data per presupposta. L'Autorità Nazionale Anticorruzione nella determinazione n. 831 del 3 agosto 2016 "Aggiornamento 2016 al PNA" e nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 di "Aggiornamento 2015 al PNA" (par. 2.1) ha confermato la definizione del fenomeno corruttivo contenuta nel primo PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non configurabili quali fattispecie identificabili in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono e assolvono attività di pubblico interesse.

Si ricorda che anche la circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica definisce tale fenomeno in modo ampio come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Tale termine pertanto comprende non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. tipizzati e disciplinati dal codice penale, ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

La corruzione pertanto deve essere intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

I principali fattori di rischio per questi fenomeni corruttivi sono due: l'asimmetria informativa ed il conflitto di interessi. Le misure di prevenzione proposte con il presente Piano mirano a

contenimento di questi due aspetti, agendo in primis sulla trasparenza dell'agire della pubblica amministrazione.

L'ASL di Bari, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi determinano in termini di fiducia dei cittadini, intende contrastare il fenomeno non solo e non tanto in termini repressivi, ma soprattutto in termini preventivi. Il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano in particolare l'attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta una occasione di miglioramento della nostra organizzazione, anche al fine di invertire il processo che ha prodotto quale risultato l'allontanamento dei cittadini dalla PA in quanto la stessa vista non più portatrice e rappresentativa degli interessi della comunità, recuperando pertanto la loro reputazione e fiducia.

Nel presente documento sono mappate le aree a rischio della nostra azienda e le misure di prevenzione elaborate anche grazie al confronto con gli operatori dei singoli servizi.

3. Riferimenti normativi

Premesso che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo, la redazione e l'adozione del Piano di Prevenzione triennale rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate e definite le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione. Il Piano non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì come una rappresentazione di un ventaglio di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

La legge disciplina i contenuti dei Piani (art. 1, comma 9) da adottare dagli enti pubblici con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborati nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.; come anticipato, il breve lasso di tempo intercorrente tra la pubblicazione del PNA 2019 (avvenuta solo il 22 novembre 2019) e la conclusione dei lavori di definizione del presente PTPCT 2020-2022, ha di fatto reso impossibile il completamento della ricognizione dei rischi di corruzione, secondo le nuove indicazioni metodologiche fornite dall'ANAC a fine 2019. Tale attività costituirà, pertanto, oggetto di lavoro per l'anno in corso e troverà compiuta formalizzazione con l'approvazione del PTPCT relativo al triennio 2021-2023.

- previsione, per le attività individuate come maggiormente a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;

- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

- monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;

- monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;

- individuazione di specifici obblighi di trasparenza.

Il sistema, cosi delineato, ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al nucleo del rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino, qui di seguito richiamati:

- D.L. n. 39 del 08.04.2013 recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell"art.1, commi 49 e 50, L. 190/12."

- D.L. n. 33 del 14.03.2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni". Il Decreto, recentemente oggetto di integrazioni e modifiche con il d. lgs. 97/2016, definisce il principio generale di trasparenza, come: "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" (art. 1, comma 1^). Particolare rilievo, al fine di guidare le Amministrazioni tenute al rispetto degli obblighi di pubblicazione e trasparenza, assumono le indicazioni operative fornite con la delibera ANAC n. 1310/2016.

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante:

- le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti;

- le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nei siti istituzionali, di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni;

-le modalità di pubblicazione di tali informazioni che devono essere pubblicate in formato aperto ed idoneo a garantire l'integrità del documento;

- l'aggiornamento dei dati stessi, con indicazione della loro provenienza;

-il formato informatico dei dati che devono inoltre risultare riutilizzabili.

- Decreto del Presidente della Repubblica 16.04.2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.lgs 165/2001".

- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi,

- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 Disposizioni in materia di inconferibilita' e incompatibilita' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Ulteriori strumenti legislativi di riferimento:

- Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13 marzo 2013.

- Circolare n.1 del 25.01.2013 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione- Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica

- D.P.C.M. del 16.01.2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

- Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";

- Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni, approvate con la delibera n. 75 del 24 ottobre 2013;

- Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano;

- Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", così come integrato con il d. lgs. 74/2017;

- Decreto Legislativo denominato "Testo Unico sulla Privacy" n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. e Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27 aprile 2016, la cui integrazione con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d. lgs. 33/2013 in tema di trasparenza, è oggetto della delibera ANAC n. 1309/2016;

L'Autorità Nazionale Anticorruzione, ad integrazione del sistema, ha approvato - quali presupposti per gli adempimenti delle Pubbliche Amministrazioni le seguenti disposizioni:

- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con la delibera n. 72 del 11.09.2013;

- Delibera ANAC n. 1310 del 29 dicembre 2016 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";

- Determinazione A.N.AC. del 28 ottobre 2015, n. 12 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale

Anticorruzione";

- Determinazione A.N.AC. del 3 agosto 2016, n. 831 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";

- Determinazione A.N.AC. n. 358 del 29 marzo 2017 - Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale;

- Determinazione A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione;

- Delibera A.N.AC. n. 1074 del 21 novembre 2018 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione;

- Delibera A.N.AC. n. 1064 del 13 novembre 2019 - Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019.

Per non appesantire inutilmente il presente Piano, altri riferimenti normativi sono scaricabili dal sito: http://www.anticorruzione.it.

4. Finalità del P.T.P.C.T.

L'ASL di Bari ha, da ultimo, nominato quale nuovo Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza (RPCT), ai sensi dellla l. 190/2012 e del d. lgs. 33/2013, la dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli, con la deliberazione del Direttore Generale n. 2399 del 13dicembre 2019. L'incarico della dott.ssa Piscitelli decorre dal 1° gennaio 2020, avendo l'Amministrazione, con la deliberazione del Direttore Generale, da ultimo richiamata, confermato fino alla data del 31/12/2019, l'incarico già conferito al precedente RPCT, dott. Giuseppe Volpe, disposto con deliberazione n. 1692 del 19 ottobre 2018. In ragione dei tempi di tale avvicendamento e dato atto che, come più volte ribadito dall'ANAC, il lavoro sotteso all'aggiornamento annuale al PTPCT non può che rappresentare l'iter conclusivo di una attività svolta nel corso dell'intero anno precedente, con la deliberazione n. 2399/2019, l'Amministrazione ha chiarito che il presente Piano sarebbe stato frutto di collaborazione tra i due RPCT come avvicendatisi, confermando in capo all'RPCT in carica al 31 dicembre 2019 il ruolo di esclusivo promotore e proponente delle novità ed innovazioni introdotte a seguito delle valutazioni assunte per tutto il corso del 2019 ed incaricando l'RPCT in carica dal 1° gennaio 2020 di valutarne la efficacia e sostenibilità in concreto.

Il presente Piano è stato predisposto con:

- il coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili della ASL di Bari, infatti, sono stati programmati incontri specifici servizi con i Referenti di ciascuna Macrostruttura aziendale (da ultimo, in data 9 gennaio 2020), in cui i due Responsabili per la Prevenzione della corruzione e per la Trasparenza avvicendatisi tra fine 2019 ed inizio 2020 hanno informato i partecipati, sulle novità emanate dall'ANAC e sollecitato quanti non avessero ancora provveduto ad aggiornare, confermandole ovvero modificandole, le misure di prevenzione specifiche applicabili a ciascuna area di attività. Tutti i contributi pervenuti, a seguito di esame da parte dell'RPCT chiamato ad elaborare il presente aggiornamento, sono stati considerati ai fini della redazione dell'Allegato Piano delle Azioni, cui integralmente si rinvia.

Il lavoro è iniziato con la mappa dei processi aziendali; per ciascun processo e attività sono state effettuate valutazioni in merito al livello di esposizione al rischio di corruzione con riferimento anche a singole fasi del processo cercando di individuare le cause di possibili eventi corruttivi. E' opportuno rimarcare che si è potuto rilevare che il personale assegnato presso molte unità operative non hanno ancora ben chiara la distinzione tra procedimenti e processi.

Si è proceduto all'individuazione delle misure già utilizzate e alla luce dei risultati prodotte da queste, degli interventi organizzativi da attuare, adeguati a prevenire e contenere il rischio corruzione in modo da ricondurlo ad una soglia di rischio residuo (al netto dei controlli) idoneo a tale scopo;

- l'individuazione delle modalità da adottare per il monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione del procedimento amministrativo;

- la previsione di obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione;

- la definizione di procedure per individuare e formare i dipendenti destinati ad operare in aree particolarmente esposte alla corruzione;

- l'individuazione delle modalità per il monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che stipulano contratti o che sono interessati da procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

Nel corso del 2019,l'RPCT ha sempre incontrato anche le Associazioni della ASL di Bari accreditate presso il Comitato Consultivo Misto per rappresentare le ultime novità in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda inoltre sta collaborando sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione con altre istituzioni ed organizzazioni:

- Transparency International Italia [Accordo di collaborazione delibera del Direttore Generale n. 1971 del 23 ottobre 2013],
- Dipartimento di Scienze Politiche Università di Bari [delibera del Direttore Generale n. 248 dell'11.02.2014, e delibera n. 1335 del 22.07.2014],
- Consorzio Interuniversitario Comunità delle Università Mediterranee [delibera del Direttore Generale n. 1917 del 16 ottobre 2014],
- Forum della Legalità della Città Metropolitana di Bari,
- Network Regione Puglia dei RPCT di Regione Puglia, ASL regionali. IRCCS regionali, Aziende Ospedaliere, IZS Puglia e Basilicata, da ultimo, nel corso di un incontro svoltosi presso la Regione in data 8 gennaio 2020, in materia di rischi specifici afferenti alle attività delle Commissioni di invalidità civile, da cui sono scaturite le nuove misure preventive previste a decorrere dal 2020 ed in relazione alle quali si rinvia all'allegato Piano delle Azioni;

L'Azienda Sanitaria di Bari è ASL Pilota nel progetto "Curiamo la corruzione" https://www.curiamolacorruzione.it/.

Il presente Piano è adottato dal Direttore Generale dell'ASL su proposta del Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la Trasparenza, secondo le precisazioni di cui innanzi.

5. Modello organizzativo aziendale

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Bari è stata istituita con Legge Regionale n. 39 del 28/12/2006 e nasce dalla fusione delle quattro preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Bari (AUSL BA/2; AUSL BA/3; AUSL BA/4; AUSL BA/5).

La legge regionale anzidetta ha costituito l'ASL di BARI a far data dal 1° gennaio 2007, disponendo nel contempo la soppressione delle personalità giuridica delle confluite AUSL BA/2, AUSL BA/3, AUSL BA/4, AUSL BA/5.

Le caratteristiche organizzative della ASL di Bari sono in sintesi le seguenti:

- Estensione: 41 Comuni
- Superficie totale del territorio di riferimento è di 3.825 kmq.
- Popolazione residente è di 1.254.461 abitanti
- 9 ospedali
- 12 Distretti Socio Sanitari
- 3 Dipartimenti Territoriali

  - Dipartimento di Prevenzione: con 122 servizi o uffici territoriali
  - Dipartimento di Salute Mentale: con 27 servizi o uffici territoriali
  - Dipartimento Dipendenze Patologiche: con 15 Sert territoriali

- Aree Aziendali

  6 aree aziendali con ulteriori articolazioni nella sede legale e in altri Comuni

- Dipendenti: circa 9.000

Per non appesantire inutilmente il documento i riferimenti organizzativi della ASL di Bari, per i necessari approfondimenti, sono consultabili all'indirizzo web http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/.

Si precisa altresì che è in fase di definitiva approvazione il Piano di Riordino Ospedaliero, condizione per la quale ad oggi è ancora in fase elaborazione l'atto aziendale della ASL di Bari.

Data la grande dimensione territoriale e il grande numero dei lavoratori dipendenti, l'ASL di Bari, con le delibere del Direttore Generale nn. 1924 e 1925 del 16 ottobre 2013 ha costituito la c.d. RETE AZIENDALE dei referenti interni per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza oggetto di recente aggiornamento della composizione ed accorpamento, con la deliberazione del Direttore Generale n. 2399/2019. Quest'ultima delibera, inoltre, ha disposto l'aggiornamento della composizione del Gruppo di lavoro, attualmente costituito di n. 2 collaboratori amministrativi in servizio presso le Aree di Gestione, quale supporto tecnico-amministrativo all'RPCT.

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Azienda ed al fine di assicurare una puntuale osservanza della Legge 190/2012, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali sono referenti confermati nel ruolo di responsabili dell'attuazione delle misure disposte con in presente PTPCT, così come della tempestiva e corretta attuazione delle indicazioni proveniente dall'RPCT, fermo il ruolo di interfaccia tra i predetti Responsabili e l'RPCT, nonché di supporto di natura tecnica in favore dei medesimi Responsabili ai fini dell'espletamento dei compiti ed attività loro attribuiti dalla disciplina nazionale ed aziendale di prevenzione della corruzione, attribuita ai referenti.

I predetti referenti sono obbligati a concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità, così come a fornire un presidio tecnico alle articolazioni aziendale, ai fini della corretta attuazione delle norme in materia di trasparenza. In ottemperanza a quanto previsto dalla normativa di riferimento, i predetti referenti dovranno iniziare a collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione per:

1. Individuare, nell'ambito delle rispettive strutture e d'intesa con i rispettivi Responsabili, le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo entro il previsto termine al RPCT le schede per il censimento di tutte le attività gestite;

2. Prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;

3. Assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPCT;

4. Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;

5. Monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge 241/1990 del personale in conflitto;

6. Verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità ad assolvere la funzione sua propria nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertati significativi scostamenti dalle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione che richiedono un necessario adeguamento del Piano stesso;

7. Verificare che i Responsabili delle articolazioni aziendali garantiscano l'effettiva rotazione dei dipendenti, in particolare dei Dirigenti e Funzionari, negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione ovvero pongano in essere misure alternative alla rotazione, motivando in merito alle ragioni ostative della rotazione;

8. Fornire elementi utili alla individuazione, da parte del RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

9. Assicurare l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni, l'esercizio delle stesse nell'ambito dell'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le attività espletate dalle singole unità organizzative siano coordinate fra loro.

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;

b) partecipano al processo di gestione del rischio;

c) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);

d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;

e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

g) rimettono annualmente una relazione al R.P.C.T., indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCP e di predisporre la Relazione annuale dell'RPCT;

h) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013 così come modificato dal d.lgs 97/16.

I Dirigenti delle singole Macrostrutture / UU.OO. devono predisporre periodicamente (entro 30 novembre dell'anno) un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel presente Piano.

A norma dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 - Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198/2009;

- viene valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.

- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

6. Misure ulteriori

a) Ridurre il rapporto tra politica e sanità

La realizzazione di questa misura dipende sia dall'impegno del vertice aziendale e dei Direttori e Dirigenti e tutti i dipendenti delle UU.OO. di rendersi autonomi dalla "Politica" che dalla volontà da parte della stessa "Politica" di accettare la riduzione della propria influenza, consentendo così una piena separazione tra l'indirizzo politico e quello amministrativo.

b) Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche

Questa misura può realizzarsi facilmente dando attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza. Funzionale a questa azione proposta è il d.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs 97/16, che si focalizza sulla pubblicazione online delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni, anche con specifico riferimento all'utilizzo delle risorse pubbliche (si pensi a dati ed informazioni oggetto di pubblicazione obbligatoria nelle sottosezioni Consulenti e collaboratori, Personale/Contrattazione decentrata, Provvedimenti/Accordi con enti pubblici e privati, Sovvenzioni Contributi ed altri vantaggi economici, etc. etc.).

c) Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli

Le Aziende Sanitarie hanno una gran mole di dati in loro possesso e ciò agevola la realizzazione di questa proposta in quanto risulta sufficiente gestire tali informazioni in modo efficiente. Questa misura all'interno della ASL di Bari può realizzarsi facilmente grazie all'uso di strumenti informatici in grado di far aumentare la frequenza dei controlli senza un grande dispendio di risorse. La difficoltà consiste nel fatto che i controlli, per essere realmente efficaci, devono prevedere una verifica sui risultati raggiunti collegando il rimborso da parte del SSN al risultato clinico invece che alla prestazione effettuata. I controlli riducono la corruzione specie se sono previste anche adeguate sanzioni per i comportamenti scorretti.

A questo proposito l'Azienda tenderà a stipulare accordi e convenzioni con gli organi di polizia (Guardia di Finanza, Comando NAS per un maggiore scambio di informazioni e di dati).

Verranno inoltre studiate procedure innovative sviluppando sistemi di monitoraggio e di alert automatico delle anomalie.

d) Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite

Durante l'anno 2020 saranno programmate confermate, come già avvenuto per gli anni precedenti, attività formative in house generali e specifiche sulle tematiche dell'etica e del codice di comportamento aziendale.

e) Aumentare controlli sull'esecuzione dell'appalto

La realizzabilità della presente iniziativa è abbastanza alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore. In una sezione a parte verranno proposte concrete ed ulteriori iniziative per il triennio 2020-2022.

f) Pubblicare indicatori di attività e di out-come

Il d.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs 97/16, prevede importanti novità a favore della trasparenza e della pubblicazione on-line delle informazioni della pubblica amministrazione. La diffusione delle informazioni è uno strumento efficace perché crea la consapevolezza che è possibile avere un'immediata evidenza della non corretta gestione delle risorse; in questo modo si responsabilizzano non soli i funzionari e i dirigenti, ma tutti i dipendenti.

g) Accreditare/mantenere accreditate le strutture sulla base delle loro effettive capacità

La realizzazione di questa proposta consiste nel fatto che non è sufficiente fondare le verifiche solo sul numero delle prestazioni effettuate; è necessaria una valutazione complessiva che prenda in considerazione in primo luogo la salute dei pazienti nel medio-lungo periodo. Il punto di forza di questa proposta è rappresentato dalla possibilità di realizzare importanti economie senza danneggiare i servizi. Inoltre, il risparmio per la spesa pubblica supera ampiamente i costi da affrontare per i controlli.

h) Promuovere il Whistleblowing

La promozione del Whistleblowing all'interno della ASL di Bari ha avuto una forte attuazione attraverso la partecipazione dell'Azienda al progetto "Curiamo la corruzione" che ha permesso l'utilizzo immediato della piattaforma elettronica predisposta e realizzata da Transparency International Italia (https://www.curiamolacorruzione.it/strumenti). La stessa assicura ai soggetti segnalanti un canale "dedicato" ed anonimo, beneficiando di maggiore celerità nell'attivazione delle procedure interne di analisi e verifica di quanto segnalato.

i) Rendere pubblici i pagamenti effettuati

Questa proposta è realizzata considerando gli obblighi sulla trasparenza e sulla diffusione online delle informazioni imposti dal d.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs 97/16 (si pensi a dati ed informazioni oggetto di obbligatoria pubblicazione nella sottosezione Pagamenti dell'amministrazione.

j) Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti

La realizzazione di questa proposta può avvenire solo attraverso un costante aggiornamento degli strumenti di prevenzione, visto l'utilizzo di sistemi mutevoli nel tempo da parte del crimine organizzato. I principali strumenti sono la riduzione delle stazioni appaltanti attraverso l'accentramento delle procedure a livello nazionale e regionale, l'informatizzazione delle stesse, la standardizzazione dei costi, i controlli di merito sulla spesa ed il rafforzamento nella partnership tra magistratura e forze dell'ordine. L'incentivazione alla segnalazione di comportamenti illeciti attraverso strutture dedicate e sicure può eliminare lo scoglio dell'omertà presente nelle nostre strutture riducendo fortemente i tentativi d'infiltrazione. L'attuazione di questa proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

7. Gli Attori della prevenzione della corruzione

La Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale è la prima artefice della Prevenzione della corruzione e l'attuazione della Trasparenza, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del R.P.C.T. , e:

a. designa e supporta il R.P.C.T. (art. 1, comma 7, legge n. 190/12 ed art. 43, d.lgs n. 33/2013);

b. adotta il P.T.P.C.T. e i suoi aggiornamenti, e li comunica all'ANAC e alla Regione, nel quadro del network dei RPCT di enti ed aziende del SSR, istituito nel corso del 2018;

c. adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, codice di comportamento, etc.);

d. garantisce il coordinamento degli atti adottati al presente piano, in primis quelli organizzativi e di carattere programmatorio, quali il Piano della performance, il Budget operativo annuale, il Bilancio di previsione, il Piano degli investimenti, il Piano triennale del fabbisogno del personale.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

Il RPCT rappresenta, senza dubbio, uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nella Legge n. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni all'amministrazione nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, comma 9, lett. c) è disposto che il PTPC preveda "obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano". Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. Utile, certamente, è anche l'introduzione nel Codice di comportamento aziendale dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPCT, dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare. È imprescindibile, infatti, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e soprattutto di attuazione delle misure anticorruzione.

La figura del RPCT è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile della trasparenza, in precedenza spesso disgiunti, e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.

D'ora in avanti, pertanto, il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). Altro elemento di novità è quello della interazione fra RPCT e organismi indipendenti di valutazione. Il decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione" all'art. 6, comma 5, prevede che nelle amministrazioni indicate all'art. 1, lett. h) del decreto, la persona individuata come "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il Responsabile della prevenzione della corruzione, in una logica di continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla Legge n. 190/2012 (art. 41, comma 1, lett. f) del d.lgs. 97/2016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, nel senso auspicato dall'Autorità nell'Aggiornamento 2015 al PNA. Il decreto, infatti, stabilisce che l'organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo decreto, da un lato, attribuisce al RPCT il potere di indicare agli uffici della pubblica amministrazione 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. Dall'altro lato, stabilisce il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV <le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza>.

II Responsabile della prevenzione della corruzione esercita le seguenti funzioni:

- Elabora la proposta di Piano; il Piano viene altresì pubblicato nella sezione dell'Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione, come previsto dalla delibera ANAC n. 1310/2016 (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari).

• Su proposta dei Dirigenti a più elevato rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione individua il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica;

• Il Responsabile verifica l'efficacia e l'idoneità del Piano, valuta l'opportunità di introdurre modifiche allo stesso, per esempio, qualora si verifichino significative violazioni non espressamente previste o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione dell'ASL di Bari (a seguito, ad esempio, dell'adozione del nuovo atto aziendale ovvero per effetto dell'approvazione della nuova macro-organizzazione conseguente al Piano di riordino ospedaliero);

• il Responsabile può favorire incontri di consultazione con associazioni o portatori di interessi particolari. Analogamente prevede il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale dell'ASL Bari, addetto alle aree a più alto rischio, nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di prevenzione e di monitoraggio per l'implementazione del Piano;

• Il Responsabile, d'intesa con i Direttori e Dirigenti delle UU.OO. in cui maggiormente è elevato il rischio di fenomeni corruttivi, verifica l'effettiva rotazione ordinaria degli incarichi;

• Entro il 30 novembre di ogni anno i Dirigenti interessati inviano al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, una comunicazione sintetica sulle misure adottate, in attuazione dell'allegato Piano delle azioni, nonché sulle misure ulteriori autonomamente implementate, anche ai fini della loro estensione a livello aziendale. Le comunicazioni saranno parte integrante della relazione, sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, che il Responsabile è tenuto a presentare nei termini indicati dalle norme di legge o dall'ANAC. La relazione sarà pubblicata sul sito internet dell'ASL Bari, nella sezione Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/Prevenzione della corruzione (https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari);

• Il Responsabile del piano di prevenzione risponde in caso di mancata predisposizione del Piano e della sua corretta attuazione in tutte le sue declinazioni.

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti al RPCT nei confronti del personale dell'ente, ed eventualmente per quel che concerne le disfunzioni anche nei confronti degli organi di indirizzo, è indispensabile che tra le misure organizzative da adottarsi da parte degli organi di indirizzo vi siano anche quelle dirette ad assicurare che il RPCT svolga il suo delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, come già indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione del dovere di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie - quindi non più solo in caso di revoca - dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, comma 3^, del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'artico/o 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190".

Inoltre, sempre a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare <di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano> (art. 41, comma 1^, lett. I), d.lgs. 97/2016).

Supporto conoscitivo e operativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016, l'organo di indirizzo dispone «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al RPCT.

È, dunque, altamente auspicabile, da una parte, che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere; cosa che ancora oggi nella ASL di Bari, causa la forte carenza di personale, non è assicurata. Dall'altra, che vengano assicurati al RPCT poteri effettivi, preferibilmente con una specifica formalizzazione

nell'atto di nomina, di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse.

Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT; ad oggi l'ASL di Bari ha già costituito l'UOSVD Privacy, Anticorruzione e Trasparenza.

L'Azienda si impegna a rafforzare la citata UOSVD mediante successivi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici. Tale struttura, che potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit, alle strutture che curano la predisposizione del piano della performance).

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPCT è tanto più evidente anche alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPCT dal d.lgs. 97/2016.

In tale contesto il RPCT, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della relativa amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 e s.m.i.), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria – cd. accesso civico semplice – o meno – cd. accesso civico generalizzato –).

Come già evidenziato nell'Aggiornamento 2016 al PNA, nella Legge n. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni alle amministrazioni o enti, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, comma 9^, lett. c) è disposto che il PTPC preveda "obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano". Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. Al riguardo si rammenta che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento di tutti i dipendenti (Dirigenti e non) in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione del presente Piano.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, comma 1, lett. l-bis) Iter) e 1-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni

necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.

Dal d.lgs. 97/2016 risulta anche l'intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del RPCT e in particolare quelle dell'OIV, come precedentemente specificato. Ciò al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione. In tal senso, si prevede, da un lato, la facoltà all'OIV di richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, comma 1 lett. h), d.lgs. 97/2016). Dall'altro lato, si prevede che la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta nell'anno precedente, da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, venga trasmessa oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione anche all'OIV [art. 41, comma 1, lett. I), d.lgs. 97/2016].

Le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 precisano che in caso di ripetute violazioni del PTPC sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, prevista all'art. 1, comma 12, della Legge 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Il RPCT può andare esente dalla responsabilità ove dimostri di avere proposto un PTPC con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

Il RPCT può richiedere a tutti i direttori/dirigenti/responsabili della ASL di Bari informazioni di carattere generale riguardanti le attività connesse all'attuazione del presente Piano.

I direttori/dirigenti/responsabili della ASL di Bari sono obbligati a rispondere, celermente ovvero nei termini indicati, alle richieste di informazioni provenienti dal RPCT, in caso contrario così come evidenziato nel Codice di Comportamento scatteranno le sanzioni disciplinari e amministrative previste nel predetto codice e dalla normativa vigente e da eventuali regolamenti aziendali emanati o da emanarsi.

Il RPCT potrà richiedere ai direttori/dirigenti/responsabili della ASL di Bari, successivamente all'adozione del P.T.P.C., tutte le password di accesso ai sistemi informativi di cui si compone l'Azienda al fine di attuare e verificare le misure previste dal presente Piano.

Il RPCT, al di là dei compiti e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi.

La prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza sono i pilastri portanti della organizzazione della ASL di Bari. Il R.P.C.T. si avvale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, del supporto e della collaborazione, oltre che delle risorse professionali in Staff alla Direzione Aziendale, dei referenti degli uffici aziendali e dell'apporto di tutti i Dirigenti delle strutture aziendali che concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici /servizi.

I Referenti interni del RPCT

Come anticipato, le dimensioni aziendali e la eterogeneità delle attività istituzionali, cui consegue l'eterogeneità dei rischi specifici a ciascuna articolazione aziendale, ha giustificato – fin dal 2013 – l'istituzione di una Rete di referenti aziendali, originariamente distinte in Rete anticorruzione e Rete della trasparenza. Le stesse sono state, da ultimo con la deliberazione del Direttore Generale n. 2399/2019, unificate in un unico consesso tecnico a supporto del RPCT, sia nelle attività a presidio della trasparenza che dell'integrità e prevenzione della corruzione.

Ai Referenti viene attribuito il compito di:

1. Individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo entro il previsto termine al RPCT le schede per il censimento di tutte le attività gestite, ai fini della mappatura del rischio corruttivo specifico a ciascuna articolazione aziendale;

2. Prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;

3. Assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPCT;

4. Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;

5. Monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge 241/1990 del personale in conflitto;

6. Verificare, in raccordo con i Responsabili delle articolazioni aziendali, l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;

7. Verificare che il Responsabile di macrostruttura garantisca l'effettiva rotazione dei dipendenti, in particolare dei Dirigenti e Funzionari, negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui

ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione ovvero, motivi in relazione all'impossibilità della sua attuazione e disponga l'adozione di misure alternative alla rotazione;

8. Fornire elementi utili alla individuazione, da parte del RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

9. Assicurare l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, coordinando il corretto, completo e tempestivo flusso di dati ed informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d. lgs. 33/2013, garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni l'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le unità organizzative siano coordinate fra loro.

I Dirigenti

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;

b) partecipano al processo di gestione del rischio;

c) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);

d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;

e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

g) rimettono annualmente una relazione al R.P.C.T., indicando le misure previste dal Piano delle azioni di prevenzione poste in essere, le eventuali criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCP;

h) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013.

I Dirigenti delle singole Macrostrutture / UU.OO. devono predisporre periodicamente [entro 30 novembre] un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel presente Piano.

A norma dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 - Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

• costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198/2009;

• va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.

• eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno

Gli organismi di controllo interno, nell'ambito della prevenzione della corruzione svolgono i seguenti compiti:

a) partecipano al processo di gestione del rischio, mediante le attività di misurazione e valutazione del grado di perseguimento degli specifici obiettivi trasversali previsti nell'ambito del procedimento di budget ovvero dal Piano della Performance, ai sensi dell'art. 1, c. 8-bis, l. 190/2012, attraverso la valutazione della coerenza di tali obiettivi con quelli previsti dal PTCPT, a seguito della sua adozione, nonché proponendo eventuali modifiche/integrazioni di tali obiettivi ovvero, della più generale strategia di contrasto alla corruzione, alla Direzione Strategica;

b) considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;

c) svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);

d) esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);

e) possono proporre annualmente modifiche e miglioramenti del PTPCT relativo al triennio successivo, proponendo eventuali osservazioni e/o suggerimenti nell'ambito della consultazione pubblica preliminare all'adozione del PTPCT (su cui v. infra) ovvero in sede di valutazione deli obiettivi in tema di tutela dell'integrità e della trasparenza, di cui alla lettera a).

L'RPCT collabora, inoltre, con il Servizio Ispettivo Aziendale (SIA), le cui attribuzioni e la cui composizione sono individuate con Deliberazione del Direttore Generale n. 1767 del 2014. La Direzione Strategica intende aggiornare, nel corso del 2020, la composizione del SIA, alla luce delle modifiche organizzative medio tempore intercorse.

Ufficio Procedimenti Disciplinari

Nell'organizzazione della ASL di Bari è previsto un unico ufficio per i provvedimenti disciplinari (di seguito U.P.D.) sia per i dirigenti e sia per il personale del comparto, con i seguenti compiti:

a) svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

b) provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;

c) propongono l'aggiornamento del Codice di comportamento;

d) relazionano al R.P.C.T., ai fini della predisposizione della Relazione annuale del medesimo Responsabile, circa il numero e le fattispecie di procedimenti disciplinari connessi al compimento di comportamenti latu sensu corruttivi, ovvero di procedimenti disciplinari connessi a procedimenti penali ovvero a segnalazioni ricevute dall'RPCT per i medesimi accadimenti corruttivi. In particolare, entro il 31 dicembre di ciascun anno, il Presidente dell'UPD comunica all'RPCT il numero complessivo dei procedimenti disciplinari avviati nel corso dell'anno, segnalando in particolare:

1. i procedimenti disciplinari avviati a seguito di segnalazione anonima ovvero di trasmissione di segnalazione da parte dell'RPCT;

2. il numero dei procedimenti disciplinari relativi a fatti corruttivi, riportando per ciascun procedimento disciplinare: i) la specifica area di rischio corruttivo, come individuata dall'ANAC; ii) l'esito del procedimento disciplinare, ove concluso, mediante la specifica indicazione della eventuale sanzione disciplinare irrogata; iii) l'eventuale contestuale pendenza di procedimento penale per gli stessi fatti, mediante l'indicazione della specifica fattispecie di reato addebitata al dipendente;

3. il numero dei procedimenti disciplinari relativi a violazioni del codice di comportamento, anche se non configurino fattispecie penalmente rilevanti;

ovvero ulteriori informazioni in possesso dell'UPD, come annualmente individuate dall'ANAC, ai fini della Relazione annuale dell'RPCT.

Dirigente della Formazione

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPCT, per individuare in tema di anticorruzione il collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione.

Tutti i dipendenti/collaboratori dell'Azienda

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Ente, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente/collaboratore deve:

a) partecipare al processo di gestione del rischio;

b) osservare le misure contenute nel P.T.P.C.;

c) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al R.P.C.T. o all'U.P.D. (art.54 bis del d.lgs 165/01);

d) segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale e specifico);

e) segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico, al Direttore dell'Area Gestione Risorse Umane e al RPCT l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento; entro il 31 dicembre di ciascun anno, l'Area Gestione Risorse Umane e la Struttura Burocratico Legale comunicano all'RPCT il numero complessivo dei procedimenti penali a carico dei dipendenti avviati nel corso dell'anno di cui siano venuto a conoscenza, segnalando in particolare i procedimenti penali avviati relativi a fatti corruttivi, come intesi al par. 2.1 PNA 2013 ovvero al par. 2.1 Aggiornamento PNA 2015, riportando per ciascun procedimento penale la specifica area di rischio corruttivo, come individuata dall'ANAC.

f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Stakeholder interni ed esterni: consultazione pubblica preliminare al PTPCT

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli stakeholder partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami ovvero delle segnalazioni, della *customer satisfaction*, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano. Il presente Piano è stato oggetto di consultazione pubblica avviata nel mese di novembre 2019 (prot. 292096/1 dell'11/11/2019), a mezzo apposito avviso pubblicato sul sito web dell'Azienda, con cui l'RPCT pro tempore ed il Direttore Generale hanno invitato tutti gli interessati (tra cui, in particolare, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, il Comitato Consultivo Misto, l'Organismo Indipendente di Valutazione ed il Comitato Unico di Garanzia) a far pervenire eventuali osservazioni e/o suggerimenti finalizzati a promuovere e migliorare l'intervento aziendale in materia di tutela dell'integrità e della trasparenza. Si segnala che, al 24 gennaio 2020, non sono pervenute osservazioni o proposte, ad eccezione delle proposte di aggiornamento/modifica delle specifiche azioni-misure per la prevenzione del rischio corruttivo formulate dalle Macrostrutture nel mesi di gennaio 2020.

8. Integrazione tra PTPC ed i sistemi di misurazione delle Performance: gli obiettivi di budget e di performance a tutela dell'integrità e della trasparenza

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'ASL di Bari, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati raggiunti dai singoli dipendenti e dalle unità organizzative.

Il D.lgs.150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74 del 25.05.2017, esprime un concetto fondamentale e cioè che la performance si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato la performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

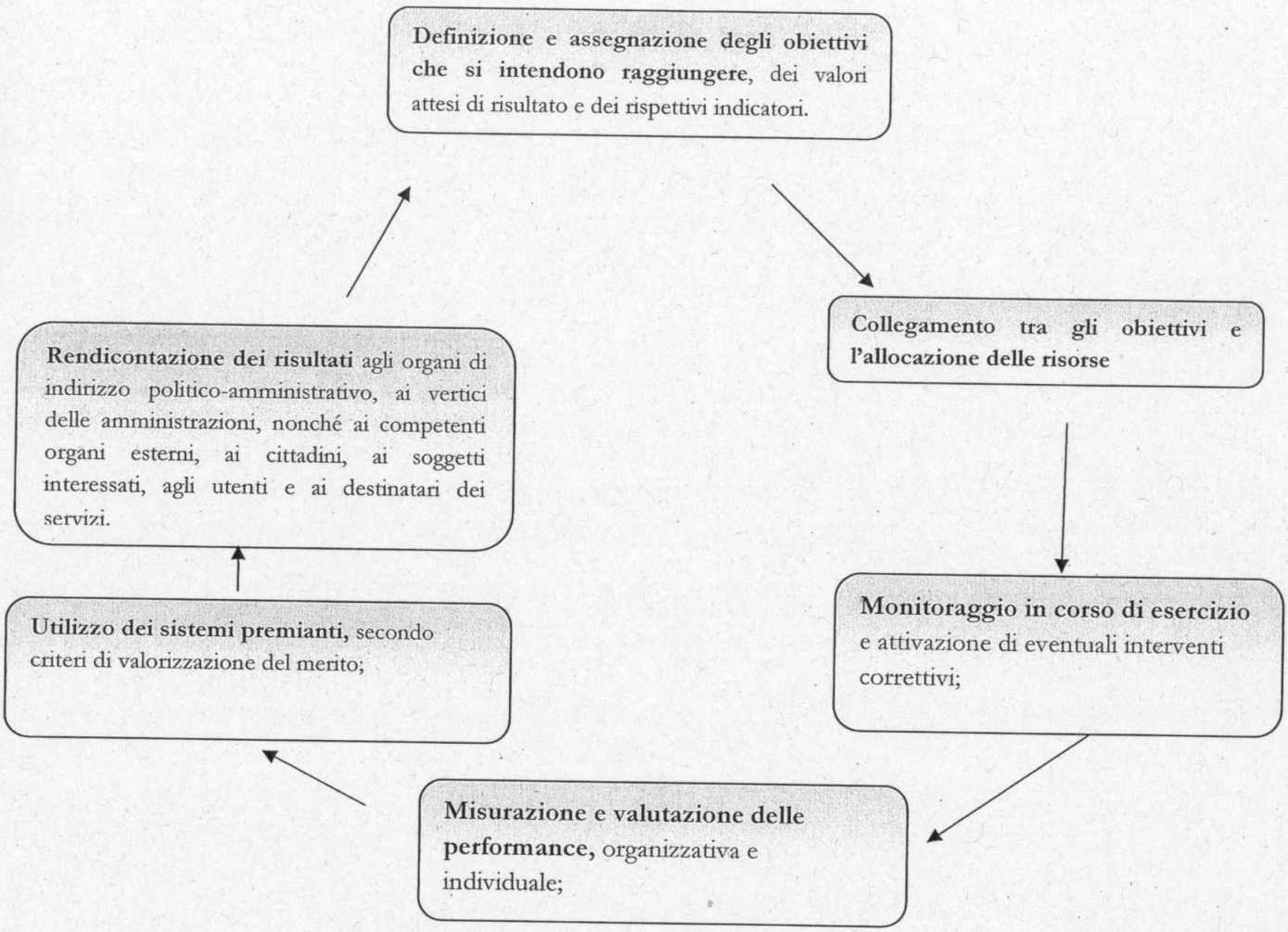
Il "ciclo integrato" della programmazione è definito dalla norma "ciclo delle performance" e, la definizione dei tempi e delle scadenze del processo risulta essere un elemento essenziale e qualificante dello stesso.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

- Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti;
- Rendicontazione dei risultati alla Direzione.

La misurazione e la valutazione della performance non può prescindere dalla redazione del Piano della Performance, così come definito dall'art.10 comma 1 lettera a) del D.lgs.n.150/2009 che individua nel predetto Piano, lo strumento di programmazione direzionale, ovvero il documento nel quale si descrivono i principi guida, gli obiettivi strategici triennali, le attività e i tempi in cui si svolgono le relative fasi.

L'Azienda è tenuta a misurare ed a valutare le performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, ai singoli dipendenti, mediante la gestione del "ciclo delle performance" articolato nelle seguenti fasi:



L'ASL Bari ha adottato il Piano della Performance 2020/2022, con Deliberazione del Direttore Generale n. 74 del 30/1/2020, in coerenza con la precedente individuazione ed assegnazione degli obiettivi generali ed operativi di budget disposta, rispettivamente, con Deliberazioni del Direttore Generale n. 2370del 9/12/2019 e n. 2533 del 30/12/2019.

In continuità con quanto avvenuto negli scorsi anni, tanto in sede di assegnazione degli obiettivi annuali di budget che con il Piano della Performance, l'Azienda ha provveduto all'assegnazione di espliciti obiettivi trasversali afferenti i temi della prevenzione della corruzione e della trasparenza, il cui raggiungimento sarà oggetto di misurazione e valutazione da parte dell'Organismo Indipendente di Valutazione.

9. Designazione del R.A.S.A.

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici ex d.lgs 50/2016. Questa Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 235 del 31 gennaio

2018, ha già provveduto alla nomina del RASA nella persona del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio. Il RASA assicura, d'intesa con il RPCT ed avvalendosi del Referente dell'RPCT relativo all'Area Gestione del Patrimonio, la richiesta alle Macrostrutture di dati ed informazioni da pubblicare, trasmettere e comunicare all'ANAC, ai sensi dell'art. 1, c. 32, l. 190/2012 e della delibera ANAC n. 39/2016. Alla materiale trasmissione e comunicazione dei dati pervenuti dalla Macrostrutture provvede l'Unità Operativa Analisi e Sviluppo del Software informatico; alla pubblicazione degli stessi nella sezione Amministrazione Trasparente/sottosezione Bandi di gara e contratti del sito web aziendale provvede, ai sensi del d. lgs. 33/2013, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico, dietro richiesta della predetta l'Unità Operativa Analisi e Sviluppo del Software informatico.

10. Referente monitoraggio opere pubbliche

Ai sensi della l. n. 196/2009, è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP), in seno al Ministero dell'economia e delle finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica.

Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13, l. 196/2009, l'ASL di Bari ha provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal d. lgs. n. 229/2001, designando quale referente interno il Direttore pro tempore Area Gestione Tecnica, giusta Deliberazione del Direttore Generale n. 236 del 31/1/2018.

11. Contesto esterno

Obiettivo dell'analisi del contesto esterno è quello di identificare la situazione del contesto in cui opera l'azienda sanitaria, per mettere in luce eventuali fattori di rischio di corruzione. L'analisi, volutamente sintetica, si suddivide in due parti: la prima del contesto sociale; la seconda legata alla presenza sul territorio regionale e provinciale di situazioni criminali e corruttive, desunta dai documenti disponibili.

Contesto sociale

L'Area Metropolitana di Bari ha le seguenti caratteristiche:

Estensione: 41 Comuni

Superficie totale del territorio di riferimento è di 3.825 kmq.

Popolazione residente è di 1.254.461 abitanti

Negli ultimi anni si è interrotta la continua crescita della popolazione residente, fenomeno sia legato alla riduzione dei flussi migratori per la crisi economica che ha colpito il nostro Paese a partire dal 2008, sia all'allineamento dei dati al censimento 2011, con la conseguente cancellazione di alcune residenze.

La composizione della popolazione è ben evidenziata dalla piramide per età, graficamente rappresentata nel Piano della performance 2020/2022, che mostra una struttura, così come avviene

per il resto della regione, che ha subito un invecchiamento costante, mitigato nell'ultimo decennio dai fenomeni migratori.

L'Area Metropolitana di Bari si caratterizza per una elevata speranza di vita.

I tassi standardizzati di mortalità, che non risentono dell'invecchiamento della popolazione, nel periodo 1999-2013 sono diminuiti per entrambi i sessi. La riduzione della mortalità registrata nell'intero periodo è in gran parte imputabile alle classi di età medie e agli anziani fino a 80 anni circa.

Dal punto di vista ambientale la qualità dell'aria, gli alti livelli di urbanizzazione ed industrializzazione del territorio, connessi con le caratteristiche meteo-climatiche, favoriscono il ristagno degli inquinanti e generano una situazione ambientale che presenta diverse criticità.

Il profilo socio economico dell'area metropolitana di Bari in estrema sintesi si caratterizza per un incremento del tasso di disoccupazione, la crisi infatti ha colpito in particolare i segmenti più fragili della popolazione: i giovani, le donne e gli stranieri. Negli ultimi anni il numero dei poveri è aumentato.

L'area metropolitana di Bari presenta ancora, rispetto al dato medio nazionale, una migliore combinazione di benessere economico ed eguaglianza, ma la differenza si sta velocemente erodendo. L'rea barese non è immune dalla tendenza verso una crescente diseguaglianza che sembra caratterizzare il Paese e risente delle conseguenze di una rapida immigrazione e di un mercato dl lavoro che non riesce a garantire ai più giovani redditi e posti di lavoro adeguati.

Contesto criminale e corruttivo

REGIONE PUGLIA

Per quanto riguarda la Regione Puglia l'elevata propensione imprenditoriale del tessuto economico regionale è uno dei fattori che catalizza gli interessi della criminalità organizzata, sia autoctona che straniera, anche ai fini del riciclaggio e del reinvestimento in attività economiche dei profitti illeciti realizzati.

In Puglia sono da anni presenti compagini e soggetti affiliati e/o contigui ad organizzazioni criminali mafiose, che, attratti dalle possibilità offerte da un sistema economico dinamico, in taluni casi e per specifiche categorie di reati, arrivano ad operare anche unendosi tra loro, pianificando e realizzando attività illecite.

La presenza di tali organizzazioni, pur in assenza dei più eclatanti e cruenti episodi delittuosi tipici di quelle organizzazioni malavitose e di un controllo del territorio condotto con le modalità tipicamente messe in atto nelle aree geografiche di provenienza camorristica e/o mafiosa, è orientata al tentativo di inquinare il tessuto economico e sociale con immissioni di capitali di illecita provenienza attraverso l'aggiudicazione di appalti e l'acquisizione della proprietà di attività commerciali sfruttando gli effetti della contingente crisi finanziaria penalizzante, in particolare, la piccola imprenditoria.

Con riguardo alle presenze di elementi affiliati o contigui a clan mafiosi, gli interessi criminali prevalenti sono stati riscontrati nei settori economico-imprenditoriali, principalmente in quello edile, nel traffico di sostanze stupefacenti, nelle estorsioni e nell'usura.

Nella regione non si sono evidenziate particolari criticità riconducibili a sodalizi mafiosi siciliani, anche se viene confermata la presenza di elementi riconducibili a Cosa nostra. Sono, in particolare, emersi segnali di infiltrazione nel settore degli appalti pubblici. In alcune imprese del settore edile e delle costruzioni generali si sono evidenziati soggetti con profili di contiguità a famiglie mafiose.

L'attività di contrasto conferma alcune linee di tendenza, già riscontrate in passato, circa l'operatività sul territorio barese di gruppi criminali autoctoni, compartecipati anche da soggetti stranieri, attivi nello spaccio di sostanze stupefacenti, nello sfruttamento della prostituzione e nell'usura, o in altre attività delittuose a carattere "predatorio", spesso caratterizzate dall'efferatezza dell'azione esecutiva.

Con riguardo alla presenza di sodalizi di origine straniera una loro aumentata capacità operativa, talvolta è legata all'assunzione di modus operandi assimilabili a quelli delle consorterie mafiose autoctone. Inoltre, si segnalano nuovi modelli di cooperazione tra gruppi stranieri di diversa nazionalità, talora con la partecipazione di pregiudicati italiani.

AREA METROPOLITANA DI BARI

Nell'Area Metropolitana permangono i tentativi di infiltrazione da parte della criminalità organizzata di tipo mafioso nel settore degli appalti pubblici e nel tessuto economico-imprenditoriale (edilizia, trasporti, gestione di esercizi pubblici e locali di pubblico spettacolo).

La criminalità organizzata autoctona continua a mostrare interesse in vari settori, quali il traffico di droghe, il reimpiego dei proventi illeciti in attività economiche e le estorsioni nei confronti di imprenditori perlopiù edili. Analoghi rischi di infiltrazioni criminali si rilevano nel settore dell'intermediazione nel mercato del lavoro e nel settore immobiliare.

Per la gestione delle nuove attività illecite sono stati individuati sul territorio altri componenti dell'organizzazione criminale (soggetti di differente caratura e livello di responsabilità in seno al clan, anche se non tutti stanziali) ben lontani dal porre in essere condotte di reato visibili. E' stato, infatti, riscontrato che le fattispecie criminali sintomatiche dell'attività dell'organizzazione criminale (estorsioni, incendi, intimidazioni, ecc.), in passato consumati in città di Bari hanno prodotto un'incisiva azione di contrasto, corroborata dalla proficua collaborazione da parte di tutte le categorie interessate dai citati fenomeni criminali, disponibili a denunciare.

Il fatto che molti dei soggetti più violenti in passato "attenzionati" abbiano trasferito (o stiano trasferendo) il loro ambito di operatività in altri centri, unito all'arrivo nel capoluogo di nuovi soggetti, potrebbe essere il chiaro segnale di un livello di interesse più alto (riciclaggio e reimpiego delle somme di denaro provento delle attività illecite nelle zone di origine) certamente di minor impatto criminale sul territorio. La conferma delle infiltrazioni nel tessuto economico sociale è rappresentata dai sequestri operati nei confronti di esponenti ed affiliati al clan legati alla città di Bari, che hanno interessato beni mobili ed immobili, nonché quote societarie, per un importo di diversi milioni di Euro.

L'attività di soggetti vicini alla criminalità organizzata è stata riscontrata nel settore del reimpiego di capitali illecitamente acquisiti nel mercato immobiliare e finanziario ed in taluni tentativi di infiltrazione negli appalti pubblici locali per la realizzazione di opere pubbliche per il tramite di società inquinate, come evidenziato da pregresse attività investigative.

CONTROLLI DEI NAS CARABINIERI

Sono state molteplici le ispezioni del Nas Carabinieri di Bari con vari sequestri di alimenti, farmaci, giocattoli e articoli vari. E' stata sospesa anche l'attività di alcune strutture: studi medici (di cui uno sottoposto a sequestro penale), centri massaggi, strutture socio assistenziali, ristoranti esercizi di vendita al dettaglio.

CONTROLLI DELLA GUARDIA DI FINANZA

Sono stati molteplici anche i controlli della Guardia di Finanza con accertamenti che riguardano medici che hanno provocato danni al servizio sanitario. Due le contestazioni principali: "mancato rispetto degli obblighi di esclusività delle prestazioni da parte dei dirigenti medici per aver accettato incarichi extraprofessionali non autorizzati preventivamente dall'ente di appartenenza e impiego presso altre strutture private convenzionate". Nel corso del 2019, circa 50 dipendenti della ASL, in servizio presso i Presidi ospedalieri di Molfetta e Monopoli, sono stati coinvolti da indagini condotte dalla Guardia di Finanza in relazione a procedimenti penali relativi, tra l'altro, a false attestazioni della presenza in servizio. A seguito di ricezione degli atti da parte delle Procure competenti, l'Azienda ha immediatamente avviato procedimenti disciplinari a carico dei dipendenti conclusi, nel mese di settembre, con oltre 20 licenziamenti disciplinari, alcuni dei quali attualmente oggetto di impugnazione innanzi al giudice del lavoro, e numerose sospensioni senza retribuzione. Ai dipendenti cui siano state irrogate sanzioni non espulsive, in attuazione del PTPCT 2019/2021 e con la sola eccezione delle sospensioni di breve durata, è stata inoltre applicata la misura della rotazione straordinaria. A seguito del verificarsi di tali eventi, infine, la Direzione Strategica ha intrapreso azioni concrete volte a prevenirne il ripetersi, quale l'individuazione "incrociata" degli uffici competenti per la rilevazione/gestione presenze dei dipendenti dislocati nelle diverse sedi aziendali ovvero l'immediata implementazione di maggiori automatismi nelle procedure di controllo, così da agevolarne l'effettuazione. Deve, cionondimeno, evidenziarsi come tali episodi – benchè abbiano avuto rilevanza mediatica nazionale – abbiano coinvolto, dal punto di vista prettamente numerico, un numero esiguo di dipendenti, circa 50, a fronte degli oltre 8.300 in servizio alla data del 31/12/2019.

PRINCIPALI INDAGINI SU CORRUZIONE NEL TERRITORIO METROPOLITANO

Volendo evidenziare le aree di rischio e gli eventuali punti di debolezza del sistema sanitario dell'area metropolitana di Bari, dobbiamo ricordare molte indagini/processi ancora in fase di svolgimento condotte dalla Magistratura e dagli Organi inquirenti nel nostro territorio negli ultimi anni che hanno avuto tutte un eco nazionale. La prima riguarda il mondo della ricerca in ambito cardiologico, la seconda l'ambito degli appalti e la terza le mancate timbrature di personale ospedaliero, di cui si è già accennato al paragrafo che precede.

12. Contesto interno

Ai fini dell'analisi del contesto interno, con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1358/CS del 2/8/2018, è stata completata la mappatura dei procedimenti amministrativi di tutte le strutture aziendali dell'ASL di Bari, che consentiranno la rilevazione di ulteriori misure di mitigazione del rischio con contestuale intensificazione dell'attività di mappatura dei processi e fasi, per tutte le aree aziendali, al fine di integrare il piano delle attività e la programmazione consequenziale delle contromisure definite dall'ASL di Bari.

Nel corso del 2019, la mappatura dei procedimenti amministrativo-contabili aziendali è stata aggiornata, nel più ampio quadro del percorso finalizzato alla certificabilità dei bilanci di enti ed aziende del SSR (PAC), con deliberazione del Direttore Generale n. 1309 del 22/7/2019.

Le condotte a rischio sono riconducibili prevalentemente alle seguenti:

1. uso improprio della discrezionalità;
2. elusione delle procedure di svolgimento delle attività e di controllo;
3. utilizzo improprio di informazioni e documentazione;
4. rivelazione di notizie riservate e del segreto d'Ufficio;
5. alterazione dei tempi procedimentali;
6. sviamento di procedure/attività ai fini della concessione di favori;
7. conflitto di interessi.

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

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

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

- conflitto di interessi

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

L'analisi del contesto interno ha consentito di rilevare una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione riportate nel Piano.

In ragione del breve tempo intercorrente tra la pubblicazione del PNA 2019 (avvenuta solo in data 22 novembre 2019) ed il termine di legge per l'approvazione del PTPCT, non è stato possibile completare la nuova mappatura dei rischi in applicazione della metodologia introdotta con il predetto PNA 2019. A tale attività si provvederà, attraverso il coinvolgimento di tutti i Direttori/Responsabili di Macrostruttura ed i relativi Referenti dell'RPCT, sotto l'egida del Responsabile per la prevenzione della corruzione, nel corso del 2020, così da trovare evidenza nel PTPCT relativo al triennio 2021/2023, in linea con quanto consentito dall'ANAC (cfr. nota 11, PNA 2019).

13. Valutazione e Gestione del rischio

La mappatura dei processi, di cui al presente PTPCT, ha tenuto conto di alcune regole fondamentali che riguardano le organizzazioni (secondo quanto riportato nelle norme UNI ISO 31000-2010) in materia di gestione del rischio. La gestione del rischio è parte integrante del processo decisionale con riferimento a tutti i processi dell'organizzazione. E' quindi un percorso sistematico che al tempo stesso deve cercare di garantire adeguamenti il più possibile tempestivi, caratterizzandosi come un processo dinamico dovendo rispondere ai cambiamenti di contesto interni ed esterni. Tale impostazione porta ad effettuare valutazioni specifiche e "su misura" che si basano proprio sul contesto specifico in termini di aspettative interne ed esterne e su specifici fattori umani e culturali.

Il processo di valutazione e di conseguente gestione del rischio pertanto è stato svolto secondo il seguente percorso logico-temporale:

· Mappatura dei processi: effettuata a livello decentrato con l'individuazione da parte di ogni struttura aziendale coinvolta dei processi e/o di sotto-processi.

· Identificazione del/i rischio/i.

· Valutazione dei rischi: individuazione dei processi a rischio attraverso un confronto interno al fine di definire le priorità di intervento.

· Analisi e relativa graduazione.

· Trattamento del rischio.

· Monitoraggio.

· Azione di coordinamento da parte del RPCT

Di seguito gli indicatori per la valutazione, analisi e gestione del rischio necessari per il calcolo del prodotto tra probabilità di accadimento ed impatto:

Probabilità:

- Discrezionalità
- Rilevanza
- Complessità
- Valore economico
- Frazionalità
- Controlli

Impatto:

- Organizzativo
- Economico
- Reputazionale
- Immagine

Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, è necessario seguire i principi riportati qui di seguito:

a) La gestione del rischio crea e protegge il valore. La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.

b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione. La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale. La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.

d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza. La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata.

e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva. Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.

f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili. Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

g) La gestione del rischio è "su misura". La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

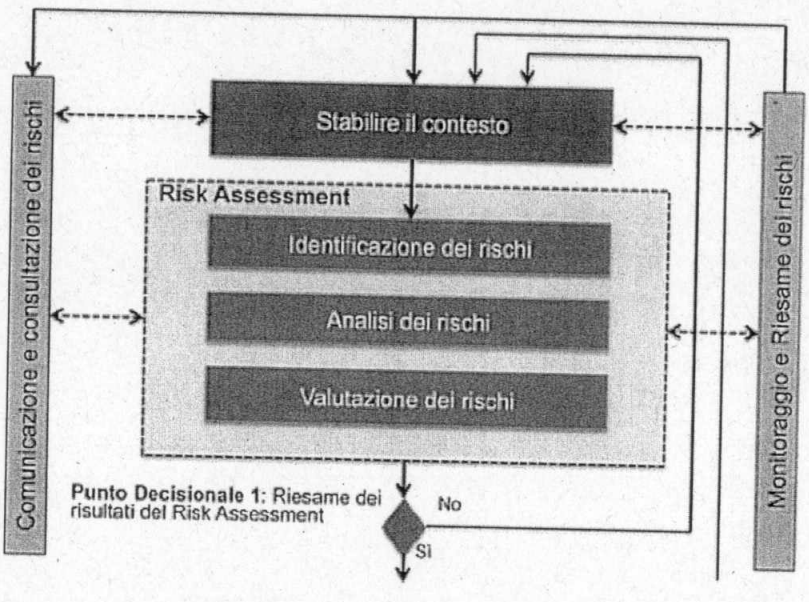
h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali. Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva. Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

j) La gestione del rischio è dinamica. La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano e d altri scompaiono.

k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione. Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.

La gestione del rischio si svolge attraverso l'identificazione, analisi e valutazione dei rischi come di seguito schematizzato:



La gestione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

In modo sintetico le fasi sono quattro:

a. la mappatura dei processi di ogni area aziendale;

b. la valutazione del rischio per ogni processo;

c. la definizione delle misure per la prevenzione, già in essere e da adottare;

d. l'attività di monitoraggio e valutazione.

L'analisi del contesto esterno ed interno, permettono di rafforzare l'identificazione delle aree a rischio.

Nel processo di gestione del rischio sono stati coinvolti tutti i dirigenti dell'Azienda, chiamati a fare una valutazione del livello di rischio delle diverse aree e dei singoli processi. Nel processo sono coinvolti anche associazioni di cittadini e pazienti, ordini e collegi professionali, sindacati che possono offrire un contributo in funzione dello specifico angolo di visuale ed esperienza.

Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi alla risposta data ai cittadini.

a) La mappatura dei processi di ogni area aziendale

La valutazione delle aree e dei processi a rischio è stata realizzata secondo la metodologia proposta dal Piano nazionale anticorruzione 2013 e dei successivi aggiornamenti relativi agli anni 2015-2018, integrata con analisi supplementari fra cui:

- l'analisi dei procedimenti disciplinari dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari degli ultimi 5 anni;
- i precedenti giudiziali (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa);
- l'analisi dei casi ripresi dai media e dalla stampa nella nostra realtà e a livello regionale e italiano;

- focus group con operatori, sanitari e non sanitari e con i dirigenti delle aree di competenza al fine di evidenziare il rischio di illegalità e corruzione nelle diverse aree della nostra azienda.

b) La valutazione del rischio

L'impatto dei diversi rischi è stato misurato da almeno tre punti di vista: impatto economico, organizzativo e reputazionale.

c) Le misure per la prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio sono state individuate le misure di prevenzione (obbligatorie o ulteriori). Per ciascuna area vengono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa.

Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

d) Il monitoraggio e la valutazione

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso incontri specifici, almeno semestrali, tra l'RPCT ed i Referenti delle Macrostrutture.

Le misure trasversali di prevenzione del rischio

Così come previsto nel Piano Nazionale sono in corso di attuazione anche nella ASL di Bari alcune misure di carattere sistemico, fra cui:

- la trasparenza, che costituisce oggetto della sezione dedicata alla Trasparenza del presente Piano, alla quale si rinvia);

- l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi al fine di consentire la tracciabilità, con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase. Questa misura sarà realizzata, già a partire dal 2020, mediante l'attivazione – a decorrere dal mese di febbraio 2020 – del nuovo protocollo informatico, cui seguirà l'avvio del nuovo software gestionale per le attività amministrative, secondo i cronoprogrammi definiti a livello regionale;

- il monitoraggio sul rispetto dei termini procedimentali dei principali processi a rischio allo scopo di far emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere espressione di fenomeni corruttivi.

- controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;

- promozione di convenzioni tra amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali;

- affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione, di norma, ad almeno due dipendenti abbinati, nonché mediante la buona prassi della rotazione di tali abbinamenti;

- sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza/audit;

- ascolto dell'utente, raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione presenti (Uffici URP, sito web aziendale, social media istituzionali e coinvolgimento stakeholder interni-esterni, di cui si è detto innanzi).

14. Aree di rischio

L'individuazione delle aree e delle attività a rischio corruzione è stata effettuata:

- valutando per ciascuna fase del processo il grado di esposizione al rischio mediante l'analisi della probabilità del verificarsi dell'evento corruttivo e del potenziale impatto entro una scala di rischio (lordo) suddivisa tra basso, medio, alto;

- analizzando le cause di tale rischio;

- valutando l'adeguatezza dei presidi già in essere e individuando ulteriori misure preventive adeguate alla riduzione del rischio.

Le aree di rischio individuate dalla Legge e dall'aggiornamento 2015 del PNA sono distinte in aree generali e aree specifiche e sono le seguenti:

Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, comma 16:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al d.lgs. 163/ 2006;
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

Aree di rischio generali da aggiornamento PNA 2016:

- gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- incarichi e nomine;
- affari legali e contenzioso.

Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2016)

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sponsorizzazione, ricerca, sperimentazione;
- Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

15. Programmazione delle attività

Le attività svolte dall' ASL Bari sui temi, anche trasversali, dell' Anticorruzione e della Trasparenza, di cui alla Legge n.190/2012 ed al D.lgs. n.33/2013, sono di seguito riepilogate con riferimento all'adozione dei relativi provvedimenti e disposizioni interne:

- ✓ Deliberazione DG n.77 del 30/1/2015 avente ad oggetto "Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari";
- ✓ Deliberazione DG n.162 del 29/1/2016 avente ad oggetto "Aggiornamento del PIANO TRIENNALE per la PREVENZIONE della CORRUZIONE anni 2016 – 2017 – 2018";
- ✓ Deliberazione DG n.163 del 29/1/2016 avente ad oggetto "Aggiornamento del PROGRAMMA TRIENNALE per la TRASPARENZA E L'INTEGRITA' anni 2016 – 2017 – 2018";
- ✓ Deliberazione DG n.164 del 29/1/2016 avente ad oggetto "Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari";
- ✓ Deliberazione del DG n.165 del 31.01.2017 (Aggiornamento PTPC con specifica sezione trasparenza);
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n.164 del 31.01.2017 "Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari";
- ✓ Disposizione/Avviso interno in tema di attestazione presenza in servizio del 20.02.2017;
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 933 del 18.05.2017 "Regolamento aziendale sul patrocinio legale per i dipendenti dell'Azienda Sanitaria di Bari adozioni e consequenziali determinazioni";
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 149 del 22.1.2018 "Adozione del nuovo regolamento per l'affidamento degli incarichi dirigenziali – area medica e veterinaria";
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 560 del 14.3.2018 "DSM – Adozione regolamento per la presentazione dei progetti riabilitativi territoriale in salute mentale";
- ✓ Nota circolare interna in tema di attestazione presenza in servizio del 20/5/2018;

- ✓ Deliberazione del Commissario Straordinario n. 1015 del 25/5/2018 "Approvazione del regolamento aziendale per la protezione dei dati personali";
- ✓ Deliberazione del Commissario Straordinario f.f. n. 1358 del 2/8/2018 "Percorso Attuativo di Certificabilità dei Bilanci (PAC) degli enti del SSR ai sensi del decreto Ministero della Salute di concerto con Ministero Economia e finanze del 1/3/2013. Adozione manuale delle procedure amministrativo-contabili";
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 2077 del 21/12/2018 "Regolamento operativo interno di Contabilità Analitica";
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 1309 del 22/7/2019 "Percorso Attuativo della Certificabilità dei Bilanci (PAC) degli enti ed aziende del SSR - Aggiornamento manuale delle procedure amministrativo-contabili";
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 132 del 31/1/2019 "Aggiornamento del Codice di comportamento aziendale";
- ✓ Note Area Gestione Risorse Umane sul corretto utilizzo della causale "uscita di servizio" del gennaio 2020, pubblicate sulla intranet aziendale.

L'ASL Bari collabora, sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione, con altre importanti istituzioni ed organizzazioni tra le quali:

– Transparency International [Accordo di collaborazione e partecipazione al progetto nazionale c.d. "Curiamo la corruzione"];

– Forum della Legalità della Città Metropolitana di Bari;

– Dipartimento di Scienze Politiche Università di Bari;

– Consorzio Interuniversitario Comunità delle Università Mediterranee;

– FIASO;

– Network Regione Puglia RPCT delibera di Giunta Regionale n. 23.01.2018.

Inoltre l'Azienda ha dato immediata attuazione alle disposizioni in tema di pubblicazione e trasmissione dei dati in formato aperto, contenute nella Delibera ANAC n. 39 del 20/1/2016, la quale pone in capo a ciascuna stazione appaltante obblighi di trasparenza e comunicazione in merito ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, ai sensi dell'art. 1, c. 32, l. 190/2012.

Con Deliberazione DG n.1261 dell'11/7/2016, la ASL BARI si è dotata del "Regolamento Aziendale per la disciplina delle procedure di acquisto di beni e servizi sotto soglia comunitaria", ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. n.50/2016, in coerenza con le disposizioni contenute nel Codice dei Contratti e finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa.

In adesione alle richieste dell'A.N.AC., l'OIV ha svolto attività di audit e attestazione sull'assolvimento da parte dell'ASL Bari di alcuni adempimenti imposti dalla normativa sulla trasparenza.

Con riferimento alla rotazione degli incarichi dirigenziali, misura obbligatoria prevista per la repressione e prevenzione della corruzione, sia dalla legge n. 190/2012 e s.m.i., sia dal Piano Nazionale Anticorruzione, occorre premettere che l'ASL BARI ha provveduto inizialmente alla rotazione nella aree ritenute più a rischio, quali l'Area Gestione del Patrimonio, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Risorse Finanziarie e Area Servizi Socio Sanitari, per poi passare, alla scadenza naturale degli incarichi dirigenziali in essere, alla rotazione degli stessi come da provvedimenti deliberativi elencati nel seguito:

- Deliberazione DG n. 1594 del 22/9/2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa del ruolo amministrativo, professionale e tecnico – art.1 Legge 190/2012";
- Deliberazione DG n.1672 del 27/9/2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 nel rispetto dei principi di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa semplice del ruolo amministrativo, professionale e tecnico – art.1 Legge 190/2012";
- Deliberazione DG n.1679 del 30/9/2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa dei direttori dei Distretti Socio Sanitari – art.1, Legge 190/2012".

Sullo specifico aspetto della rotazione ordinaria e straordinaria, deve segnalarsi il recente carteggio intercorso con l'ANAC, concluso con la comunicazione del 27/11/2019 con cui l'Autorità invita l'Azienda a proseguire nel percorso intrapreso, auspicando la tempestiva definizione di regole e criteri generali per l'attuazione della misura della rotazione ordinaria. Sul punto, si segnala che l'avvio della contrattazione decentrata – cui compete la definizione di tali criteri generali – è stato previsto come obiettivo di budget operativo per il 2020 per l'Area Gestione Risorse Umane.

È in corso di definizione l'aggiornamento del programma dei Corsi di formazione sui temi dell'etica, integrità e trasparenza. Il programma prevede, per il 2020, incontri finalizzati alla formazione ed all'aggiornamento dei nuovi Referenti RPCT, più attivamente chiamati ad operare a supporto tanto del detto Responsabile quanto delle Macrostrutture di cui sono espressione.

Al fine di migliorare l'azione amministrativa aziendale, sono stati approvati numerosi Regolamenti aziendali, come di seguito elencati:

- Deliberazione DG n.802 del 27/5/2015: "Regolamento attuativo aziendale per la costituzione e per il funzionamento del comitato consultivo misto ASL Bari. Deliberazione n.1174 del 1° luglio 2014. Integrazioni";
- Deliberazione DG n.882 dell'1/6/2015: "Consensi Informati Procedure in Cardiologia";
- Deliberazione DG n.885 del 3/6/2015: "Approvazione Regolamento Aziendale per l'utilizzo dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 5 febbraio 1992, n.104";

- Deliberazione DG n.886 del 3/6/2015: "Approvazione Regolamento congedo retributivo per assistenza familiari portatori di handicap grave (art.42, comma 5, Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n.151). Aggiornamenti e Modifiche";
- Deliberazione DG n.1102 del 13/6/2016: "Modifica Regolamento Aziendale sull'utilizzo dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/1992 – delibera n.885 del 2015";
- Deliberazione DG n.1261 dell'11/7/2016: "Approvazione Regolamento Aziendale per la disciplina delle procedure di acquisto di beni e servizi sotto soglia comunitaria, ai sensi dell'art. 36 d.lgs. n.50/2016";
- Deliberazione DG n.1266 del 14/7/2016: "Regolamento per la gestione assicurativa e amministrativa dei sinistri e delle controversie da responsabilità sanitaria";
- Deliberazione DG n.1382 del 23/7/2015: "Approvazione del Regolamento del Collegio di Direzione della ASL BARI ai sensi della L.R. Regione Puglia n. 43 del 17.10.2014";
- Deliberazione DG n.1415 del 22/7/2016: "Approvazione protocollo operativo di rimborso spese di trasporto sostenute dai pazienti emodializzati";
- Deliberazione DG n.1722 del 5/10/2016: "Approvazione del regolamento disciplinare Aziendale";
- Deliberazione DG n.1782 del 14/10/2016: "Approvazione del Regolamento del Servizio di Cassa Sportelli Cup-Ticket".
- Deliberazione DG n. 1404 del 28/07/2017 "Approvazione del Regolamento aziendale per l'accettazione e l'utilizzo di attrezzature, apparecchiature elettromedicali, biomediche, informatiche in visione o prova"
- Indicazioni applicative sulla modifica al Regolamento disciplinare aziendale a seguito della Riforma Madia ex D.lgs 75/2017
- Deliberazione DG n. 0979 del 26/05/2017 "Modifica al Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali area medica e veterinaria approvato con deliberazione n.2252 del 22/12/2016"

Inoltre, nel corso del 2019, sono stati adottati i seguenti ulteriori provvedimenti deliberativi:

- Regolamento sulle Casse Economali;
- Aggiornamento della composizione dei Gruppi di Lavoro per la gestione e risoluzione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale in materia civilistica e giuslavoristica.

Nel quadro generale dei processi attivati per l'adeguamento alle disposizioni della Legge n.190/2012 e D.Lgs. n.33/2013, l'insieme di azioni e strumenti adottati sono e saranno costantemente

manutenuti in relazione alla risposta ottenuta dalla loro applicazione e ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno.

Dal mese di febbraio 2018 è stata avviata un'articolata ricognizione dei procedimenti amministrativi in capo a ciascuna Macrostruttura aziendale dell'ASL Bari, ai fini del monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedimentali, ex art.1 comma 28 della L. 190/2012, individuando altresì i Responsabili del Procedimento.

16. Stato avanzamento delle misure

Gli strumenti introdotti dalla normativa si sono inseriti, all'interno dell'ASL di Bari, in un sistema di controllo interno già impostato ed orientato al miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali. La scelta dell'ASL di Bari è quella di prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità piuttosto che basato solo su regole e misure repressive. In tal senso viene promossa la collaborazione da parte dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività.

Inoltre la strategia per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza segue un approccio sistemico, le singole misure agiscono in maniera intercorrelata e sinergica per sortire un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione ed attuazione della trasparenza, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e irregolarità), mirano a incidere sui soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità e della trasparenza.

I principali strumenti di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa di riferimento, applicati dall'ASL di Bari e descritti nel presente Piano sono i seguenti:

- adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;

- adozione del Codice di Comportamento Aziendale;

- formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;

- applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio ovvero, ove non sia possibile il ricorso alla rotazione ordinaria, adozione di misure alternative tra le quali, in primo luogo, una più accentuata segmentazione delle funzioni;

- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;

- disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;

- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;

- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;

- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors);

- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).

Di seguito si elencano intanto le misure generali applicate dell'ASL di Bari, ai fini della prevenzione della corruzione:

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento	attuata	Comunicazione ai dipendenti	RPC e Referenti
Gestione conflitti di interesse	attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate	RPC e Referenti
Gestione incompatibilità e inconferibilità	attuata	% verifiche sulle autocertificazioni di insussistenza	AGRU
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	attuata	% verifiche sulle richieste autorizzative	AGRU/Macrostrutture di assegnazione dei richiedenti
Attività lavorative dopo la cessazione	attuata	% verifiche sulle clausole in bandi di gara	AGP
Formazione commissioni ed incarichi	attuata	% verifiche svolte a campione	AGRU
Rotazione del personale dipendente	attuata	Numero dipendenti soggetti a rotazione/anno ovvero adozione misure alternative	Direzione Strategica/RPCT
Segnalazione illeciti	attuata	% presa in carico segnalazioni effettuate dai	RPCT e Referenti

		dipendenti	
Formazione e sensibilizzazione	attuata	Verifica registri partecipanti	UOS Formazione/RPCT

17. Codice di comportamento

Per garantire la diffusione di quanto prescritto nel presente Piano e nel Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti, l'ASL provvede a darne pubblicazione sul portale istituzionale nonché a renderli sempre disponibili a dipendenti e terzi che vengano a contatto con l'Azienda.

Dell'approvazione del nuovo Codice di Comportamento è stata data informativa dal Direttore generale a tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili, e tramite quest'ultimi a tutti i dipendenti della ASL.

Per i neo assunti o nel caso di affidamento di incarichi e collaborazioni, è stato inserito nella comunicazione di assunzione l'obbligo di prenderne visione, da confermare successivamente al momento della firma del contratto.

Le disposizioni previste dal Codice di Comportamento sono state altresì trattate nell'ambito dei corsi di formazione in house tenuti dal RPCT in materia di prevenzione del rischio di corruzione.

L'ASL di Bari ha provveduto all'aggiornamento del Codice di comportamento, con deliberazione del Direttore Generale n. 164 del 31.01.2017 ed al suo aggiornamento, da ultimo con Deliberazione del Direttore Generale n. 238 del 31/1/2018 e con Deliberazione del Direttore Generale n. 132 del 31/1/2019, previa consultazione pubblica ex art. 54 c.5 del D.lgs 165/2001e s.m.i.. e previa acquisizione del parere favorevole dell'Organismo Indipendente di Valutazione, limitatamente all'aggiornamento 2018.

Con riferimento ai provvedimenti di incarico ed ai contratti di collaborazione o di consulenza, è stata predisposta la modulistica che prevede, tra l'altro, clausole di risoluzione del rapporto di lavoro in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento dell'ASL di Bari.

Inoltre, nell'ambito delle procedure di gara negli appalti di servizi, lavori e forniture, è sempre previsto l'obbligo del partecipante di dichiarare di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento.

18. Incompatibilità e inconferibilità

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39, Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190. L'autorità nazionale per la prevenzione della corruzione con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

In particolare, la delibera stabilisce che "*le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL (omissis) devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39*".

Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del d.lgs n. 165/ 2001.

Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti l'ASL verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale.

La programmazione relativa al 2020 prevede che l'Area Gestione Risorse Umane richieda al personale dirigenziale dell'Azienda di rilasciare le dichiarazioni aggiornate in merito alla sussistenza di eventuali cause di incompatibilità o inconferibilità. Degli esiti di tali aggiornamenti, l'Area Gestione Risorse Umane informa l'RPCT entro il 31/12/2020.

19. Rotazione del personale

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. In tale direzione va anche l'esperienza del settore privato dove, a fronte di un mondo del lavoro sempre più flessibile e di rapido cambiamento delle competenze richieste, il livello di professionalità si fonda non tanto o, non solo, sulle capacità acquisite e dimostrate, ma anche su quelle potenziali e future.

La rotazione ordinaria è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, 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. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti. Per le considerazioni di cui sopra, 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, i direttori delle

macrostrutture sono tenuti ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano 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".

Inquadramento normativo: rotazione ordinaria e straordinaria

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, comma 5^, lett. b) della I. 19012012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC «procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione [ora SNA], i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari».

Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, comma 10^, lett. b) della Legge 190/2012, 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». Questo tipo di rotazione, c.d. "ordinaria" è stata, quindi, inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'istituto della rotazione straordinaria era stato già previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva». Di recente, si segnala l'adozione delle Linee Guida in materia di rotazione straordinaria del personale, di cui alla delibera ANAC n. 215 del 26/3/2019.

Rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale è espressamente richiamata nelle Linee guida adottate dal Comitato interministeriale, istituito con D.P.C.M. 16 gennaio 2013, come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione. L'art. 1, co. 4, lett. e) della I. 19012012, dispone che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione.

Si ricorda, infatti, che l'art. 19, comma 15^, del D.L. 90/2014 ha previsto che «Le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, commi 4, 5 e 8, della legge 6 novembre 2012 n. 190, e le funzioni di cui all'articolo 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, sono trasferite all'Autorità nazionale anticorruzione".

L'ambito soggettivo di applicazione della rotazione va identificato con riguardo sia alle organizzazioni alle quali essa si applica, sia ai soggetti interessati dalla misura. Con riferimento alle organizzazioni, ai sensi dell'art. 1, comma 59^, della Legge 190/2012, si deve trattare delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001.

Vincoli alla rotazione

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Vincoli soggettivi

L'amministrazione adotterà misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, sarebbe auspicabile, ma non vincolante, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

Vincoli oggettivi

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della Legge 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.

Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

Rotazione e formazione

La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo.

Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

Misure alternative in caso di impossibilità di rotazione

Non sempre la rotazione è misura che si può realizzare; in casi del genere è necessario che le amministrazioni motivino adeguatamente nel PTPC le ragioni della mancata applicazione dell'istituto. In questi casi le Macrostrutture / UU.OO. sono comunque tenuti ad adottare misure per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. In particolare dovrebbero essere sviluppate altre misure organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, a cominciare, ad esempio, da quelle di trasparenza.

A titolo esemplificativo potrebbero essere previste dal dirigente modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Inoltre, perlomeno nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate, potrebbero essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedimentali, prevedendo 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.

Altro criterio che potrebbe essere adottato, in luogo della rotazione, è quello di attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze (cd. segregazione delle funzioni). Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce. Sarebbe auspicabile, quindi, che nelle aree a rischio le varie fasi procedimentali siano affidate a più persone, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente cui compete l'adozione del provvedimento finale.

Attuazione della misura della rotazione

L'ASL di Bari ha avviato già da tempo la misura della rotazione degli incarichi dirigenziali adottando le seguenti deliberazioni:

- Deliberazione del Direttore Generale n. 1679 del 30.09.2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa dei direttori dei Distretti Socio Sanitari - art.1, Legge 190/2012";

- Deliberazione del Direttore Generale n. 1672 del 27.09.2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 nel rispetto dei principi di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa semplice del ruolo amministrativo, professionale e tecnico - art.1 Legge 190/2012";

- Deliberazione del Direttore Generale n. 1594 del 22.09.2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa del ruolo amministrativo, professionale e tecnico - art.1 Legge 190/2012".

Allo scopo di evitare che la rotazione determini un repentino depauperamento delle conoscenze e delle competenze complessive dei singoli uffici interessati, risulta utile programmare in tempi diversi, e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio.

Il livello di attuazione della misura della rotazione per l'anno 2019 è riportata nella relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione, pubblicata sul sito internet istituzionale, alla quale si rinvia.

20. Conflitto di interesse

Il conflitto di interesse é un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e industria; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

A tal riguardo l'ASL di Bari, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, dispone che tutti i dipendenti (dirigenti e personale del comparto) di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, nonché di ingresso di attrezzature e tecnologie in prova/visione, ovvero all'atto dell'accettazione di donazioni di qualunque natura.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale misura, l'ASL Bari, nel corso dell'anno 2017, ha disposto a tutti i dipendenti sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, la compilazione della modulistica AGENAS finalizzata all'identificazione, da parte del dichiarante, delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica (*c.d.* dichiarazione pubblica di interessi). Le informazioni rilevate saranno utilizzate per l'attivazione di controlli, ex ante e/o ex post, in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della Farmaceutica, della Ricerca e della Sperimentazione Clinica.

21. Alpi e Liste di attesa

Considerato che lo svolgimento dell'attività libero professionale e la gestione delle liste d'attesa sono considerate aree ad elevato rischio di corruzione, in ASL di Bari si applica quanto previsto dalla regolamentazione aziendale vigente e dalla normativa nazionale e regionale.

La corretta applicazione di quanto prescritto in tali documenti rappresenta una buona misura per la prevenzione della corruzione.

Anche nel 2020, sono state previste specifiche azioni volte ad assicurare il rispetto di vincoli relativi all'ALPI, al fine del suo corretto atteggiarsi in rapporto all'attività istituzionalmente svolta; si rinvia, sul punto, al Piano delle azioni allegato.

22. Rapporti contrattuali con strutture private accreditate

Le fasi dell'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture private, nel territorio della ASL di Bari, sono gestite dalla Regione e dall'Azienda secondo competenze delineate dalla normativa vigente.

La Giunta Regionale definisce annualmente, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, per ogni Struttura o tipo di attività, le funzioni e le attività da potenziare, i limiti di spesa, gli schemi tipo di contratto da utilizzare, nonché i criteri di finanziamento e di controllo. Nel rispetto di quanto definito dalla Regione Puglia, l'ASL di Bari gestisce i rapporti di convenzionamento per l'erogazione di attività e svolge i seguenti tipi di controlli sull'attività di degenza delle strutture convenzionate.

Relativamente alle strutture accreditate che svolgono attività per acuti, il sistema dei controlli prevede: a) la ripartizione del budget finanziario per tipi di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza), l'eventuale attività resa in esubero ai rispettivi tetti non è riconosciuta; b) verifiche da parte dell'UVARP sull'appropriatezza dei ricoveri; c) il budget finanziario per tipologia di attività è vincolato al numero di posti letto accreditati per la rispettiva tipologia di attività; il budget negoziato per acuti è a sua volta ripartito in relazione all'attività di maggior interesse pubblico.

Per quanto concerne le strutture private accreditate che svolgono attività di riabilitazione e lungo degenza, il sistema dei controlli prevede: a) la ripartizione del budget finanziario per tipi di attività, l'eventuale attività resa in esubero ai rispettivi tetti non è riconosciuta; b) verifiche da parte dell'UVARP sull'appropriatezza dei ricoveri.

Specifiche azioni volte a prevenire rischi corruttivi nello svolgimento delle attività di ispezione e verifica di competenza dell'UVARP sono state introdotte a partire dall'anno 2020; sul punto, si rinvia all'allegato Piano delle azioni.

Per quanto riguarda l'assistenza dei non autosufficienti presso R.S.A. convenzionate, come da normativa regionale vigente, gli strumenti di controllo prevedono:

pagamento delle strutture in base a budget prestabiliti; finanziamento annuale in base a parametri di personale minimi, annualmente verificati mediante vigilanza tecnico-amministrativa presso la struttura e redazione di relativo verbale.

23. Assistenza Farmaceutica

L'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera sono erogate con modalità organizzative e distributive differenti in relazione al tipo di farmaco.

Le farmacie convenzionate pubbliche e private, distribuite sul territorio provinciale assicurano ai cittadini l'accesso ai farmaci inseriti nella classe A del Servizio sanitario nazionale (SSN). Inoltre, sempre tramite le medesime strutture avviene l'erogazione prevista dal Servizio sanitario regionale (SSR) dell'assistenza farmaceutica, aggiuntiva (AFA) rispetto ai livelli essenziali di assistenza stabiliti a livello nazionale (LEA) e l'erogazione dei medicinali del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PH-T). In tale prontuario, fondamentale strumento di governo dell'assistenza farmaceutica, sono inseriti medicinali innovativi, ad alto costo.

A ciò si aggiunge un piano programmatico, da parte della Direzione Strategica, finalizzato ad una rianalisi delle modalità organizzative dell'assistenza farmaceutica aziendale ipotizzando virtuosi progetti aziendali incentivanti. Pertanto, si configura obiettivo strategico aziendale quello di effettuare una corretta informazione sul farmaco, in particolare mettendo a disposizione dei medici di medicina generale e dei distretti sanitari un sistema di reportistica periodica che permetta di analizzare in modo integrato le prestazioni farmaceutiche, diagnostiche e specialistiche (nonché i ricoveri ospedalieri) fruite dalla propria popolazione di assistiti.

24. Sponsorizzazioni

I rapporti tra il personale e le ditte esterne nonché le sponsorizzazioni sono ambiti particolarmente esposti a rischio di fenomeni di corruzione e di conflitto di interesse. Le misure individuate dall'ASL Bari sono rappresentate da regolamenti aziendali, che disciplineranno l'accesso degli informatori farmaceutici, dei rappresentanti dei dispositivi medici e dei tecnici ortopedici nonché la disciplina della partecipazione del personale ad eventi sponsorizzati. Nelle more dell'adozione di tale regolamento, già a partire dal 2020, è stata prevista una specifica azione di prevenzione, assegnata al Dipartimento per i Servizi Direzionali, chiamato a definire – d'intesa con i Direttori delle UOC interessate – procedure finalizzate al contenimento del rischio.

25. Sperimentazioni cliniche

L'ASL di Bari, in linea con quanto programmato nel precedente piano, ha adottato con la deliberazione n. 2015 del 14 novembre 2016 recante il "Regolamento per lo Svolgimento delle

Sperimentazioni Cliniche" al quale qui si rimanda integralmente, e che è facilmente scaricabile all'indirizzo: http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/delibere-e-determine-2016.

Inoltre, i componenti sono tenuti ad astenersi dalla valutazione di quegli studi per i quali possa sussistere un conflitto di interessi, diretto o indiretto, anche di tipo non necessariamente economico, come ad esempio il coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione dello studio.

L'utilizzo dei rispettivi fondi da parte delle UU.OO./Servizi avviene, nel rispetto del regolamento aziendale adottato, per la partecipazione ad attività di formazione, l'acquisto di supporti bibliografici e di attrezzature, l'organizzazione di incontri scientifici, congressi, ecc., l'iscrizione a società scientifiche, l'istituzione di borse di studio, il finanziamento di ricerche indipendenti, promosse dalle stesse UU.OO./Servizi.

26. Attività conseguente al decesso ospedaliero

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne. Per tali motivazioni quest' area sarà oggetto di analisi e regolamentazione per verificarne le modalità organizzative in corso nei diversi presidi ospedalieri aziendali, individuando altresì le eventuali misure correttive. L'analisi permetterà di omogeneizzare la procedura prevedendo l'affissione, già nel 2020, secondo quanto programmato nel Piano delle azioni allegato, al quale si fa espresso rinvio, nei locali degli obitori, dell'elenco di tutte le ditte operanti nel settore aventi sede sul territorio provinciale, dal quale i congiunti potranno scegliere, senza interferenze da parte del personale. I dipendenti saranno informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese esterne. Inoltre, ai congiunti è consegnata una brochure con le informazioni in merito alla procedura interna da seguire.

27. Segnalazioni illeciti (whistleblower)

Al fine di potenziare lo strumento delle segnalazioni quale mezzo per il contrasto della corruzione e delle irregolarità, l'ASL di Bari, in qualità di Azienda Pilota nel progetto "Curiamo la corruzione", ha adottato, grazie a *Transparency International,* una piattaforma informatizzata dedicata alla raccolta di segnalazioni da parte dei dipendenti in grado di garantire il perfetto anonimato del segnalante attraverso un sistema di crittografia che non permette l'identificazione del mittente (https://www.curiamolacorruzione.it/strumenti/).

La piattaforma offerta da Transparency International consente di garantire l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla l. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" e nell'osservanza del Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità, giusta Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018.

Il progetto "Curiamo la Corruzione", oltre alla ricerca presentata nella sezione dati, prevede l'esecuzione di diverse altre attività, che vanno dalla formazione anticorruzione dei dirigenti e del personale sanitario alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul problema, attraverso una campagna social; dall'elaborazione di strumenti di policy-making (raccomandazioni e linee guida)

all'applicazione di strumenti concreti di prevenzione e contrasto della corruzione in alcune strutture sanitarie.

In particolare, attraverso le strutture sanitarie pilota (quattro per il 2018, primo anno di progetto, tra cui Bari) ci si prefigge il difficile compito di sperimentare sul campo l'efficacia di alcuni strumenti di contrasto alla corruzione per garantire l'accesso alle informazioni, per migliore la qualità e la condivisione di dati e informazioni, per tutelare chi fa segnalazioni di illeciti e per rendere più efficaci i piani anticorruzione.

28. Formazione e sensibilizzazione

I dipendenti che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività, anche solo parzialmente all'interno dei Servizi/UU.OO ed indicati nel presente Piano tra quelli ad alto rischio corruzione, dovranno partecipare ad un apposito programma formativo, iniziando dal 2020 dai soggetti individuati quali nuovi Referenti RPCT.

Il programma di formazione è finalizzato a diffondere e approfondire la conoscenza:

- della normativa sulla prevenzione della corruzione;
- degli adempimenti dalla stessa richiesti;
- del Piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda;
- dei compiti dei responsabili e dei dipendenti;
- degli aspetti di legalità, integrità ed etica dell'attività;
- del whistleblowing (tutela del soggetto che segnala condotte contrarie all'etica e alla legalità);
- della trasparenza e del diritto di accesso civico;
- del Codice di comportamento aziendale;
- del conflitto di interessi, anche potenziale, e dell'obbligo di astensione;
- delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione;
- delle sanzioni applicabili;
- di ogni tematica che si renda opportuna e utile per la prevenzione della corruzione.

In particolare potranno essere trattati, anche attraverso l'esame di casi concreti, i seguenti aspetti:

- appalti pubblici;
- provvedimenti di autorizzazione e di concessione;
- attività ispettiva;
- reclutamento;

- trasparenza;
- responsabilità;
- codice di comportamento aziendale;
- sanzioni.

Il Piano ha quindi l'obiettivo di informare i dipendenti sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della corruzione e per la promozione dell'etica e della legalità.

L'attività di formazione è periodicamente organizzata dall'UOS Formazione, che propone all'RPCT specifici programmi formativi, preferibilmente organizzati secondo la modalità *in-house* mediante l'utilizzo di professionisti interni ed è rivolta a tutti i dirigenti ed ai dipendenti dell'ASL di Bari che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività, anche solo parzialmente, all'interno dei Servizi/UU.OO.

In aggiunta alla formazione di base, sono promosse attività di formazione continua in relazione agli aggiornamenti normativi, regolamentari nonché di quelli relativi all'organizzazione aziendale.

Ogni fine anno, l'ASL di Bari organizza la Giornata della legalità e della trasparenza con il coinvolgimento di tutti gli stakeholders.

29. Introduzione alla ISO 37001

La misura dell'entità del fenomeno della corruzione, della sua universalità e del devastante impatto sull'economia può essere espressa in ragione di alcune stime della Banca Mondiale, secondo cui "*...un'efficace lotta alla corruzione produrrebbe un aumento del reddito superiore al 2,4%; le imprese crescerebbero del 3% annuo in più, inoltre consentirebbe di attrarre fino al 20% di maggiori investimenti esteri. Per quanto riguarda l'Unione Europea, si stima che l'impatto della corruzione rappresenti in media l'1% del PIL UE, cioè circa 120 miliardi di euro all'anno.*" (Transparency International giugno 2016).

La risposta dell'Italia è stata affidata alla costituzione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (DPR 11.07.2014) e alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Piano Nazionale Anticorruzione (6.08.2016), tutta nella direzione del rafforzamento istituzionale alla prevenzione e al contrasto della corruzione.

Nel PNA e con riferimento alle pubbliche amministrazioni, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha segnalato "*...difficoltà nella autoanalisi organizzativa, nella conoscenza sistematica dei processi svolti e dei procedimenti amministrativi di propria competenza, nella programmazione unitaria di tutti questi processi di riorganizzazione*".

Dippiù, sono state rilevate "*...criticità in tutte le fasi del processo di gestione del rischio, così come nella governance generale del sistema e nella previsione, attuazione e monitoraggio delle misure.*"

In particolare:

- il sistema di monitoraggio sull'implementazione del PTPC "*continua ad essere una variabile particolarmente critica e un miglioramento di tale aspetto è necessario per assicurare l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione delle singole amministrazioni confermando una certa difficoltà nell'applicazione della normativa*";

- l'analisi del contesto interno "*...con riferimento all'analisi (mappatura) dei processi organizzativi… nei PTPC analizzati" riguarda un numero medio di processi che "...non supera le 10 unità, suggerendo un livello di analiticità piuttosto basso*";

- "*...ancora critica, seppure in miglioramento, appare la fase relativa al trattamento del rischio, sia con riferimento all'individuazione delle misure che alla loro programmazione.*"

L'analisi operata dall'ANAC offre un quadro piuttosto chiaro delle variegate criticità riscontrate nella PA, concentrate queste ultime, in particolare, nelle aree della strutturazione di modelli organizzativi, del disegno dei processi di gestione, del monitoraggio, nonché della applicazione delle misure di prevenzione.

Tanto, determina che il punto di maggior debolezza sia rintracciabile nell'approccio formale/burocratico dei piani triennali analizzati, in luogo di strumenti che dovrebbero favorire la diffusione di una logica risk based.

In questo contesto, la Direzione strategica della ASL di Bari ritiene che la norma ISO 37001 "Anti-bribery management systems", di recente approvazione e pubblicazione, possa costituire un valido supporto alle politiche aziende precipue, proprio in ragione della logica e della struttura operativa risk based che la caratterizzano.

La norma ISO 37001 ha il dichiarato obiettivo di "*costituire, implementare, mantenere, rivisitare e migliorare il sistema di gestione dell'anticorruzione*" dell'azienda, dove, per sistema si intende quel complesso interconnesso di elementi dell'organizzazione volto a definire in concreto le politiche, gli obiettivi e i processi finalizzati alla lotta alla corruzione.

Nel complesso i contenuti dello standard, sia nella formulazione dei principi, così come nella descrizione degli strumenti operativi, risultano caratterizzati da un significativo approccio operativo, in ottemperanza ad una sistematica logica di gestione del rischio preventiva e/o contenitiva, assolutamente pragmatica.

La declinazione dei parametri di valutazione è chiara e concreta: "*…dimensioni, struttura, settori ... aree geografiche in cui l'organizzazione opera o intende operare*", "*tipologia, complessità delle attività dell'azienda e delle sue modalità operative…*".

Il presente Piano, attraverso la combinazione tra i valori aziendali ed una efficace programma di gestione anticorruzione basato sui principi dello standard ISO 37001, si propone di preservare l'integrità dell'Azienda e di fronteggiare i rischi associati ai fenomeni corruttivi.

30. Piano delle Azioni

L'ASL di Bari, nell'ottica del miglioramento continuo, ha programmato una serie di interventi specifici in materia di prevenzione della corruzione, i quali sono riportati in allegato al presente Piano (Piano delle Azioni 2020-2022).

Parte Seconda

31. Le misure della Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Occorre pertanto rafforzare tale misura nei propri PTPC anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti.

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni.

Un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza è definito all'art. 2-bis rubricato "Ambito soggettivo di applicazione", che sostituisce l'art. 11 del d.lgs. 33/2013. Recentemente il Consiglio dell'ANAC ha approvato la Delibera n. 1310 del 2016 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".

Il decreto persegue, inoltre, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

In questa direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013. La prima (comma 1-bis) prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione, in sostituzione della pubblicazione integrale, conferendo all'ANAC il compito di individuare i dati oggetto di pubblicazione riassuntiva con propria delibera da adottare previa consultazione pubblica e sentito il Garante per la protezione dei dati personali, qualora siano coinvolti dati personali. Ciò in conformità con i principi di proporzionalità e di semplificazione e all'esclusivo fine di ridurre gli oneri gravanti sui soggetti tenuti a osservare le disposizioni del d.lgs. 33/2013.

La seconda (comma 1-ter) consente all'ANAC, in sede di adozione del PNA, di modulare gli obblighi di pubblicazione e le relative modalità di attuazione in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte.

Si consideri, inoltre, quanto previsto all'art. 9-bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, in base al quale qualora i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del d.lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati. Nella sezione "Amministrazione trasparente" dei rispettivi siti istituzionali sarà inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.

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

Con riguardo al c.d. "accesso civico generalizzato", l'Autorità è stata investita, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata Stato, Regioni Autonomie locali di cui all'art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, della regolazione attraverso l'adozione di specifiche Linee guida recanti indicazioni operative, adottate con delibera ANAC n. 1309/2016.

Sempre in un'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione possono interpretarsi le modifiche all'art. 10 del d.lgs. 33/2013.

In base a queste ultime il PTPC contiene, in una apposita sezione dedicata alla Trasparenza, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013. Si è così disposta la confluenza dei contenuti del Programma Triennale per la Trasparenza, previsto quale documento autonomo dall'originaria versione del d. lgs. 33/2013, all'interno del PTPC. Non per questo l'organizzata programmazione della trasparenza perde il suo peso: anzi, chiaramente le nuove disposizioni normative stabiliscono che devono essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza. Nel corso del 2020, anche a seguito della recente istituzione – a livello regionale – del Portale della Salute, quale spazio virtuale che ospita, uniformandoli, i siti web di tutti gli enti ed aziende del SSR pugliese, si concluderà – d'intesa con la società in-house regionale Innovapuglia s.p.a. che ospita il Portale, il processo di adeguamento dell'albero della trasparenza alle modifiche introdotte con il d. lgs. 97/2016, partendo dalle sottosezioni che saranno oggetto di attestazione da parte dell'OIV, nel mese di marzo 2020.

Si ricorda, infine, che oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente, le amministrazioni e gli enti possono pubblicare i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla l. 190/2012, art. 1, comma 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, comma 3 del d.lgs. 33/2013. L'ostensione di questi dati on line deve avvenire nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti. Con la Delibera 1310 del 28 dicembre 2016 l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016, che possono essere così sintetizzate: ·

1- Indicazione nella sezione della trasparenza dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni quale contenuto necessario del PTPCT;

2- Indicazione della data di aggiornamento del dato, documento, informazione (sia quella iniziale che quella del successivo aggiornamento);

3- Art. 15 (del d.lgs. 33/2013 come modificato dall'art.14 d.lgs.97/2016) -Titolari di incarichi di collaborazione e consulenza. Al dato sui contratti e sugli importi si aggiunge quello relativo all'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, stabilito dall'art. 53, comma 14^ del d.lgs. 165/2001. Va precisato che all'interno della sotto-sezione "Consulenti e collaboratori" di cui all'art.15, devono essere pubblicati i dati relativi agli incarichi e alle consulenze che non siano riconducibili al "contratto di appalto di servizi" (da pubblicare nella sezione "bandi di gara e contratti");

4- La pubblicazione è estesa ai commissari esterni membri di commissioni concorsuali, oltre a quelli del Collegio Sindacale;

5- Nei bandi di concorso è stato introdotto l'obbligo di pubblicare anche "i criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte e, a seguito della l. 145/2018, anche delle prove pratiche ed orali, al fine di rendere il più trasparente il processo di valutazione della Commissione anche in relazione alle esigenze di tutela degli interessati;

6- Vanno pubblicati anche i criteri e le modalità di valutazione delle prove concorsuali in modo tempestivo;

7- I bandi espletati devono rimanere rintracciabili sul sito per cinque anni, a partire dal primo gennaio dell'anno successivo a quello in cui occorre procedere alla pubblicazione;

8- Vanno pubblicati gli atti di concessione di importo superiore ai 1.000 euro;

9- Vanno pubblicati in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione Trasparente" i dati dei propri pagamenti, permettendo la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, nell'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari; per gli enti del SSR, tali dati vanno pubblicati nella sottosezione apposita "Pagamenti del Servizio Sanitario Nazionale";

10- Vanno pubblicati integralmente i Bilanci di Previsione e consuntivi nei termini di legge dalla loro adozione. Gli stessi vanno pubblicati anche in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche;

11- Van pubblicato il piano degli indicatori per fornire al cittadino la possibilità di esercitare un controllo sugli obiettivi della pubblica amministrazione;

12- Pubblicazione di tutti gli atti degli Organismi indipendenti di valutazione e le relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget;

13- Obbligo di pubblicazione delle carte dei servizi o un documento analogo ove sono indicati i livelli minimi di qualità dei servizi;

14- Dati sui tempi di pagamento.

32. Accesso Civico

L'articolo 5 del decreto legislativo n. 33 del 4 aprile 2013 come risulta modificato dal d.lgs.97/2016 riconosce a chiunque il diritto di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati dei

casi in cui tale obbligo sia stato omesso da parte delle Pubbliche Amministrazioni (comma 1, cd. accesso civico semplice).

"La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza dell'amministrazione obbligata alla pubblicazione di cui al comma 1, che si pronuncia sulla stessa.

L'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. Se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale."

A seguito dell'approvazione del D.Lgs. 97/2013, l'accesso civico può essere semplice o generalizzato:

L'accesso civico "semplice"

L'accesso civico regolato dal primo comma dell'art. 5 del decreto trasparenza (cd. "semplice"), è correlato ai soli atti ed informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione, comportando il diritto di chiunque di richiedere i medesimi nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Costituisce, in buona sostanza, un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge alla PA interessata, esperibile da chiunque (l'istante non deve dimostrare di essere titolare di un interesse diretto, concreto e attuale alla tutela di una situazione giuridica qualificata).

L'accesso "generalizzato"

Il rinnovato art. 5, c. 2, D.Lgs. n. 33/2013, regola la nuova forma di accesso civico cd. "generalizzato", caratterizzato dallo "*scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico*".

A tali fini è quindi disposto che "*chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione*".

L'accesso generalizzato è dunque autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione (al quale è funzionalmente ricollegabile l'accesso civico "semplice", incontrando, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5-bis, commi 1 e 2, ovvero – come successivamente chiarito dalla giurisprudenza amministrativa, più volte intervenuta sul tema – anche dei canoni generali di buona fede e correttezza nei rapporti con la p.a. e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni come previsto dall'art. 5-bis, c. 3.

Con il nuovo decreto viene così introdotto nel nostro ordinamento un meccanismo analogo al sistema anglosassone (c.d. FOIA-Freedom of information act) che consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare.

Si sottolinea come l'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

L'accesso documentale

Le due forme di accesso civico regolate dal c.d. decreto trasparenza hanno natura, presupposti ed oggetto differenti dal diritto di accesso di cui agli artt. 22 e seguenti, legge n. 241/1990 (cd. "accesso documentale"). Si osserva che tali disposizioni assumono carattere di specialità - accesso ai documenti amministrativi - rispetto alle norme del decreto trasparenza afferenti le modalità di accesso a qualsivoglia documento, atto o informazione detenuta dalla PA.

La finalità dell'accesso documentale, si rammenta, è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà che l'ordinamento attribuisce loro, a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Il richiedente deve infatti dimostrare di essere titolare di un "*interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso*"; in funzione di tale interesse la domanda di accesso deve essere opportunamente motivata. La legittimazione all'accesso ai documenti amministrativi va così riconosciuta a chiunque può dimostrare che gli atti oggetto della domanda di ostensione hanno spiegato o sono idonei a spiegare effetti diretti o indiretti nei propri confronti, indipendentemente dalla lesione di una posizione giuridica.

Per l'ANAC (cfr. Linee guida) "*l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi. Tenere ben distinte le due fattispecie è essenziale per calibrare i diversi interessi in gioco allorché si renda necessario un bilanciamento caso per caso tra tali interessi. Tale bilanciamento è, infatti, ben diverso nel caso dell'accesso documentale dove la tutela può consentire un accesso più in profondità e, nel caso dell'accesso generalizzato, dove le esigenze di controllo diffuso del cittadino devono consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni.*"

L'istanza di accesso civico semplice

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione alcuna. Al riguardo l'ANAC (cfr. Linee guida) ha precisato che la richiesta non deve essere generica tuttavia ma consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione del quale si chiede accesso. L'istanza di accesso deve avere ad oggetto una specifica documentazione in possesso dell'Amministrazione (indicata in modo sufficientemente preciso e circoscritto) e non può riguardare dati ed informazioni generiche relativi ad un complesso non individuato di atti di cui non si conosce neppure con certezza la consistenza, il contenuto e finanche l'effettiva sussistenza, assumendo un sostanziale carattere di natura meramente esplorativa. Nel caso in cui sia presentata una domanda di accesso per un numero manifestamente irragionevole di documenti, la cui istruttoria determinerebbe un carico di lavoro particolarmente gravoso, l'Ente può ponderare, da un lato, l'interesse dell'accesso del pubblico ai documenti e, dall'altro, il carico di lavoro che ne deriverebbe, al fine di salvaguardare, in questi casi particolari e di stretta interpretazione, l'interesse ad un buon andamento dell'amministrazione (cfr. ANAC, Linee Guida).

L'Ente deve consentire l'accesso ai documenti nei quali siano contenute le informazioni già detenute e gestite dallo stesso, ma è escluso che - per rispondere alla richiesta di accesso - sia tenuto a formare o raccogliere o altrimenti procurarsi informazioni che non siano già in suo possesso, ovvero a rielaborare i dati ai fini dell'accesso generalizzato.

L'istanza può essere trasmessa per via telematica, secondo le modalità del D.Lgs. n. 82/2005 e smi., ed è presentata, alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;

b) all'ufficio relazioni con il pubblico;

c) ad altro ufficio indicato dall'Ente nella sezione "Amministrazione trasparente" del sito istituzionale;

d) al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, quando l'istanza ha ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto trasparenza. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza può chiedere, in ogni tempo, agli uffici informazioni sull'esito delle istanze.

Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo come da delibera e regolamento aziendale.

A chi è rivolto

L'accesso civico generalizzato è un diritto che può essere esercitato da chiunque, è gratuito, non deve essere motivato. La richiesta va indirizzata al Responsabile della Trasparenza, il quale provvede d'intesa con il Direttore/Responsabile della Macrostruttura che ha formato ovvero detiene i dati e le informazioni oggetto di accesso, e può essere presentata in qualsiasi momento.

La normativa (art.5 bis D.lgs 33/13 e s.m.i.) prevede casi di esclusione assoluta (eccezioni assolute) dell'accesso civico generalizzato e casi di esclusione relativa o qualificata (eccezioni relative), con possibilità di bilanciamento degli interessi in gioco, differimento parziale e/o totale dell'accesso, accesso parziale (tecniche di oscuramento), accompagnati in ogni caso da una congrua e completa motivazione della P.A. In particolare sono applicabili all'accesso civico generalizzato le eccezioni assolute contemplate dall'art.24.1 e 2 comma prima sezione della L.241/90 e s.m.i. e, comunque, qualora espressamente previsto, le stesse esclusioni previste dal regolamento aziendale di attuazione della L.241/90 e s.m.i. (anche in attuazione DPR 352/92), di questa Azienda, in via transitoria, fino al 23.6.2017.

Pertanto, in via transitoria e, comunque, fino all'eventuale antecedente adozione di specifico regolamento aziendale in materia, ai sensi della sopra riportata normativa:

All'accesso agli atti ed all'accesso civico continua ad applicarsi il regolamento aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale vigente (2011), comprese le cause di esclusione ivi previste, salva la prevalente applicazione della disciplina dettata a livello nazionale.

A tutte e tre le tipologie di accesso si applicano, per quanto compatibili con le suddette regolamentazioni, le linee guida dell'ANAC relative alla normativa sopra citata e le cause di esclusione e modalità di valutazione delle richieste ivi evidenziate, con particolare riguardo anche al rispetto della normativa in materia di privacy ed ai diritti di eventuali controinteressati, nonché al buon andamento della P.A.

L'RPCT cura l'avvio della pubblicazione, nel corso del 2020, del registro degli accessi, secondo le modalità di cui alla delibera ANAC n. 1309 del 2016, nonché il successivo aggiornamento semestrale.

Al fine di agevolare l'esercizio dei diritti di accesso le relative istanze:

devono essere presentate con precisazione della normativa di riferimento e, quindi, precisando se trattasi di "accesso ex L.241/90 e s.m.i.", "accesso civico ex D.Lgs. 33/13 e s.m.i." o "accesso civico generalizzato ex D.Lgs. 97/16 e s.m.i." e complete di ogni elemento di valutazione e/o di legittimazione necessario alla loro evasione, in relazione alla tipologia di richiesta effettuata sulla base della citata normativa e regolamentazione.

Durante l'anno 2019, l'ASL di Bari ha ricevuto n. 1 di richieste di accesso civico generalizzato, e n. 3 richieste di accesso civico; nell'ambito di queste ultime, solo una ha comportato un adeguamento nella pubblicazione dei dati.

La Legge n. 190/2012 e il D.lgs. n. 33/2013 prevedono in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale.

I responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente" ex art. 43 del d.lgs n. 33/2013 sono i Dirigenti Responsabili delle Macrostrutture / UU.OO. della ASL di Bari, che possono provvedere anche avvalendosi dell'URP.

A tal proposito, dato atto della complessità organizzativa dell'Azienda unica, è stato necessario individuare i Referenti (designati dai Dirigenti di Macrostruttura) per la trasparenza che costituiscono un valido aiuto per i Dirigenti di Struttura per la raccolta, la pubblicazione e la segnalazione delle informazioni, anche alla luce del disposto di cui all'art. 43, comma 3, del Decreto n. 33.

In particolare, i dirigenti delle varie UU.OO. sono responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati; attuano, altresì, tutte le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge in linea con le indicazioni fornite dal D.lgs. n. 33/2013 all'art. 43, comma 3, e nella delibera della A.N.AC. (già CIVIT) n. 50/2013, anche attraverso personale assegnato alla propria U.O. addetto al trattamento dell'informazione oggetto di pubblicazione.

I Dirigenti delle singole Macrostrutture / UU.OO. predispongono periodicamente [almeno una volta l'anno: entro 30 novembre] ovvero ogniqualvolta lo richieda il RPCT, anche per il tramite dei propri Referenti, un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel presente Piano.

Dunque, un ruolo fondamentale viene svolto dalle Unità Operative e, in particolare, dai Dirigenti che garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla Legge; ciascuno di essi è altresì responsabile dell'attuazione delle misure di trasparenza di propria competenza: i relativi flussi informativi rientrano nel processo di "valutazione della performance della dirigenza aziendale" con indicatori di misura e di risultati definiti nella scheda di budget.

A tal fine, i Dirigenti assicurano, ai sensi dell'art. 43 comma 3, pena l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 46 (violazione degli obblighi di trasparenza) e delle altre sanzioni previste dalla normativa vigente:

- l'elaborazione dei dati;

- la loro trasmissione, intesa come pubblicazione sul sito istituzionale;

- l'aggiornamento dei dati contenuti nelle sottosezioni di secondo livello della sezione "Amministrazione Trasparente"; tale aggiornamento dovrà avvenire a cadenza fissa mensile, ovvero alle scadenze previste dalla disciplina nazionale, e ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.

Le UU.OO. competenti, inoltre, procedono periodicamente alla verifica e all'aggiornamento di quanto pubblicato sulla pagina "Amministrazione Trasparente", al fine di garantire una pubblicazione dei dati secondo criteri di omogeneità, immediata individuazione e facilità di consultazione.

Nel prospetto seguente si riporta la descrizione degli obblighi di pubblicazione vigenti con la relativa periodicità degli aggiornamenti dei dati e l'indicazione, in via esemplificativa, delle UU.OO./AREE di riferimento, responsabili della produzione, dell'aggiornamento e della trasmissione del dato.

In particolare vengono indicati:

- le categorie dei dati da pubblicare;

- la frequenza di aggiornamento del dato / informazione;

- la relativa fonte informativa, ovvero la struttura che produce/aggiorna tali dati e li comunica alla struttura responsabile della pubblicazione;

- la modalità di pubblicazione: Sito web (formati open documenti);

- la struttura responsabile alla pubblicazione web.

Macrofamiglie	Sezioni di 2° livello	Dirigenti Responsabili	Aggiornamento °
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Responsabile Trasparenza	Almeno annuale ovvero

			tempestivo al bisogno
	Atti generali	Dirigente proponente	Tempestivo, entro 30 gg dall'adozione
	Oneri informativi per cittadini e imprese		
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Dirigente in staff alla Direzione Generale	tempestivo
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Responsabile Trasparenza	Tempestivo, entro 30 gg dall'irrogazione
	Articolazione degli uffici	Dirigenti in raccordo con URP	tempestivo
	Telefono e posta elettronica	Dirigenti in raccordo con URP	tempestivo
Consulenti e collaboratori		Area Gestione Risorse Umane ovvero altro Dirigente conferente l'incarico	3 mesi dall'incarico
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Area Gestione Risorse Umane	tempestivo
	Dirigenti		3 0 gg. dall'incarico
	Posizioni organizzative		3 0 gg. dall'incarico
	Dotazione organica		Annuale
	Personale non a tempo indeterminato		Annuale

	Tassi di assenza		trimestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti		trimestrale
	Contrattazione collettiva		Link
	Contrattazione integrativa		Tempestivo
	OIV		3 0 gg. dalle nomine
Bandi di concorso			tempestivo
Performance	Piano della Performance	U.O.S. Controllo Strategico	annuale
	Relazione sulla Performance	U.O.S. Controllo Strategico	annuale
	Ammontare complessivo dei premi	Area Gestione	annuale
	Dati relativi ai premi	Risorse Umane	annuale
	Benessere organizzativo	CUG	secondo tempi concordati con OIV
Enti controllati	Enti pubblici vigilati		annuale
	Società partecipate		annuale
	Enti di diritto privato controllati	Dirigente in staff alla Direzione Generale/ sito web Sanitaservice	annuale
	Rappresentazione grafica		annuale
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Tutti i dirigenti	annuale
	Tipologie di procedimento		annuale
	Monitoraggio tempi procedimentali		ogni sei mesi
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		annuale

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Dirigenti proponenti Direzione Aziendale	tempestivo
	Provvedimenti dirigenti	Dirigenti proponenti Tutti i dirigenti	tempestivo
Controlli sulle imprese		Macrostrutture che fanno contratti	annuale /ad evento
Bandi di gara e contratti		Area del Patrimonio/Area Gestione Tecnica/DSS E macrostrutture che gestiscono procedure ad evidenza pubblica	tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Tutti i dirigenti	annuale
	Atti di concessione	Tutti i dirigenti	annuale
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	annuale
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio		annuale
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Area Gestione Tecnica	annuale
	Canoni di locazione e affitto		annuale
Controlli e rilievi sull'amministrazione		Responsabile STP (per atti OIV)/AGRF (per atti Collegio Sindacale)/Dirigente in staff alla Direzione	tempestivo

		Generale (per atti Corte Conti)	
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Tutti i dirigenti	annuale
	Costi contabilizzati	Controllo di Gestione	annuale
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Dirigente ICT/RULA e dati regionali	
	Liste di attesa		
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Area Gestione Risorse Finanziarie	Annuale e trimestrale
	IBAN e pagamenti informatici		annuale
Opere pubbliche		Area Gestione Tecnica	Ad evento
Pianificazione e governo del territorio			
Informazioni ambientali		Dati regionali o U.O.S.E.	annuale
Strutture sanitarie private accreditate		UOGRC	annuale
Interventi straordinari e di emergenza		Dirigente in staff alla Direzione Generale	ad evento
Altri contenuti	Corruzione	Responsabile Trasparenza	tempestivo
	Accesso civico	Responsabile Trasparenza	tempestivo
	Accessibilità e catalogo di dati	Dirigente ICT	annuale
	Dati ulteriori	Responsabile Trasparenza	tempestivo/annuale

33. Referenti del RPCT

Premesso che i Dirigenti Responsabili di cui al punto precedente sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui alla presente Sezione, il Responsabile della Trasparenza svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Dirigenti e dei Referenti mediante:

- comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;

- organizzazione di gruppi di lavoro;

- qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Al fine di garantire un efficace coordinamento tra i referenti e il Responsabile della trasparenza (come già previsto al paragrafo precedente), i Dirigenti dei singoli servizi dei predisporranno periodicamente un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nella Sezione Trasparenza del presente PTPCT, da inviare al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

34. Modello organizzativo della trasparenza

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del Programma, vengono messe in atto le seguenti misure:

a) individuazione dei Dirigenti quali soggetti responsabili della raccolta, pubblicazione e segnalazioni delle informazioni, dunque, deputati ad elaborare le informazioni che saranno dagli stessi pubblicate sul sito aziendale; a tal fine, risulta essenziale che, per l'adempimento, i Responsabili delle UU.OO. assicurino la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nel rispetto della normativa sulla privacy art. 4 comma 1 lett. d) ed e) D.lgs. 196/03; inoltre, i dati dovranno essere resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari riutilizzabili da chiunque.

A tal fine è dato atto che i dirigenti delle varie UU.OO. hanno designato dei "referenti" per la trasparenza in qualità di propri collaboratori per le situazioni operative volte alla elaborazione e pubblicazione dei dati.

b) organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;

c) trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezione di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza ed usabilità, cui dovrà seguire l'integrazione dei dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'azienda;

d) adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza ed aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;

e) incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa mediante la programmazione di specifiche iniziative formative dirette al personale dipendente;

f) azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati secondo il PTPCT.

Tutte le azioni dirette a garantire la regolarità e tempestività dei flussi informativi individuate nei punti precedenti saranno valutate e messe in atto dai Dirigenti Responsabili della ASL di Bari.

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile RPCT sia da parte OIV Aziendale, in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di pubblicazione.

A tal fine il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a:

a) monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Dirigente Responsabile interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;

b) predisporre, sulla base di report forniti dai Referenti, la relazione annuale sullo stato di attuazione del PTPCT;

c) supportare l'OIV aziendale ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una relazione, ove richiesta dall'OIV, avente ad oggetto una valutazione preliminare del grado di assolvimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa ovvero la partecipazione, su richiesta del medesimo Organismo ed unitamente ai Dirigenti competenti per materia (come indicati nella tabella che precede), alle attività propedeutiche al rilascio della detta attestazione;

d) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

Si precisa che l'OIV ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità; provvede, inoltre, alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.A.C.

I relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

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

35. Dati ulteriori

Terminata la fase di completamento delle pubblicazioni, l'Azienda potrà individuare, anche sulla base di osservazioni/suggerimenti segnalati dagli stakeholder, ulteriori dati oggetto di pubblicazione

Allegati:

Piano delle Azioni-misure per la prevenzione della corruzione 2020-2022

PIANO DELLE AZIONI 2020-2022 (ASL BARI)

Attività: Programmazione strategica, accoglimento donazioni e/o prese visioni e garanzia dei livelli qualitativi dell'assistenza prestata

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
1	Programmazione delle attività	Subire pressioni esterne	Basso	Pubblicazione delle delibere aziendali nel rispetto: a) dell'ordine cronologico di sottoscrizione da parte della Direzione Strategica; b) delle urgenze perentorie segnalate dalla Macrostruttura proponente, a seguito di sottoscrizione della Direzione Strategica.	Già esistente	Direzione Strategica - Affari Generali	Pubblicazione
2	Programmazione delle attività	Subire pressioni esterne	Basso	Condivisione della programmazione con Comune e Città Metropolitana.	Già esistente	Direzione Generale	Condivisione
3	Valutazione degli esiti dell'assistenza	Subire pressioni esterne	Basso	Condivisione degli esiti della valutazione con gli organi regionali: incontri DG10, note ai competenti uffici regionali.	Già esistente	Direzione Generale	Effettuazione incontri
4	Valutazione degli esiti dell'assistenza	Subire pressioni esterne	Basso	Condivisione con cittadini e stakeholder esterni degli esiti qualitativi dell'assistenza: incontri nei diversi territori (incontri Comitato Consultivo	Già esistente	Direzione Generale - URP	Effettuazione incontri/Convocazione conferenza dei servizi

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				Misto) e convocazione Conferenza dei Servizi ex art. 14, c. 4, d. lgs. 502/1992.			
5	Misura generale	Possibile alterazione gestione documentale	Medio	Aggiornamento del regolamento aziendale e delle procedure aziendali: a) Adozione nuovo protocollo informatico e software gestionale; b) avvio utilizzo software gestione SPESAL	31.12.2020	Direzione strategica / UOASSI / SPESAL	Presenza documento e avvio esecuzione
6			Basso	Attività di programmazione dei bisogni validata dalla direzione strategica aziendale: piano degli investimenti e PTFP.	31.12.2020	Direzione strategica – HTA/AGT/AGP e AGRU	Presenza documento
7				Reportistica delle commesse aziendali: comunicazione ex art. 1, C. 32, L. 190/2012.	31.1.2020	RASA/RPCT/UOASSI	Presenza report
8				Reportistica delle commesse aziendali: comunicazione ex art. 1, C. 32, L. 190/2012.	31.1.2020	RASA/RPCT/UOASSI	Presenza report
9	Gestione delle prese visione da parte di esterni	Possibile conflitto di interesse per	Alto	Approvazione e rispetto procedura aziendale per l'acquisizione delle prese visione	31.12.2020	Direzione strategica – Affari generali/	Presenza e rispetto procedura aziendale

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		prese visione mirate all'uso di beni e servizi specifici in deroga alla disciplina del codice dei contratti				Macrostrutture interessate	
10	Gestione delle donazioni da parte di esterni	Possibile conflitto di interesse per donazioni mirate all'uso di beni e servizi specifici in deroga alla disciplina del codice dei contratti	Alto	Approvazione e rispetto procedura aziendale per l'acquisizione delle donazioni	31.12.2020	Direzione Strategica / AGP	Presenza procedura aziendale
11	Rotazione ordinario del personale		Alto	Rotazione del personale: individuazione criteri generali	31.12.2020	Direzione Strategica - AGRU	Avvio individuazione criteri con le OOSS
12	Rapporti con società controllate e partecipate		Medio	Applicazione di quanto previsto dalla Autorità Nazionale Anticorruzione nel dicembre	31.12.2020	Area Gestione Risorse Finanziarie, Area Gestione	

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				2014 nel "Documento condiviso dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione per il rafforzamento dei meccanismi di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società partecipate e/o controllate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze".		Risorse Umane e Area Gestione Patrimonio	
13	Collegamento con Valutazione delle Performance		Medio	Collegamento obiettivi prevenzione corruzione con obiettivi annuali di budget	31.12.2020	Direzione Strategica – Controllo di Gestione – STP - UOSE	Assegnazione verifica raggiungimento obiettivi trasversali di prevenzione della corruzione nell'ambito del ciclo di gestione della performance

Affidamento di beni, servizi, forniture e lavori pubblici

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
14	Individuazione modalità di acquisto beni/servizi (misura generale)	Limitazione discrezionalità della stazione appaltante nella scelta della procedura di acquisizione	Alto	L'Azienda effettua acquisti mediante le seguenti modalità previste dal Codice dei contratti, indicate nel seguente ordine di priorità: - ricorso alle convenzioni stipulate dalla centrale regionale; - ricorso alle convenzioni CONSIP; - gare aggregate in UTA con altre Aziende del SSR tra le quali viene individuata la Asl Capofila, come da programmazione regionale; - gare aziendali; - affidamenti diretti in casi eccezionali	Già esistente	Area Gestione Patrimonio (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione provvedimento a contrattare sull'albo pretorio e " Amministrazione T rasparente"
15	Misura generale	Presenza conflitti interesse	Alto	Raccolta delle dichiarazioni relative all'insussistenza di conflitti di interesse per:	Già esistente	Area Gestione Patrimonio/Area Gestione Tecnica	Utilizzo di apposita modulistica (per gli affidamenti

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
16				- Responsabili Unici dei Procedimenti; - Professionisti che partecipano a definire capitolato (gruppo di lavoro); - Commissioni giudicatrici; - Professionisti che definiscono fabbisogni; - Richiedenti esclusive/prese visione/acquisizione donazioni; - Direttori dell'esecuzione dei contratti	Già esistente	(ovvero Macrostrutture ove competenti)	sotto-soglia, approvata con delibera n. 1261/2016) pubblicata sull'albo pretorio e "amministrazione trasparente"
17	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel capitolato di beni/servizi/lavori che favoriscano una determinata impresa.	Alto	- Verifica della descrizione della specifica tecnica ricevuta, mediante espletamento di indagini di mercato e consultazioni preliminari di mercato (art. 66 d.lgs 50/2016) volte a garantire la massima partecipazione e concorrenza;	Già esistente	Area gestione patrimonio/Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti) - HTA	Verifica esito indagine da parte del gruppo di lavoro incaricato

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				- Attivazione controllo collaborativo con ANAC per gare di particolare complessità			
18				- Adozione di una procedura formale per la definizione della composizione dei gruppi tecnici, con chiara indicazione dei ruoli e dei contributi attesi e, successivamente forniti, da ciascun partecipante (dalla definizione del fabbisogno alla scrittura del capitolato tecnico). - Rotazione dei tecnici per la stesura dei capitolati	Già esistente	Area Gestione Patrimonio (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Verifica rispetto procedura
19	Definizione di "esclusività" di un bene/servizio, compresi i casi di	Favorire l'uso di un determinato bene dietro beneficio	Alto	Presenza di una relazione con le motivazioni che supportano l'esclusività	Già esistente	Area gestione patrimonio (ovvero Macrostrutture ove	Utilizzo di apposita modulistica approvata con delibere (n.

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	privativa industriale e/o di forniture/servizi complementari			tecnica del bene/ servizio da acquisire. La relazione è firmata dal proponente e controfirmata da altre figure aziendali (es. firmata dal clinico proponente e controfirmata dal direttore medico presidio).		competenti) – Ingegneria Clinica	311/2016 e n.1261/2016) pubblicata sull'albo pretorio e "amministrazione trasparente"
20				Adozione di una reportistica che evidenzi le "esclusive" affidate dalle singole aziende, e audit, a fine anno, su questo tema, con invio dei risultati al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione	31.12 .2020	Area gestione patrimonio (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Invio reportistica al RPCT

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
21	Definizione requisiti di qualificazione tecnica ed economica nel bando di gara (appalti sopra-soglia)	Negli affidamenti di lavori, servizi e forniture, favoreggiamento di una impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità.	Medio	Puntuale inserimento nel bando di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto dell'appalto	Già esistente	Area Gestione Patrimonio / Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Richiesta requisiti proporzionati
22	Nomina della commissione giudicatrice	Inserimento in commissioni giudicatrici di soggetti che hanno partecipato alla fase di redazione del capitolato tecnico e che pertanto potrebbero non garantire la posizione di terzietà nella valutazione delle offerte tecniche presentate	Alto	Verifica da parte del RUP delle situazioni di incompatibilità previste dal codice appalti. Verifica da parte del RUP del rispetto del principio della nomina della commissione giudicatrice successivamente alla scadenza del termine di presentazione delle offerte	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione provvedimento di nomina commissione sul sito aziendale alla sezione "amministrazione trasparente" a prescindere dal valore dell'appalto

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
23				Evidenziare nell'atto di nomina delle commissioni aggiudicatrici, la raccolta del conflitto di interesse, tenendo conto delle possibili situazioni che si sono presentate. Previsione, nell'atto di nomina della commissione giudicatrice, della figura del supplente	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione sul sito internet dell'assenza di conflitti di interessi da parte dei membri della commissione giudicatrice (nella dDG di nomina della Commissione)
24	Parametri di valutazione delle offerte	Previsione di parametri di valutazione dell'offerta finalizzati a favorire un'impresa.	Alto	Verifica della coerenza e razionalità dei criteri di valutazione dell'offerta tecnica da parte del RUP di gara e dei componenti il gruppo tecnico di redazione del capitolato.	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione della delibera di indizione unitamente a tutti gli atti di gara sull'albo pretorio
25				Collegamento diretto dei parametri di valutazione con le specifiche	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica	Pubblicazione della delibera di indizione

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				tecnico-cliniche definite nel capitolato speciale al fine di garantire la massima oggettività nella valutazione dell'offerta tecnica da parte della commissione giudicatrice		(ovvero Macrostrutture ove competenti)	unitamente a tutti gli atti di gara sull'albo pretorio e nella sezione "Amministrazione Trasparente"
26	Valutazione delle offerte	Erronea interpretazione /applicazione dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di valutazione indicati negli atti di gara da parte della commissione tecnica e ruolo di garanzia del RUP e del funzionario istruttore, anche con funzione di segretario verbalizzante, nella fase di valutazione offerte Previsione di analitica motivazione nei verbali	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Designazione formale del segretario verbalizzante Verbali delle sedute della commissione

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		Scarsa motivazione nell'attribuzione dei punteggi qualità; contraddittorietà e travisamento dei fatti nelle valutazioni.		di valutazione delle commissioni. Previsione negli atti di gara di giudizi sintetici e relativi coefficienti per ciascun criterio di valutazione			
27	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Poco accurata valutazione della congruità/anomalia delle offerte	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di legge che regolano l'istituto e ruolo di garanzia del RUP Benchmarking per i prezzi di analoghe forniture/lavori sul territorio regionale e nazionale o tabelle ministeriali relative al costo del lavoro o prezzi di riferimento ANAC	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Evidenza della verifica di congruità nel provvedimento di aggiudicazione pubblicato su "albo pretorio e amministrazione trasparente
28	Procedura negoziata senza previa	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi	Alto	Osservanza dei criteri di legge che regolano l'istituto della procedura	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica	Motivazione obbligatoria nel provvedimento a

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	pubblicazione del bando (art.63 D.lgs. 50/2016- codice appalti)	previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.		negoziata ammessa nei soli casi tassativamente stabiliti		(ovvero Macrostrutture ove competenti)	contrattare della procedura di scelta del contraente
29	Proposte da parte di imprese fornitrici di donazioni a favore di reparti ospedalieri.	Induzione a consumi e conseguentemente a spese non approvate e non programmate (es. per acquisizione di materiale consumabile "dedicato")	Medio	Adozione di un regolamento aziendale che disciplina nel dettaglio la casistica e le modalità di accettazione di donazioni ai sensi della vigente normativa	Già esistente	Area Gestione Patrimonio (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione del regolamento e dei singoli provvedimenti assunti in conformità sull'albo pretorio e amministrazione trasparente
30	Affidamenti diretti (art. 36 D.lgs 50/2016)	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge. Artificioso frazionamento degli	Alto	Adozione di un regolamento aziendale relativo agli acquisti sotto soglia comunitaria e relativa modulistica, con periodico aggiornamento	Già esistente	Area Gestione Patrimonio (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione del regolamento relativo agli acquisti sotto soglia sull'albo pretorio e su amministrazione trasparente

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		appalti al fine di eludere l'applicazione delle norme relative alla procedura ad evidenza pubblica		correlato alle modifiche normative di settore			
31	Revoca del bando	Aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, al solo fine di creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	Alto	Rispetto delle regole e delle norme sull'evidenza pubblica e sul procedimento amministrativo di cui alla l. 241/1990. Motivazione rafforzata dei provvedimenti di revoca	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione dei provvedimenti di revoca sull'albo pretorio e su amministrazione trasparente
32				Condivisione della decisione condivisa con	Già esistente	Area Gestione Patrimonio, Area Gestione Tecnica	% provvedimenti di revoca <5%

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				più soggetti all'interno del Servizio Acquisizione del parere sulla revoca del bando della Direzione Generale Comunicazione al Responsabile Prevenzione della Corruzione della revoca		(ovvero Macrostrutture ove competenti)	rispetto alle indizioni
33	Modifica del bando e/o degli atti di gara	Adozione di un provvedimento esplicito di "modifica del bando di gara, strumentale al favoreggiamento di un' impresa partecipante.	Alto	Rispetto delle regole e delle norme sull'evidenza pubblica	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione dei provvedimenti di modifica del bando di gara con relativa motivazione sull'albo pretorio e su amministrazione trasparente
34				Adozione di un atto dirigenziale in cui sono esplicitate le motivazioni della modifica.	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
35	Requisiti di aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa.	Alto	Definizione anticipata nel bando dei criteri di valutazione	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Verifica previsione nel bando dei criteri di valutazione
36	Valutazione delle offerte	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di valutazione indicati negli atti di gara da parte della commissione tecnica e ruolo di garanzia del RUP e del Dirigente preposto all'adozione dell'atto di aggiudicazione	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Rispetto di quanto previsto negli atti di gara
37	Esecuzione del contratto	Mancata attivazione dei controlli da parte della stazione appaltante sulla corretta esecuzione del contratto (quali –	Alto	Individuazione del direttore dell'esecuzione del contratto nel rispetto delle indicazioni contenute nelle Linee Guida per	Già esistente	Area Gestione Patrimonio /Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		quantitativa) e/o mancata o parziale applicazione di penali e/ o incameramento della cauzione pur in presenza di inadempimenti contrattuali contestati.		l'applicazione della normativa vigente.			
38				Chiarire il ruolo e le responsabilità del Direttore dell'esecuzione attraverso attività di formazione e sensibilizzazione. Definire procedure aziendali che consentano una più stretta relazione tra il direttore dell'esecuzione e il RUP di gara, con particolare riferimento a casi di inadempimento contrattuale. Prevedere relazioni periodiche dal direttore	31.03.2020	Area Gestione Patrimonio (ovvero Macrostrutture ove competenti)	Elaborazione ed utilizzo di apposita modulistica

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				dell'esecuzione al RUP, sull'esecuzione del singolo contratto e segnalazioni da parte di quest'ultimo, alla struttura aziendale competente nei casi di andamento anomalo dei consumi (es. direzione sanitaria, presidio, dip. farmaceutico ecc) e al Responsabile per la prevenzione della corruzione, in presenza di eventuali anomalie nell'esecuzione contrattuale. Prevedere attività di controllo da parte del RUP sulle attività di controllo del direttore dell'esecuzione. Prevedere attività di audit relativamente all'esecuzione di contratti con notevole impatto economico.			

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
39	Varianti in corso di esecuzione del contratto (D.Lgs 50/2016 - CODICE APPALTI)	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	Alto	Approvazione nei soli casi consentiti dalle norme vigenti (art. 106 DLgs. 50/2016). Ruolo di garanzia del RUP e del direttore dell'esecuzione. Comunicazione dell'atto di approvazione delle varianti ad ANAC.	Già esistente	Area Gestione Patrimonio Area Gestione Tecnica(ovvero Macrostrutture ove competenti)	Pubblicazione del provvedimento con relativa motivazione sull'albo pretorio e amministrazione trasparente e trasmissione all'ANAC
40	Subappalto	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota servizi/forniture che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che	Alto	Autorizzazione nei soli limiti e casi consentiti dalla legge e ruolo di garanzia svolto dal RUP e dal Direttore dell'esecuzione	Già esistente	Area Gestione Patrimonio, Area Gestione Tecnica (ovvero Macrostrutture ove competenti)	

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di sub-contratti					
41	Misura Generale		Alto	Esistenza di una progettazione specifica (livello preliminare, definitivo ed esecutivo, come disciplinati dalla normativa vigente)	Già esistente	Area Gestione Tecnica	Esistenza di un provvedimento formale di approvazione del livello di progettazione
42	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione regole di evidenza pubblica, con improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara di appalto.	Medio	Verifica della situazione di fatto che si intende affidare; solo nel caso in cui ne ricorrano i presupposti (ad es. carenza di finanziamenti per completare un'opera pubblica) si potrà utilizzare lo strumento della concessione di costruzione e gestione (es- partenariato pubblico-privato:	31.12.2020	Area Gestione Tecnica	Rispetto requisiti previsti dal codice dei contratti per il ricorso ad istituti concessori

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				project financing, leasing immobiliare)			
43				Procedura approvata con delibera della Direzione Generale aziendale e nei casi prescritti dagli organi regionali	31.12.2020	Area Gestione Tecnica	Rispetto procedure
44	Requisiti di qualificazione		Alto	Utilizzo delle Società Organismi di Attestazione (SOA). Verifica della SOA con banche dati istituzionali disponibili: casellario delle Imprese ANAC	Già esistente	Area Gestione Tecnica	% di verifiche effettuate con SOA
45	Redazione del cronoprogramma	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di	Alto	Il cronoprogramma è redatto dal progettista (professionista del Servizio Tecnico o esterno) e validato dal RUP. Il cronoprogramma è documento di progetto e della sicurezza (D.Lgs. 81/2008).	Già esistente	Area Gestione Tecnica	100% redazione dei cronoprogrammi

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		eventuali extra guadagni da parte dello stesso esecutore.					
46		Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.	Alto	La procedura di concessione di proroghe è normata dal D.Lgs. 50/2016; comporta il parere professionale e la responsabilità del DL e del RUP. La concessione di proroga avviene con provvedimento amministrativo espresso, comunicato all'ANAC.	31.12.2020	Rup del progetto	Presa d'atto formale del nuovo cronoprogramma
47	Attività per dipendenti ed ex dipendenti			Prevedere nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;	31.12.2020	AGT/AGP (ovvero Macrostruttura interessata)	Inserimento clausola divieto pantouflage

Attività: Acquisizione e progressione del personale; gestione del rapporto di lavoro

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
48	Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti allo scopo di reclutare candidati pre-individuati	Alto	Pre-individuazione dei profili da reclutare nel PTFP - Pubblicazione degli atti (bandi) su Gazzetta Ufficiale, BUR, Sito Internet ASL Leggi – DPR attuativi- DGR - Circolari	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane	Avvenuta pre-individuazione e pubblicazione
49		Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari	Alto	Rispetto disciplina nazionale e regionale in materia	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane	Rispetto dei requisiti previsti dalla legge
50		Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati pre-individuati	Alto	Leggi – DPR attuativi- DGR - Circolari Pubblicazione degli atti (decisione di nomina della Commissione) su sito Internet ASL - Sorteggio (per Dirigenza Sanitaria) - Dichiarazione assenza conflitto di interessi con candidati (in forma libera)	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane	Applicazione requisiti e procedure previsti dalla normativa applicabile

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
51			Alto	Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, rilasciata dai componenti della Commissione di concorso circa l'assenza di conflitti di interesse / incompatibilità		Area Gestione Risorse Umane	Acquisizione dichiarazione
52		Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della selezione	Alto	Funzione di controllo di legittimità del Segretario della Commissione di concorso Potenziamento ufficio concorsi per garantire migliore distribuzione degli incarichi di segreteria	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane	Rotazione e rispetto vademecum
53				Formazione continua dei Segretari di concorso Supporto alle segreterie di concorso: analisi critica delle istanze pervenute e di eventuali ricorsi per il progressivo miglioramento di bandi / avvisi		Area Gestione Risorse Umane	
54	Progressioni	Progressioni economiche accordate illegittimamente allo scopo di agevolare	Alto	Rispetto disciplina nazionale e regionale per individuazione criteri nel CCDI ed approvazione relazione tecnico – illustrativa e	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane - UO Concorsi	Rispetto previsioni e requisiti previsti dalla normativa

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		dipendenti/candidati pre-individuati;		finanziaria da parte del Collegio Sindacale			
55	Conferimento di incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Alto	Leggi – DPR attuativi- DGR – Circolari - Dichiarazione di avvenuto accertamento della sussistenza dei requisiti di legge da parte del Direttore della Macrostruttura - Pubblicazione del bando di selezione con collegamento diretto tra progetto e requisiti richiesti - Svolgimento di procedura comparativa di selezione (fatti salvi i casi – eccezionali – di intuitu personae)	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane (ovvero altra Macrostruttura interessata)	Attuazione
56			Alto	- Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, rilasciata dai componenti della Commissione di Valutazione circa l'insussistenza di conflitti di interesse / incompatibilità - Rafforzamento dei controlli sul rispetto della normativa in materia di Contratti Atipici		Area Gestione Risorse Umane (ovvero altra Macrostruttura interessata)	Attuazione

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				(co.co.co., art. 7, co. 6, D. Lgs. 165/2011)			
57	Osservanza codice comportamento a tutti i collaboratori dell'azienda		Alto	Predisposizione schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione, e prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici.	Già in essere	AGRU/AGP/AGT (ovvero Macrostrutture conferenti l'incarico o la fornitura/i lavori)	Inserimento clausola rispetto Codice di comportamento aziendale
58	Attività ed incarichi extra-istituzionali			Aggiornamento procedura conferimento e autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extra-istituzionali	Già in essere	Area Gestione Risorse Umane	Aggiornamento procedura aziendale
59	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro			Nei contratti di assunzione del personale prevedere la clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi	31.12.2020	Area Gestione Risorse Umane	Inserimento clausola divieto pantouflage

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.			
60	Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione			Controllo di tutte le dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti e/o incaricati di Struttura Complessa, nonché richiesta ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui al capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.	Già in essere	Area Gestione Risorse Umane	Effettuazione controlli

Attività: Rapporti con medici convenzionati e controlli ispettivi e disciplinari

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
61	Pagamenti parte variabile medici convenzionati	Pagamento per prestazioni non effettuate		Controlli di routine e a campione su attività Autorizzazione progetto obiettivo nel rispetto degli accordi ed autorizzazioni regionali	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane – UOGAPC /DSS - Controllo Ispettivo e Disciplinare	Presenza controlli
62	Anagrafe assistiti a MMG e PLS	Pagamenti per pazienti deceduti o non esistenti		Controlli su liste pazienti con eventuale recupero nei limiti della prescrizione decennale	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane – UOGAPC / DSS - Controllo Ispettivo e Disciplinare	Presenza controlli
63	Frequenza Scuola Regionale formazione specifica in Medicina Generale – Regime delle incompatibilità/conflitto di interessi	Percepire la borsa di studio indebitamente	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'assenza di situazioni di incompatibilità e/o conflitto di interessi Controlli a campione	Già esistente	Area Gestione Risorse Umane - UOGAPC	Tempestiva acquisizione

Attività: Fatturazione, liquidazione e rendicontazione economica

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
64	Misure generali	Commissione errori e/o irregolarità ed occultamento dei relativi effetti; *deficit* di controlli; poteri illimitati in capo al singolo	Medio	Applicazione del piano certificazione (PAC), con conseguente segregazione delle funzioni	Già esistente	Are Gestione Risorse Umane	Implementazione PAC
65	Misure generali	Difetto di tracciabilità del processo di acquisto; possibilità di ordini a copertura	Medio	Attivazione nodo smistamento ordini (NSO)	01. 02. 2020	Area Gestione Risorse Finanziarie	Attivazione
66	Misure generali	Rapporti continuativi tra dipendente e la medesima utenza con rischio di proliferazione di dinamiche improprie nella gestione amministrativa; consolidamento in capo al dipendente di una posizione di potere nei confronti dell'utenza; sfruttamento della stessa per ottenere vantaggi illeciti	Medio	Segregazione / condivisione delle funzioni in capo a più operatori	31.12.2020	Area Gestione Risorse Finanziarie	Avvio condivisione

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
67	Cassa economale (gestita da economato)	Improprio utilizzo	Alto	Controlli periodici e rispetto regolamento cassa economale	Già esistente	Area Gestione Risorse Finanziarie e responsabile cassa economale	Presenza controlli e rispetto regolamento
68	Pagamenti	Anticipazione dei pagamenti per specifici fornitori e/o ritardo intenzionale degli altri	Medio	- Pubblicazione elenco pagamenti (ex d.lgs. n. 33/2013) - Pubblicazione trimestrale tempestività pagamenti (ex l. n.89/2014) - Circolarizzazione periodica dei fornitori e utilizzo portale ASL/ fornitori	Già esistente	Area Gestione Risorse Finanziarie	Pubblicazione

Attività: Valutazione delle tecnologie sanitarie e dei percorsi assistenziali

N.	Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
69	Valutazione delle tecnologie sanitarie e dei percorsi assistenziali		Medio	Attività di Technology Assessment sulle richieste dei professionisti e delle offerte di donazioni "spontanee" da parte di esterni. (applicabile anche per richieste di acquisti esclusivi di dispositivi medici)	Già esistente	Ingegneria Clinica - HTA	Presenza attività

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

Attività: Assistenza Farmaceutica

Strutture coinvolte: Dipartimento Farmaceutico e Dipartimenti clinici

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	Governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici						
70	Percorso di selezione beni sanitari	Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	Alto	Richieste di dichiarazione di conflitto di interesse ai componenti delle commissioni e gruppi per la valutazione dei Farmaci e DM	Già esistente	Presidenti commissioni	Monitoraggio annuale Dichiarazione conflitto interesse e rilevazione problematiche emerse
71		Vedi sopra	Alto	Procedure operative della Commissione	Già esistente	Presidente commissione	Presenza procedure e segnalazione aggiornamento Verbali commissione
72		Vedi sopra	Alto	Procedure operative della Commissione	Già esistente	Presidente commissione	Vedi sopra
73		Vedi sopra	Alto	Procedure operative della Commissione NOP	Già esistente	Presidente commissione	Vedi sopra

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
74		Vedi sopra	Alto	Procedura operative della Commissione Appropriatezza	Già esistente	Presidente commissione	Vedi sopra
75		Vedi sopra	Alto	Procedura Gestione richieste per usi nominali	Già esistente	Responsabile farmacia	Vedi sopra
76		Vedi sopra	Alto	Procedura Gestione off-label	Già esistente	Presidente commissione nop	Verbali commissioni
77		Vedi sopra	Alto	Procedura Gestione campioni	Già esistente	Responsabile farmacia	
78		Vedi sopra	Alto	Indicazioni al personale del Dipartimento sulla riservatezza dei dati e modalità del loro trattamento e sulle norme del conflitto di interesse	Già esistente	Capo Dipartimento	Presenza istruzioni e loro diffusione
79	Percorso gestionale beni sanitari	Sottrazione beni e falsificazione contabile	Alto	Definizione di specifiche procedure per la gestione e il monitoraggio delle giacenze di magazzino (fra cui con individuazione delle responsabilità inerenti l'autorizzazione alle modifiche delle giacenze, la tracciabilità nel gestionale dei movimenti di modifica delle giacenze, il	Già esistente	Responsabile sistemi informativi responsabile magazzino aven Responsabili farmacie interne	Realizzazione della procedura e degli adeguamenti informatici

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				potenziamento e adeguamento funzionalità informatiche, anche rispetto al magazzino, tema dei resi, ecc)			
80	Rapporti con i fornitori	Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	Alto	Regolamento su modalità di accesso e rapporti con informatori scientifici e aziende farmaceutiche e di dispositivi medici presso il dipartimento farmaceutico	Già esistente	Capo dipartimento	Rispetto regolamento
81		Prescrizioni inappropriate	Alto	Informazione indipendente da parte di professionisti aziendali	Già esistente	Capo dipartimento	Presenza attività
	Controllo attività prescrittiva						
82	Interne ai reparti X Medici medicina generale e pediatri libera scelta X Specialisti ambulatoriali	Favorire l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	Alto	Definizione di un piano aziendale delle reportistiche e dei database prescrittivi, evidenziando responsabilità, periodicità e criticità Definire procedura per i controlli (inclusa la tracciabilità e collegialità dei controlli)	Già esistente	Capo dipartimento e Responsabile farmacia	Presenza reportistiche Report di attività

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
83	Predisposizione reportistiche	Manipolazione dei dati per ottenere incentivi	Medio	Definire procedure controllo reportistiche	Già esistente		Presenza procedure
	Vigilanza, ispezioni e controlli						
84	Ispezioni a strutture aziendali interne		Medio	Rotazione del personale incaricato di eseguire ispezioni Tracciabilità di quanto rilevato nel corso delle ispezioni Procedure per lo svolgimento di ispezioni e controlli	Già esistente	Capo dipartimento	Report risultati controlli
85	Ispezioni esterne a farmacie		Alto	Rotazione del personale incaricato di eseguire ispezioni Tracciabilità di quanto rilevato nel corso delle ispezioni Procedure per lo svolgimento di ispezioni e controlli Controlli collegiali	Già esistente	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
86	Controlli su case protette, e altre strutture residenziali	Controlli non accurati	Medio	Vedi punto precedente Definire un regolamento	Già esistente	Servizio Territoriale	Report risultati controlli

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
87	Controlli su case cura private accreditate	Controlli non accurati	Medio	Vedi punto precedente Definire un regolamento con committenza	Già esistente	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
88	Autorizzazione all'esercizio delle farmacie	documentazione autocertificata e quindi da verificare	Medio	Controlli a campione sulla documentazione allegata alla richiesta	31.12.2020	L'ufficio competente è il Dipartimento Gestione Farmaceutica	Presenza controlli
89	Raccolta dati di prescrizione e liquidazione ricette a farmacie private	ricette congrue per tipologia di farmaco	Medio	controllo puntuale delle ricette	31.12.2020	L'ufficio competente è il Dipartimento Gestione Farmaceutica	Presenza controlli
90	Uso timbri e ricette	Presenza di ricette e timbri falsi (anche quelle bianche)	Medio	il controllo viene effettuato da Consis	31.12.2020	L'ufficio competente è il Dipartimento Gestione Farmaceutica	Presenza controlli

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

Attività: Formazione

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
91	Invito a formazione esterna da parte di aziende commerciali fornitrici della ASL	Favorire l'uso di specifici beni e servizi	Alto	Scelta dei partecipanti a formazione da parte del proprio responsabile e rotazione dei partecipanti.	31.12.2020	Responsabile Servizi / Direzione Sanitaria	Proposta deliberazione di adozione del Regolamento.
92	Scelta del docente/tutor esterno all'azienda	Favorire la selezione di un docente/tutor sulla base di ricompense e/o sollecitazioni	medio	Rispetto regolamento aziendale che definisca le modalità di individuazione del docente/tutor.	31.12.2020	Responsabile UO Formazione, sentito il Comitato Tecnico Scientifico per la Formazione aziendale	Aggiornamento Regolamento aziendale:
93	Scelta del fornitore esterno di servizi per la formazione	Favorire la scelta di un servizio sulla base di ricompense e/o sollecitazioni	alto	Indagine di mercato su MePA o Empulia per la scelta del fornitore esterno, accertata l'impossibilità di reperire in Azienda servizi analoghi (es. pacchetti formativi certificati), ovvero in casi eccezionali inviti intuitu personae	31.12.2020	Responsabile UO Formazione	Svolgimento indagine di mercato nel rispetto del Regolamento aziendale per gli acquisti sotto soglia (ddg 1261/2016)

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
94	Eventi formativi con presenza di ditte con interessi commerciali in campo sanitario	Favorire la selezione e/o l'uso di specifici prodotti/presìdi sulla base di ricompense e sollecitazioni	basso	Accreditamento a cura del Provider ECM aziendale di eventi formativi con presenza di sponsor, secondo le norme previste dal Regolamento Agenas sulle sponsorizzazioni	31.12.2020	Responsabile U.O. Formazione	Rispetto Regolamento Agenas sulle sponsorizzazioni
95	Rapporti diretti tra professionista dipendente e Ditte con interessi commerciali in campo sanitario	Favorire la selezione e/o l'uso di specifici prodotti/presìdi sulla base di ricompense e sollecitazioni	ALTO	Disciplinare e formalizzare i rapporti tra professionista dipendente e Ditte esterne con interessi commerciali in campo sanitario secondo quanto previsto dal regolamento Agenas e regolamento aziendale sulle sperimentazioni cliniche	31.12.2020	Responsabile UO Formazione, sentito il Comitato Tecnico Scientifico per la Formazione aziendale	Rispetto regolamento aziendale Agenas e aziendale

Dipartimento di Prevenzione: Composizione e funzionamento delle Commissioni Invalidi Civili (C.I.C), CIECHI, SORDI e l. n. 104/92 e n. 68/99

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
96	NOMINA E SOSTITUZIONI COMPONENTI TITOLARI E SUPPLENTI	- Conflitto di interessi; - Incompatibilità; - Inconferibilità; - Altre ipotesi di decadenza	MEDIO-ALTO	1. Verifica del mantenimento del possesso dei requisiti all'atto di accettazione dell'incarico; 2. Richiesta di Autorizzazione ex art. 53 del D.lgs n. 165/2001; 3. Affiancamento dei Segretari Supplenti ai Segretari Titolari al fine di favorire la Formazione nella conduzione e gestione delle sedute sotto l'aspetto amministrativo – contabile (Misura propedeutica alla Rotazione Ordinaria) 4. in subordine, utilizzo del ricorso alla disciplina ex DGR 1387/2018, ove non possibile nomina /sostituzione ex Ddg 628/2016	1.-2. Già in atto 3. A partire dall' anno 2020	UFFICIO MEDICINA LEGALE Dipartimento di Prevenzione UFFICIO MEDICINA LEGALE Dipartimento di Prevenzione	1 -2 Verifica al momento del conferimento dell'incarico e Annualmente previa richiesta ai componenti per il tramite dei propri Presidenti 3. Almeno 1 volta al mese su 4 sedute, previa disposizione del Presidente di Commissione
97	NOMINA E SOSTITUZIONI COMPONENTI	1. SVOLGIMENTO ATTIVITA' SUCCESSIVA alla	ALTO	1. Divieto di conferimento ai soggetti in quiescenza, in conformità	1. A decorrere dalla scadenza delle originarie	1.UFFICIO MEDICINA LEGALE	1. Adozione proposta deliberativa di

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	SANITARI provenienti dalle Associazioni (ENS, ENFASS, UIC, ANMIC, etc..)	cessazione del rapporto di lavoro 2. CONSOLIDAMENTO POSIZIONI DI INFLUENZE DOMINANTI		all'orientamento restrittivo del Regolamento Regionale n. 1387 del 02/08/2018, nelle more di una eventuale diversa pronuncia regionale;	commissioni fissata per il 1/07/2021(a cui si applica la disciplina della Delibera del D. G. n. 628/2016) e comunque ove si ravvisi medio-tempore la necessità di una sostituzione;	Dipartimento di Prevenzione °°°°°°°°°°°°° Direzione Generale	sostituzione dei quiescenti
				2. Divulgazione e Circolarizzazione del Divieto sub 1) da divulgare alle Associazioni di Categoria a firma congiunta del Dipartimento di Prevenzione e della Direzione Generale/RPCT;	31.12.2020	2. UFFICIO MEDICINA LEGALE Dipartimento di Prevenzione °°°°°°°°°°°°° Direzione Generale/ RPCT	2.3 1 circolare esplicativa e 1 Incontro con i Presidenti delle Associazioni
				3. Divulgazione e Circolarizzazione del Divieto da parte delle Associazioni esterne di stabilire le CIC di assegnazione dei	31.12.2020	3. UFFICIO MEDICINA LEGALE	

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				componenti da esse proposte e relativa attribuzione all'ASL BA, a firma congiunta del Dipartimento di Prevenzione e della Direzione Generale/RPCT.		Dipartimento di Prevenzione °°°°°°°°°°°°° Direzione Generale/ RPCT	

Dipartimento di Prevenzione: misure generali/SISP/SPESAL/SIAV A-B-C/SIAN

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
98	Attività di vigilanza ed ispezione	Abbassamento quali-quantitativo degli standard di attività	Alto	Aggiornamento Procedure documentate operative tecnico professionali e comportamentali, per le attività di ispezione, audit e campionamento, comprensive delle seguenti previsioni: - unità di vigilanza composta almeno da due operatori; - rotazione annuale delle unità di vigilanza, attività svolte dal singolo operatore nel comune di residenza non eccedenti il 50% del totale annuale; - Controllo nelle ordinarie attività di verifica da parte di uno stesso operatore per non più di	31.03.2020	Coordinatore delle UUOOCC / Direttore di UOC	Verifiche semestrali e produzione di relazione annuale conclusiva specifica

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				volte 3 consecutive; - separazione tra operatori impegnati in attività di rilascio			
99		Omettere di inserire una attività tra quelle da controllare	Alto	Predisposizione Piano annuale di attività, con indicazione dei criteri oggettivi e trasparenti di pianificazione adottati	31.03.2020	Direttore UOC	Verifiche semestrali e produzione di relazione annuale conclusiva specifica
100		Omettere di assumere gli atti amministrativi/penali previsti dalla normativa vigente di settore, a seguito di violazioni riscontrate	Alto	Sottoscrizione annuale per ogni operatore del documento di integrità, imparzialità, indipendenza ed assenza di conflitto di interessi e astensione in ogni altro caso ove esistano ragioni di convenienza	31.03.2020	Direttore UOC	Verifica presentazione della sottoscrizione ed acquisizione della stessa al fascicolo personale
101		Abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Alto	Riesame a campione dei verbali di ispezione, audit e campionamento	31.03.2020	Direttore UOC	Verifiche semestrali e produzione di relazione annuale conclusiva specifica

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
102		Prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa Utenza	Alto	Rotazione degli operatori impegnati su impianti fissi (impianti di macellazione, mercati, etc.) con turnazione non eccedente le due annualità, ove compatibile con la carenza di personale	31.03.2020	Direttore UOC	Verifica annuale e produzione di relazione conclusiva
103	Rilascio Pareri ai fini autorizzativi: Commissioni previste da leggi e regolamenti	Favorire percorsi preferenziali nei tempi Valutazioni difformi su sollecitazione esterna	Medio/Basso	Valutazione collegiale con componenti interni ed esterni Il provvedimento autorizzativo finale è di altro Ente (Comune, Prefettura...) Procedure sopralluoghi effettuati da 2 operatori sempre diversi	Verificare e implementare per tutte le Commissioni	Presidenti di Commissione/loro delegati	Presenza procedure e check list Verbali di Commissione T di risposta
104	Docenze esterne	Potenziale conflitto di interesse	Basso	Riesame annuale degli incarichi e delle concentrazioni di incarichi	31.12.2020	Direttore Dipartimento	Evidenza annuale del riesame

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
105	Misura generale			Coinvolgimento delle associazioni di categoria sulle attività svolte dall'azienda per prevenire la corruzione	31.12.2020	Resp. Prevenzione Corruzione e Dir. Dipartimento e Coordinatori UOC	Effettuazione almeno 1 incontro annuale per Disciplina
106	Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SVET (e altri controlli di sanità veterinaria)	mancata o parziale esecuzione dei controlli (omissione d'atti d'ufficio) oppure eccessiva fiscalità nell'esecuzione dei controlli	Alto	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza. Mappatura dei potenziali conflitti di interesse	31.12.2020	Direttore Servizio Sanitario – UOC SIAV B	- verifica annuale dell'avvenuto aggiornamento della mappa dei conflitti; - rotazione del personale di vigilanza per ogni tre controlli su OSA ex Reg. 852/04, esclusi controlli su Stab. ex 853/04, operazioni di Polizia Giudiziaria e di riscontro delle prescrizioni impartite; - verifiche annuali sul personale mediante supervisione e controlli interni
107	vigilanza nelle aziende in	Omettere di assumere gli atti sanzionatori dovuti	Alto	Procedure e istruzioni operative tecnico	31.03.2020	Direttori SPESAL	Nota prot. del Direttore

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	tema di salute e sicurezza dei lavoratori	a seguito delle violazioni riscontrate o eccedere in fiscalità o assumere atteggiamenti persecutori Omettere di inserire un'azienda tra quelle da controllare		professionali e comportamentali			
108				Procedure e documenti di programmazione che indicano con trasparenza le modalità di scelta delle attività da sottoporre a controllo.	31.03.2020		Documento sui criteri per la selezione delle aziende da sottoporre a controllo presentato nell'Organismo Provinciale sulla Sicurezza del lavoro
109				Attività effettuata sempre (*) da coppie di operatori evitando coppie fisse mediante rotazioni.	29.02.2020		Nota prot. del Direttore
110				Mappatura annuale dei conflitti di interesse (sia le incompatibilità che le inopportunità). Dichiarazione degli operatori di tali situazioni in occasione di eventi non prevedibili (es. inchieste su	29.02.2020		Dichiarazione degli operatori

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				infortunati o tecnopatici con cui si hanno rapporti personali).			
111				Parziale rotazione del personale quando si debba intervenire ripetutamente nelle stesse aziende (grandi aziende e Grandi Opere)	31.03.2020		Nota prot. del Direttore
112	Controllo Ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SIAV C	mancata o parziale esecuzione dei controlli (omissione d'atti d'ufficio) Abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Alto	Redazione annuale del Piano Locale dei Controlli Ufficiali che definisce anche i criteri di scelta degli OSA da sottoporre a C.U.	31.12.2020	Direttore U.O. – SIAV C	Verifica semestrale dell'espletamento del PLCU. Verifica sul campo delle attività di ispezione, audit e campionamento eseguite dal personale e il riscontro a posteriori, a campione, sulle attività svolte secondo quanto previsto dal PLCU e dal Piano Regionale Integrato dei Controlli per l'anno corrente

N.	Processi	Rischi	Valutazione Rischio	Misura di Prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
113		Omettere di assumere gli atti amministrativi e/o penali previsti dalla normativa di settore, a seguito di violazioni riscontrate	Medio	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza	31.12.2020	Direttore U.O. – SIAV C	Verifica presentazione ed acquisizione della sottoscrizione della nel fascicolo di ciascun dipendente afferente a questa U.O.
114		Prestazioni difformi (o omesse) per presenza di conflitti di interesse	Medio	Autodichiarazione di assenza di conflitti di interesse da parte di tutto il personale, Dirigente e non	31.12.2020	Direttore U.O. / SIAV C	Verifica annuale dell'aggiornamento delle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse da parte di tutto il personale
115		Prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa utenza	Medio	Predisposizione del Piano delle rotazioni degli operatori impegnati stabilimenti sottoposti a controllo	31.12.2020	Referente SIAV C per ciascuna Area	Verifica annuale e costante aggiornamento delle disposizioni previste dal Piano compatibilmente con la carenza di personale evidenziata

Altre attività: Altre procedure

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
116	Attività Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	Già esistente	RSPP aziendale	Approvazione e rispetto procedura
117	Attività medico competente	Certificazioni non veritiere	Medio	Presenza procedure	Già esistente	Medico competente	Approvazione e rispetto procedura
118	Fisica Medica	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	Già esistente	Responsabile Fisica Medica	Rispetto procedura
119	Esperto qualificato (d. lgs. 230/1995)	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	Già esistente	Esperto qualificato	Rispetto Procedure

Attività: Unità Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
120	Controlli su appropriatezza delle prestazioni erogate c/o C.d.C. Private accreditate		Medio	Rotazione trimestrale del personale medico incaricato di eseguire ispezioni Tracciabilità di quanto rilevato nel corso dell'ispezioni (verbali)	Già in essere	U.V.A.R.P.	Report dei controlli effettuati
121	Misure generali			Implementare audit con il personale relativi al rispetto delle prescrizioni per la prevenzione della corruzione di cui al PTPCT	31.12.2020	U.V.A.R.P.	Attivazione

Attività: Dipartimento Assistenza Primaria ed Intermedia: attività distrettuale

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
122	Prestazioni in ambito domiciliare	Richiesta di emolumenti da parte di personale dipendente e/o afferente a ditte esterne commissionate dall'ASL Bari per l'erogazione di prestazioni sanitarie "aggiuntive"	Alto	Condivisione con i MM.MM.GG. e PP.LL.SS. di un testo, unico a livello aziendale, da affiggere nelle sedi distrettuali e, ove possibil e, presso gli studi medici o altre forme di diffusione circa il divieto assoluto di riconoscere, da parte degli assistiti, emolumenti a personale dipendente o in convenzione per prestazioni sanitarie domiciliari dichiarate aggiuntive, con indicazione del link della piattaforma aziendale dell'anticorruzione a cui fare la segnalazione di comportamenti non corretti.	31.12.2020	Direzione Amministrativa DAPI, sentiti i Direttori dei DSS	Condivisione ed affissione dell'informativa con i MM.MM.GG. e PP.LL.SS. e con il personale dell'U.O. Cure Domiciliari
123	Controlli su tutto il personale convenzionato	Errata valutazione dei requisiti strutturali previsti per gli studi medici.	Media	Controlli stabiliti dal contratto di categoria e/o regolamenti regionali:	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari (sentito – ove occorra – il	Effettuazione controlli

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
		Caricamento di prestazioni aggiuntive (es. prestazioni domiciliari) non erogate o non dovute ai MMG/PLS		Verifica a campione su apertura degli orari degli studi di MMG e PLS ed intervista assistiti a campione. . Sulle prestazioni aggiuntive e di assistenza domiciliare verifica dei dati trasmessi dai MMG/PLS prima del caricamento nel sistema Edotto, incrociando gli stessi con i PAI e con le diverse UU.OO. Distrettuali (UO Cure Domiciliari, UO Medicina Generale ecc). Verifiche , a campione, con il registro del MGM circa l'esattezza dei dati ai fini del trattamento economico sui medici di continuità assistenziale		Dipartimento di Prevenzione sui soli requisiti strutturali)	
124	Processo di valutazione multidimensionale	Errata Valutazione del Bisogno assistenziale.	Media	Trasparenza processo di valutazione dei casi sottoposti alle Unità di valutazione Multidimensionale (UVDM)	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Presenza misure e acquisizione attestazioni relative all'assenza di profili di conflitto di interesse

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				e approfondito coinvolgimento del MMG e degli assistenti sociali dei C omuni. Verifica di assenza conflitto di interessi dei membri delle UVDM			
125	Medici convenzionati	Richiesta di pagamento di certificazioni gratuite	Media	Verifica a campione intervistando gli assistiti, rendendo obbligatoria l'affissione presso gli studi di appositi Avvisi sulle prestazioni gratuite.	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari (per i controlli a campione); Direzione Amministrativa DAPI (per coordinamento avviso condiviso)	Effettuazione verifiche a campione e condivisione/affissione avviso con UDMG
126	Medici convenzionati	False certificazioni	Media	Verificare certificazioni ridondanti o anomale	31.12.2020	Direzione Amministrativa DAPI, sentiti i Distretti Socio Sanitari	Definizione procedura aziendale di verifica
127	Singoli professionisti (SUMAI o dipendenti)	Eccesso di prestazioni domiciliari	Media	Verifica del numero di accessi domiciliari remunerati con prestazioni aggiuntive (specialisti interni – SUMAI). Approfondimento	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Attivazione procedure di controllo

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				dell'appropriatezza delle prestazioni domiciliari coinvolgendo i MMG che prescrivono le visite domiciliari			
128	Uso dei fondi (FRNA, FNA, FSR, FS)	Uso dei fondi distorto e attribuzione degli incarichi	Media	Trasparenza dei processi mediante le dovute pubblicazioni, corrette procedure degli incarichi	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Trasparenza processi
129	Strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili	Strutture non idonee	Media	Controlli previsti dalle norme, più i controlli legati all'accreditamento (fatto da commissione mista, coinvolgendo il Dipartimento di Prevenzione) Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse per membri commissioni valutazione	31.12.2020	Commissione ASL/mista	Presenza controlli
130	Strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili	Superamento budget	Media	Controllo sui volumi di attività (fatto da distretto e l'Area Servizi Socio Sanitari)	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari / Area Servizi Socio Sanitari	Monitoraggio

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
131	Protesica/ Integrativa	Prescrizione specialistica fuori prontuario e tariffario Mancata indicazione nel modello a 5 copie del fornitore da parte dell'assistito Coinvolgimento di chi prescrive, collauda e chi autorizza	Media	Presenza regolamenti aziendali specifici Verifica a campione, da parte della Direzione Amministrativa DAPI , circa la completa compilazione dei modelli e verifica degli ordini emessi con il sistema amministrativo-contabile rispetto all'autorizzazione. Fase di collaudo	31.12.2020	Direzione Amministrativa DAPI, sentiti i Distretti Socio Sanitari	Presenza e rispetto regolamenti aziendali; effettuazione e controlli
132	Prenotazioni (CUP)	Favoritismi nella prenotazione (anche come favore personale)	Media	Uso dei sistemi di prenotazione web e telefonici Verifica che tutte le ricette abbiano una prenotazione Controlli nelle agende Informatizzazione delle prenotazioni	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari / RULA	Presenza e rispetto procedure

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
133	Anagrafica Sanitaria	Mancato aggiornamento anagrafiche Corretta assegnazione MMG PLS Superamento massimali in forzatura	Media	Aggiornamento costante delle anagrafi con eliminazione dei defunti sulla base delle comunicazioni comunali. Verifica che ogni scelta abbia i moduli di scelta firmati dall'assistito o persona all'uopo delegata, valutando le deleghe multiple. Verifica massimali trimestralmente valutando le scelte in deroga	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Verifica aggiornamento
134	Salute Donna Consultori/Centro Giovani	Dirottamento dei pazienti verso la libera professione	Media	Valutazione prestazioni ALPI dei Dirigenti assegnati al consultorio	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari / Macroarea	
135	Cure Palliative	Sopra utilizzo delle risorse pubbliche a favore di enti privati	Media	Permanenza degli assistiti negli Hospice oltre i limiti definiti dalla linee guida regionali	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari / UOGRC	Verifica
136	Carceri	Uso distorto delle perizie sanitarie	Media	Rotazione del Dirigente Medico che effettua le perizie	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari / UO Assistenza Sanitaria	Rispetto rotazione

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
137	Centri Accreditati	Errata programmazione offerta privati	Media	Definizione del bisogno fatta a livello aziendale con l'UOGCR e Direzione Strategica, previa apposita conferenza dei servizi con interni / esterni Contratto e appropriatezza fatta dall'UVAR	31.12.2020-2021-2022	Distretti Socio Sanitari	Presenza procedura
138	Parco Auto	Uso improprio da parte dei dipendenti	Media	Compilazione Registro di Marcia	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Verifica a campione corretta compilazione
139	Trasporti Dializzati	Uso distorto dei rimborsi	Media	Valutazione dei rimborsi e congruità delle spese oggetto di rimborso. Verifica documentale sulle deleghe firmate dagli assistiti. Disponibilità del centro dialisi più vicino al domicilio.	Già esistente	Distretti Socio Sanitari	Presenza e rispetto procedure aziendali
140	Spazi Aziendali	Spazi occupati da terzi esterni (concessione d'uso)	Media	Regolamento aziendale sulla valorizzazione dell'uso degli spazi aziendali da parte di terzi	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Presenza regolamento
141	Indicazioni case cura e centri specialistici privati	Indicazioni effettuate in cambio di vantaggi	Media	Rimozione dai luoghi aziendali di avvisi pubblicitari di strutture sanitari private	31.12.2020	Distretti Socio Sanitari	Verifica nei luoghi

N.	Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	da parte di operatori sanitari	personale a scapito dell'offerta pubblica					

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

Attività: controllo Convenzioni Associazioni Postazioni 118

N.	Processi	Rischi	Livello Rischi	Misura di Prevenzione	Tempi di Attuazione	Responsabile	Monitoraggio / Indicatore
142	Verifica / Riscontro	Non rispetto delle Convenzioni sottoscritte	Medio	Controlli periodici sul possesso dei requisiti	31.12.2020	SET 118 / AGP	Relazione annuale sui controlli effettuati

Attività: Rapporti con strutture socio-sanitarie contrattualizzate o collaboranti con la ASL Bari. Programmazione dell'integrazione socio-sanitaria sul territorio aziendale. Relazioni con i Distretti Socio Sanitari e con gli Ambiti Sociali.

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
143	Liquidazione fatture prestazioni erogate da Strutture Residenziali o Semiresidenziali contrattualizzate	Presenza conflitti di interesse	Medio	Raccolta dichiarazioni relative all'insussistenza di conflitti di interesse	31.12.2020	Area Servizio Socio Sanitario	Acquisizione dichiarazioni
		Subire pressioni esterne per anticipare procedure di liquidazione a fornitori	Medio	Armonizzazione e standardizzazione delle procedure. Creazione ed adozione manuale operativo interno del liquidatore per evitare difformità nelle procedure.	31.12.2020	Area Servizio Socio Sanitario	Approvazione e rispetto manuale procedure
144	Strutture Residenziali o Semiresidenziali	Inserimento utenti senza autorizzazione	Alto	Controlli specifici su autorizzazioni/proroghe, prese in carico utenti	Già esistente	Area Servizio Socio Sanitario	Effettuazione controlli incrociati
145		Errata fatturazione presenze/malattia/decessi e prese in carico	Alto	Controlli liste pazienti, certificazioni mediche, certificati di decesso e registrazioni su portale Edotto	Già esistente	Area Servizio Socio Sanitario	Effettuazione controlli incrociati
146		Non conformità personale impiegato come da Reg. Regionali	Medio	Controlli a campione su autocertificazioni prodotte dalle Strutture circa l'impiego di personale assunto in proprio o	Già esistente	Area Servizio Socio Sanitario	Effettuazione controlli con griglie automatizzate

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				tramite affidamento servizi a Cooperative esterne			
147	Liste di attesa - inserimenti utenti in Strutture Residenziali e Semiresidenziali contrattualizzate	Favorire o agevolare inserimento di alcuni pazienti nonostante l'esistenza di liste di attesa	Alto	Acquisizione mensile, dalle Strutture Contrattualizzate, di autocertificazioni relative a Liste di Attesa e verifica della corretta movimentazione o inserimento utenti in Struttura (Fatti salvi gli istituti della Dimissione Protetta e/o degli Inserimenti d'urgenza)	Già esistente	Area Servizio Socio Sanitario	Effettuazione controlli incrociati

Attività: Dipartimento Servizi Direzionali: presidi ospedalieri

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
148	Accesso personale esterno a strutture aziendali	Informatori ditte esterne (es. farmaceutiche, dispositivi)	Alto	Regolamentazione degli accessi; richiesta di incontri programmati e collettivi	31.12.2020	Dipartimento Servizi Direzionali, sentite le Direzioni di Presidio (per la regolamentazione); Direttori/Responsabili U.O. (per effettuazione incontri)	Approvazione e rispetto procedura aziendale
149		Rappresentanti di Ditte di ausili nei reparti per supportare i pazienti (a spese dei pazienti)	Alto	Regolamentazione accesso per personale esterno di entrare nei reparti	31.12.2020	Dipartimento Servizi Direzionali, sentite le Direzioni di Presidio e iDirettori/Responsabili U.O. (per la regolamentazione); Direttori/Responsabili U.O. (per verifica rispetto procedura)	Approvazione e rispetto regolamentazione
150		Accesso operatori non autorizzati in sala operatoria ovvero nei reparti	Medio	Regolamentazione accessi e verifica loro attività	31.12.2020	Dipartimento Servizi Direzionali, sentite le Direzioni di Presidio e i Direttori/Responsabili U.O. (per la regolamentazione); Direttori/Responsabili U.O. (per verifica rispetto procedura)	Approvazione e rispetto regolamentazione

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
151		Ingresso apparecchiature in visione/prova	Medio	Presenza procedura (ddg 1404/2017)	31.12.2020	Direzione Presidio e Direttori/Responsabili U.O.	Rispetto procedura aziendale
152	Attività necrofori e camere mortuarie	Segnalazione da parte di operatori sanitari a Ditte di Onoranze Funebri	Alto	Acquisizione elenchi di Ditte di Onoranze funebri e affissione negli spazi del P.O.	31.12.2020	Direzione di Presidio	Acquisizione ed affissione elenchi
153		Richiesta di compensi per vestizione salme	Alto	Regolamentazione processo di vestizione nelle strutture a rischio	31.12.2020	Direzione Presidio	Rispetto procedura
154	Gestione liste d'attesa	Creazione falsi pazienti per avere prestazioni aggiuntivi	Medio	Revisione periodica liste attesa	31.12.2020	RULA - Direzione presidio	Documento monitoraggio
155	Libera professione	Favorire i pazienti visti in libera professione	Alto	Informatizzazione liste attesa	Già in essere	Direzione Presidio	Verifica rispetto prenotazione informatizzata

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
156				Verifiche fra accessi in libera professione e gestione liste attesa	Già in essere	Direzione Presidio	Documento monitoraggio
157				Monitoraggio attività libera professione	Già in essere	Direzione Presidio	Documento monitoraggio
158	Gestione liste attesa	Creazione falsi pazienti per avere prestazioni aggiuntive	Medio	Revisione periodica liste attesa	Già esistente	RULA	Documento monitoraggio
159	Trasporti sanitari		Basso	Procedure e trasparenza rapporti con associazioni di volontariato	31.12.2020	Direzione presidio	Rispetto convenzioni aziendali

Attività: DSM/DDP

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
160	Programmazione e valutazione dei bisogni e delle attività	Uso di strutture in modo inappropriato (es. ospedaliere)	Medio	Trasparenza della programmazione dei bisogni di assistenza e rendicontazione sull'appropriatezza d'uso delle risorse impiegate a livello provinciale	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Effettuazione monitoraggio periodico (flusso contabile trimestrale, scheda monitoraggio clinico mensile)
161	Libera Professione da parte degli operatori del DSM/DDP	Favorire percorsi privati, quando esiste la disponibilità di percorsi pubblici	Alto	Prenotazione informatizzata	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Rispetto procedura informatizzata per le prenotazioni
162	Libera Professione da parte degli operatori del DSM	Volumi prestazionali dei professionisti di SPDC sovrabbondante rispetto ai carichi di lavoro nel servizio pubblico	Alto	Definizione dei carichi di lavoro dei Dirigenti Medici dei reparti ospedalieri	31.12.2020	Direttore DSM	In assenza di ambulatorio rilevazione degenti assegnati e controlli erogati

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
163	Degenza presso strutture private accreditate	Eccesso di utilizzo del day hospital invece dei trattamenti ambulatoriali	Medio	Definizione di un regolamento con i criteri per l'effettuazione di un day hospital R.R. 10/2017 AIDS: Adozione Regolamento di riferimento	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Proposta e rispetto regolamento
164	Consulenze presso privati accreditati		Medio	Valutazione dei monitoraggi clinici nelle Comunità, per tossicodipendenti, ove la cosiddetta posizione di garanzia può influenzare le scelte operative	31.12.2020	Direttore DDP	Presenza audit
165	Controllo su ricoveri	Inappropriatezza dei ricoveri	Medio	Controlli a campione per valutare appropriatezza ricoveri e trasparenza dei risultati dei controlli	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Presenza controlli
166	Indicazioni case cura e centri specialistici	Indicazioni effettuate in cambio di vantaggi		Divieto, in assenza di verifica ed attestazione	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Verifica e attestazione

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	privati da parte di operatori sanitari			indisponibilità strutture pubbliche			
167	Misure generali			Suddivisione compiti fra diverse funzioni interne al servizio: segmentazione delle funzioni Ordine (altro servizio) à Inserimento in anagrafica e Protocollazione à Liquidazione (altro servizio) à Pagamento	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Suddivisone compiti
168	Protocollazione istanze inserimenti		Medio	Uso sistema di archiviazione e gestione documentale informatizzata	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Uso protocollo informatico/ cartella clinica elettronica
169	Misura generale			Relazione annuale attività di prevenzione della corruzione e invio a Direzione Generale	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Invio documento

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
170	Liquidazione fatture prestazioni erogate da Strutture Residenziali e semiresidenziali contrattualizzate	Presenza conflitti di interessi	Alto	Verifica regole su conflitto di interessi	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Presenza audit
171	Strutture Residenziali e Semiresidenziali	Inserimenti utenti senza autorizzazione	Medio	Controlli specifici su autorizzazioni/proroghe, prese in carico utenti	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Effettuazione controlli incrociati
172		Errata fatturazione presenze/malattia/decessi e presa in carico	Medio	Controlli liste pazienti, certificazioni mediche, certificati di decessi e registrazioni su portale Edotto	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Effettuazione controlli incrociati
173	Liste di attesa – inserimenti utenti in Strutture Residenziali e Semiresidenziali contrattualizzate	Favorire o agevolare inserimento di alcuni pazienti	Medio	Acquisizione di autocertificazioni dalle Strutture Contrattualizzate, relative a liste di attesa, e verifica della corretta movimentazione o inserimento utenti in struttura (fatti salvi gli	31.12.2020	Direttore DSM/DDP	Effettuazione controlli incrociati

Allegato – Piano delle azioni 2020-2022

N.	Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
				istituti della Dimissione Protetta e/o degli inserimenti di urgenza)			

Parere del Direttore Amministrativo	Parere del Direttore Sanitario
Gianluca Capochiani	Silvana Fornelli

Il Segretario

IL Direttore Generale
(Antonio SANGUEDOLCE)

Area Gestione Risorse Finanziarie

Esercizio 2020

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....

(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

.....

Il Dirigente dell'Area

.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Pubblicazione n. 0011

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA dal ..... al ..... e che non è stata prodotta alcuna opposizione.

Bari: 31 GEN. 2020

L'Addetto all'Albo Pretorio on line

.....

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione - con nota n. ..... del ..... è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.