



Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017 / 2019

**(Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e s.m.i. e
Delibera ANAC n. 831 del 3.08.2016)**

Proponente: Responsabile della prevenzione della corruzione : Dr. Rocco IERONE
Approvazione: Direttore Generale : Dott. Pietro QUINTO

ASM
AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA
IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE
Dr. Rocco IERONE


Piano triennale di prevenzione della corruzione 2017 - 2018 - 2019

Indice

Introduzione Pag. 5

Premessa “ 8

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO - PAG. 9

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO - PAG. 13

IL CONTESTO TERRITORIALE - PAG. 13

IL CONTESTO DEMOGRAFICO - PAG. 16

IL PROFILO AZIENDALE - PAG. 17

L'ASSETTO ORGANIZZATIVO - PAG. 18

ORGANI DELL'AZIENDA SANITARIA ED ORGANISMI COLLEGIALI - PAG. 20

IL MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE AZIENDALE - PAG. 21

LE RETI INTEGRATE DEI SERVIZI - PAG. 23

L'OFFERTA AZIENDALE - PAG. 26

PRESIDI OSPEDALIERI - PAG. 26

I DISTRETTI E I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI NELLA ASM - PAG. 31

ATTIVITÀ DISTRETTUALI - PAG. 32

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE - PAG. 34

LE ATTIVITÀ DI SUPPORTO - PAG. 35

IL CICLO DELLA PERFORMANCE PAG. 36

IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE - PAG. 36

RISORSE UMANE - PAG. 37

RELAZIONI SINDACALI - PAG. 40

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE - PAG. 40

STRUTTURA DEL PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI MATERA - PAG. 42

Sezione Prima

**1.“ La Strategia di Prevenzione a livello decentrato ”-
“Azioni e Misure per la Prevenzione ”** “ 48

- 1.1 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione
- 1.2 Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione a livello decentrato
- 1.3 Il Direttore Generale
- 1.4 Il Responsabile della prevenzione della corruzione
- 1.4 bis Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)
- 1.5 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione
- 1.6 Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione
- 1.7 I dirigenti per l'area di rispettiva competenza
- 1.8 Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte
- 1.9 L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.)
- 1.10 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari - U.P.D.
- 1.11 Tutti i dipendenti dell'Azienda
- 1.12 Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione
- 1.13 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda
- 1.14 Procedure di raccordo e coordinamento tra i Soggetti della strategia di prevenzione a livello decentrato

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Matera - Via Montescaglioso 75100 Matera

- 1.15 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione
- 1.16 Oggetto, finalità ed ambito di applicazione del P.T.C.P.
- 1.17 Individuazione delle aree di rischio
- 1.18 Determinazione, per ciascuna area di rischio, delle esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l'indicazione di modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori di misure di prevenzione obbligatorie e misure ulteriori
- 1.19 Misure di prevenzione di carattere trasversale
- 1.20 Individuazione, per ciascuna misura, del responsabile e del termine per l'attuazione, stabilendo il collegamento con il ciclo delle performance.
- 1.21 Il P.T.T.I. e gli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013
- 1.22 Individuazione dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e degli altri soggetti tenuti a relazionare al Responsabile
- 1.23 Forme di consultazione in sede di elaborazione e di verifica del P.T.P.C.
- 1.24 Iniziative di formazione sui temi dell'etica e della legalità e di formazione specifica per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione e per il Responsabile della prevenzione della corruzione
- 1.25 Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del P.T.P.C.
- 1.26 Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento del P.T.P.C.
- 1.27 La gestione del rischio
- 1.28 Mappatura dei processi, valutazione dei rischi di corruzione e definizione delle conseguenti misure - Metodologia
- 1.29 Le priorità di trattamento del rischio
- 1.30 Il monitoraggio e le azioni di risposta
- 1.31 Aree di rischio individuate dal P.T.P.C. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera 2014/2016.
- 1.32 La trasparenza
- 1.33 Obblighi ulteriori di trasparenza del P.T.P.C.
- 1.34 Tracciabilità dei procedimenti
- 1.35 Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori
- 1.36 La natura legale dei Codici di comportamento e la loro valenza disciplinare
- 1.37 Rotazione del personale
- 1.38 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse
- 1.39 Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali
- 1.40 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti
- 1.41 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali
- 1.42 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantoufage - revolving doors)
- 1.43 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione
- 1.44 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)
- 1.45 La formazione
- 1.46 Patti di integrità negli affidamenti e protocolli di legalità
- 1.47 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
- 1.48 Meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione
- 1.49 Procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti
- 1.50 Procedure per 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
- 1.51 Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione

Sezione Seconda

2. Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione dell'A.S.L. di Matera.

Pag. 102

- 2.1 Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione.
- 2.2 Gestione ed uso dei dati raccolti in materia di prevenzione della corruzione.

ALLEGATI

1) Tavole Sintetiche delle Misure

Tavola I - obiettivi della strategia aziendale di prevenzione della corruzione

Tavola II - soggetti istituzionali coinvolti nella prevenzione della corruzione a livello decentrato
nella strategia della Azienda Sanitaria Locale di Matera

Tavola III - piano triennale di prevenzione della corruzione dell'A.S.L. di Matera

Tavola IV - soggetti consultati nella elaborazione del P.T.P.C. aziendale

Tavola V - aree di rischio del P.T.P.C. dell'A.S.L. di Matera

Tavola VI - adempimenti di trasparenza

Tavola VII - codici di comportamento

Tavola VIII - rotazione del personale

Tavola IX - obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse

Tavola X - conferimento e autorizzazione incarichi

Tavola XI - inconferibilità per incarichi dirigenziali

Tavola XII - incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali

Tavola XIII - attività successive alla cessazione dal servizio

Tavola XIV - formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici,
conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.

Tavola XV - tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti

Tavola XVI - monitoraggio dei tempi procedurali

Tavola XVII - patti di integrità negli affidamenti

Tavola XVIII - azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

Tavola XIX - monitoraggio dei tempi procedurali - meccanismi di formazione, attuazione e
controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione

Tavola XX - monitoraggio dei rapporti Azienda/Soggetti esterni

Tavola XXI - misure ulteriori per la prevenzione della corruzione del P.T.P.C. aziendale

2) Schede

3) Relazione Annuale sull'esito dell'attività svolta 2016

4) Codice di Comportamento Aziendale ((allegato dinamicamente e non materialmente in quanto trattasi di autonomo documento)

5) Piano della Performance (allegato dinamicamente e non materialmente in quanto trattasi di autonomo documento)

6) Piano Triennale Trasparenza ed Integrità allegato quale Specifica Sezione ex Determinazione n. 12/2015 ANAC ed in applicazione dell'art. 10 co. 2 del D.Lgs. n. 33/2013 ed ex D.L.vo n. 97/2016.

7) Piano Triennale della Formazione (allegato dinamicamente e non materialmente in quanto trattasi di autonomo documento)

Introduzione

Per la redazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2017/2019, sia come aggiornamento del precedente che come implementazione delle attività di prevenzione già poste in essere, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità in applicazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e s.m.i., recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", nonché:

➤ nel rispetto dei decreti attuativi:

- in osservanza del 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.
 - Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, recante "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elette e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
 - Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33, recante "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni";
 - Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39, 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'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190";
 - Decreto del Presidente della Repubblica 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", entrato in vigore in data 19 giugno 2013;
- in osservanza delle intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che - ai sensi della L. n. 190/2012 - definiscono (anche per le AA.SS.LL.) gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, anche con riguardo alla definizione, da parte di ciascuna amministrazione, del piano triennale di prevenzione della corruzione, ed, in particolare, della intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013);

- n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto "legge n. 190 del 2012 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto "d.lgs. n. 33 del 2013 -attuazione della trasparenza';
- in osservanza del D.L. 24.06.2014, n. 90, convertito in L. 11.1gosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'ANAC, nonché la rilevante riorganizzazione dell'ANAC e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP);
- in ossequio alla determinazione n. 8 del 17 giugno del 2015 " Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici ";
- in ossequio alla Determinazione n. 12 del 28 Ottobre 2015 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) avente ad oggetto: " Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione ";
- in osservanza delle circolari, delle linee guida, delle direttive, delle indicazioni, degli indirizzi e delle delibere dell' Autorità Nazionale Anticorruzione e delle ulteriori pubbliche Autorità a vario titolo preposte all'azione di prevenzione del rischio di corruzione e d'illegalità;
- nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione predisposto ed approvato con Delibera n. 831 del 3.08.2016 dall' Autorità Nazionale Anticorruzione in linea con le rilevanti modifiche legislative intervenute recentemente ed in attuazione delle nuove discipline in materia;

Il piano triennale di prevenzione della corruzione :

- recepisce dinamicamente le modifiche alla legge, i decreti attuativi, le intese, le circolari, le linee guida, le direttive, le indicazioni, gli indirizzi e le delibere di cui al periodo che precede, nonché le prescrizioni del piano nazionale anticorruzione;
- è imprescindibile atto di natura programmatica in quanto le disposizioni di prevenzione della corruzione sono attuazione diretta del principio di imparzialità che deve regolare l'azione amministrativa, di cui all'art. 97 della Costituzione;
- è adottato, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda, su proposta del Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
- a cura del Direttore Generale, è trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica ed alla Regione Basilicata;
- è pubblicato sul sito internet dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera in una apposita sezione;
- si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, sono tenuti a notificare il piano aziendale di prevenzione della corruzione ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza

periodica, in specie allorquando si sia proceduto a modifiche dello stesso.

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, entra in vigore successivamente alla consultazione sul sito istituzionale ed alla conseguente approvazione ed adozione da parte del Direttore Generale; per espressa previsione di legge, ha una validità triennale ed è aggiornato annualmente entro il 31 Gennaio di ciascun anno in ottemperanza all'art. 1 comma 8 della L. 190/2012 e s.m.i..

Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, tutte le previsioni contenute nel piano sono soggette a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell'immediato a fronte di specifiche emergenti necessità, soprattutto nel corso di ciascuna delle due annualità susseguenti alla presente - riferita all'anno 2017 - sulla base specialmente dei dati esperienziali frattanto acquisiti, al fine di realizzare un sistema di interventi organizzativi volti alla prevenzione ed al contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità sempre più realmente e concretamente rispondente alle esigenze dell'Azienda.

L'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati conseguiti nell'anno 2016 consentono la necessaria maturazione dell'esperienza tale per cui il piano stesso non si configura come una attività compiuta, ma si configura come un insieme di strumenti ed esperienze finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente affinati, modificati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

Il piano 2017-2019, proposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, è anche la risultante dell'attività di prevenzione della corruzione e della illegalità svolta negli anni precedenti dall'Azienda, a seguito dell'entrata in vigore della L. n. 190/2012 e s.m.i., e sinora concretizzatasi nei seguenti provvedimenti di ordine generale, consultabili sul sito aziendale, nella specifica sezione "prevenzione della corruzione":

1. deliberazione del Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 401 del 2 Aprile 2013 di individuazione del Dirigente Amministrativo dott. Rocco Ierone quale Responsabile della prevenzione della corruzione;
2. determinazione del Direttore Amministrativo dell' Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 820 del 10 Aprile 2013 - avente ad oggetto "Individuazione del personale di supporto alle attività del Responsabile della prevenzione della corruzione ";
3. deliberazione del Direttore Generale dell' Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 101 del 28 Gennaio 2016 - avente ad oggetto "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2016/2018 ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012 ".

Premessa

Il PTPC 2017/2019, trattandosi dell'implementazione del piano relativo al triennio precedente tiene conto significativamente delle indicazioni integrative contenuti nel PNA predisposto e adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione, in virtù degli interventi normativi che hanno inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale e sulla nozione di corruzione in senso ampio, coincidente con la *maladministration, intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari*.

Il mutato quadro normativo, le indicazioni integrative ed i chiarimenti intervenuti devono costituire il supporto operativo necessario per introdurre misure di prevenzione alla corruzione che consentano di migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto a livello sistemico, nella consapevolezza che il percorso di elaborazione del PTPC si sviluppa nel tempo e che quindi il presente aggiornamento si limiterà ad alcune correzioni di rotta possibili nel breve periodo, come la stessa ANAC precisa.

Pertanto, nel rimandare al PNA la trattazione della Strategia di prevenzione a livello nazionale, l'aggiornamento al PTPC, al fine di un rafforzamento dell'efficacia dello stesso, deve mirare all'adozione di misure di prevenzione della corruzione:

- oggettive, che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari voltati all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche;
- soggettive, che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie a favore degli uni e degli altri), ad una decisione amministrativa.

L'individuazione di tali misure spetta all'amministrazione che è in grado di conoscere la propria condizione organizzativa, la situazione dei propri funzionari, il contesto esterno nel quale si trovano ad operare.

La gestione del rischio tiene conto dei seguenti principi:

- a) Realizzazione dell'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza; non un processo formalistico o un mero adempimento burocratico;
- b) È parte integrante del processo decisionale; pertanto, non è un'attività meramente ricognitiva, ma supporto concreto di gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e interessa tutti i livelli organizzativi;
- c) Si integra con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della *performance*). Detta strategia trova un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi; gli obiettivi individuati nel PTPC per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori sono collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle

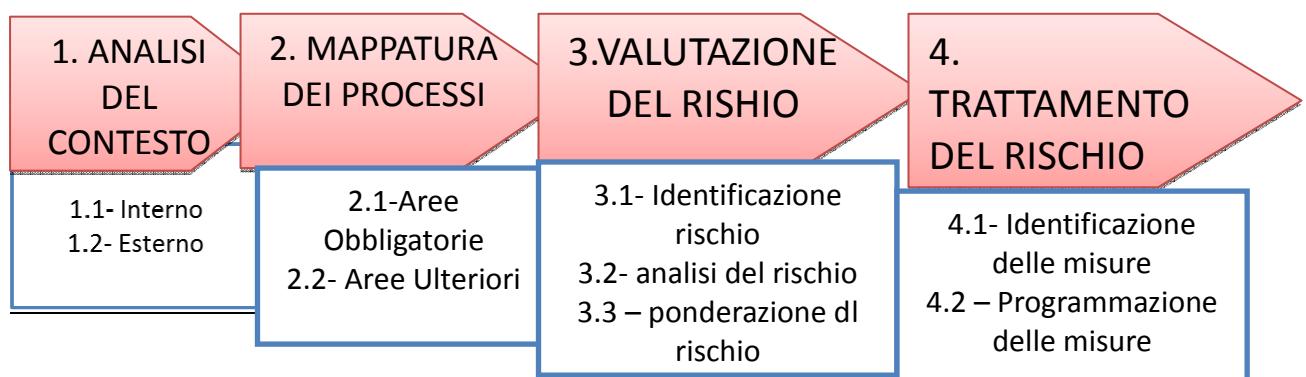
performance e negli obiettivi individuali annuali. L'attuazione delle misure previste nel PTPC è uno degli elementi di valutazione del dirigente e del personale non dirigenziale;

- d) È un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- e) Implica assunzione di responsabilità; si basa su un processo di diagnosi e trattamento, e richiede di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi che riguardano, in particolare, gli organi di indirizzo, i dirigenti, il RPC;
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC);
- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;
- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive. Implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo.

Le principali fasi del processo di gestione del rischio sono:

1. analisi del contesto interno ed esterno;
2. mappatura dei processi, effettuata su tutta l'attività svolta dall'amministrazione e non solo alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre ulteriori aree di rischio specifiche e generali;
3. la valutazione del rischio, tenuto conto delle cause degli eventi rischiosi;
4. il trattamento del rischio, consistente in misure concrete, sostenibili e verificabili.

Pertanto, preliminarmente, si procederà all'analisi del "contesto esterno" e del "contesto interno" per poi passare all'analisi delle altre fasi del processo di gestione del rischio.



Analisi del contesto esterno

(Fonte: Relazione periodica sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica presentata al Parlamento dal Ministero dell'Interno e pubblicata sul sito della camera dei Deputati)



ABITANTI
578.931

SUPERFICIE
9.994,61 KMQ

DENSITÀ COMUNI
57,9AB./KMQ 131

REGIONE BASILICATA

La Basilicata, per la sua naturale collocazione geografica, risulta principalmente una regione di collegamento e di transito per i traffici di droga, di t.l.e. di contrabbando nonché per l'introduzione di clandestini nel territorio nazionale. Essa, infatti, costituisce una meta d'interesse per i criminali provenienti dalla Puglia¹, dalla Campania e dalla Calabria.

Le dinamiche criminali monitorate nella regione sembrano ricalcare l'andamento dei trascorsi anni, evidenziando, tra l'altro, come molti dei delitti siano stati commessi dalle organizzazioni radicate nelle regioni limitrofe con sbocchi sui due mari: Jonio e Tirreno².

In Basilicata risultano attivi sodalizi criminali locali riconducibili al clan "Basilischi", duramente colpito dalle inchieste giudiziarie degli anni passati.

La Basilicata è territorio tanto di transito per immigrati clandestini quanto di destinazione, stanziale o stagionale, e di sfruttamento del lavoro di extracomunitari nel settore agricolo e in quello della piccola industria.

I principali settori illeciti di interesse per la malavita organizzata lucana, oltre ai traffici di armi e di sostanze stupefacenti, sono l'usura e le estorsioni (cui sono correlati attentati incendiari e/o dinamitardi e furti d'auto, di macchine agricole ed industriali).

A questi si affiancano altre attività delinquenziali quali le rapine, soprattutto in danno di istituti bancari, e la gestione del gioco d'azzardo e delle lotterie istantanee illecite, che coniuga bassi rischi ad ampi margini di lucro.

L'attività investigativa ha, inoltre, riscontrato il tentativo di condizionamento dell'amministrazione pubblica da parte delle locali consorterie.

In linea di massima, nella regione non sembrano arrestarsi le condotte intimidatorie poste in essere da ignoti con finalità estorsive; lo comprova ampiamente la presenza di alcuni reati spia come i danneggiamenti a cose, commessi, talvolta, anche con armi da fuoco.

I reati contro il patrimonio sono ad opera di gruppi criminali composti da lucani e da malavitosi di altre regioni, che agiscono con ramificazioni in varie province italiane.

In Basilicata sono state anche individuate discariche abusive adibite allo smaltimento di rifiuti speciali; tale attività illecita è stata agevolata dalle caratteristiche morfologiche del territorio lucano, dalla scarsa densità abitativa nonché dalla vicinanza ad aree con forte vocazione eco-mafiosa.

L'incidenza criminale degli stranieri sul territorio regionale risulta limitata. Tuttavia, è emersa la presenza di cittadini magrebini e di gruppi di cittadini di origine balcanica e albanesi che operano nel settore degli stupefacenti (talvolta in sinergia con elementi della criminalità locale, campana e pugliese), nonché di cinesi, dediti alla commercializzazione di prodotti contraffatti e non conformi agli standard di sicurezza previsti dalla normativa europea.

In generale nella regione si riscontra una discreta flessione dei delitti commessi. Nello specifico, risultano in diminuzione i reati connessi alle estorsioni ed ai danneggiamenti a fronte di un incremento delle rapine e dei furti.

PROVINCIA DI MATERA

Il territorio della provincia di Matera, per la sua naturale collocazione geografica caratterizzata da un importante sbocco sullo Ionio, favorisce l'interesse di elementi criminali provenienti dalle vicine regioni Puglia e Calabria.

L'area ionica, oltre che terra di transito, sembra essere diventata "terra di conquista": gruppi criminali allogenici da qualche anno sembrano preferirla per realizzare furti in appartamenti, in aziende agricole e masserie incustodite perlopiù dislocate nelle isolate lande.

Allo stato non emergono segnali di riconducibilità alla criminalità organizzata (ex art. 416 bis) di fatti ed eventi delittuosi in quanto non si registrano dinamiche legate alla presenza di clan di stampo mafioso.

Le attività delinquenziali perseguitate appaiono circoscritte allo spaccio degli stupefacenti, alle estorsioni di media rilevanza e al gioco d'azzardo.

Il panorama delinquenziale è così sintetizzabile:

- nel capoluogo opera, con zona di influenza nei comuni di Montescaglioso, Matera, Miglionico, Pomarico, Bernalda e dintorni, (influenza prevalente nella zona di Montescaglioso-Matera, Laterza, Bernalda, Castellaneta), collegamenti operativi nei settori degli stupefacenti, delle armi e degli esplosivi, delle estorsioni e delle minacce;

- nella fascia jonico-metapontina, cerniera ed arteria obbligata dei transiti illeciti tra il tarantino e la Calabria, si registra l'operatività nel comune di Policoro. Nello stesso comprensorio vi è attività nel traffico di sostanze stupefacenti, armi ed esplosivi, estorsioni, attentati dinamitardi e intimidatori nei confronti di operatori economici e commerciali e omicidi.

- Attività investigative hanno evidenziato all'interno della compagine mafiosa la gestione del traffico di stupefacenti nella fascia jonico-metapontina e nel territorio di Policoro. La cocaina veniva acquistata prevalentemente nei territori del cerignolano e del reggino³.

Il caporlato, con la sua incidenza in particolare nel comparto agricolo, continua ad avere una certa rilevanza soprattutto nel metapontino, dove numerosi stranieri sono avviati al lavoro nei campi. Si registra infatti, il coinvolgimento di imprenditori locali, in collegamento con soggetti extracomunitari, nel favoreggiamiento dell'immigrazione clandestina e nello sfruttamento quale manodopera in nero di cittadini di origine maghrebina, pakistana e bengalese.

Per quanto attiene ai reati ambientali, sono state accertate violazioni della normativa inerente allo smaltimento dei rifiuti solidi e speciali.

La criminalità straniera non manifesta un apprezzabile livello di penetrazione; tuttavia, nel settore degli stupefacenti, si sono consolidati "gruppi integrati" di criminali locali, pugliesi ed albanesi, che ne gestiscono il mercato.

Particolare attenzione è rivolta nei confronti di stranieri provenienti dalla Cina Popolare, presenti soprattutto nel capoluogo, dediti anche alla commercializzazione di prodotti contraffatti.

Dalle informazioni e dai dati che emergono dall'analisi del contesto esterno, sia a livello regionale che a livello provinciale, coincidente territorialmente con l'ambito di competenza dell'AS di Matera, si evidenzia che le aree di possibili influenze e pressioni a cui la struttura può essere interessata sono, da una parte il **tentativo di condizionamento dell'amministrazione pubblica da parte delle locali consorzierie**, dall'altro il fatto di aver individuato in Basilicata **discariche abusive adibite allo smaltimento di rifiuti speciali**; tale attività illecita è stata agevolata dalle caratteristiche morfologiche del territorio lucano, dalla scarsa densità abitativa nonché dalla vicinanza ad aree con forte vocazione eco-mafiosa.

La strategia di gestione del rischio, sarà quindi indirizzata con maggiore efficacia e precisione, provando a selezionare, sulla base delle suddette informazioni, le aree a rischio interessate al fine della identificazione e analisi dei rischi e conseguentemente della individuazione e programmazione di misure di prevenzione specifiche.

*Nel presente PTPC le Aree a Rischio interessate sono già mappate o in quanto Aree a Rischio Specifico, come l'Area di Rischio Contratti Pubblici (**condizionamento dell'amministrazione pubblica da parte delle locali consorzierie**) o in quanto Aree Ulteriori legate alla specificità delle competenze delle Aziende Sanitarie e precisamente le Aree di Rischio che fanno capo ai Dipartimenti di Prevenzione sia Umana che della Sanità e Benessere Animale, con le loro indirette o specifiche competenze in materia di*

*controlli ambientali, di prevenzione di inquinamento e sfruttamento in ambito agricolo (**caporalato**), di Medicina del lavoro e sicurezza negli ambienti di lavoro (**caporalato**).*

Nell'ambito dell'Area a Rischio Contratti Pubblici, saranno introdotte specifiche misure, quali l'adozione di Protocolli di Legalità o Patti di Integrità da inserire nei capitolati di gara, confermare e/o inserire quale misura obbligatoria l'acquisizione della dichiarazione di assenza di Conflitto di Interessi da parte di tutti gli attori partecipanti alle fasi di gestione attiva delle gare pubbliche, obbligo di trasparenza in tutti i procedimenti di gara e conseguente pubblicazione sul sito aziendale dei processi in atto.

*Nell'ambito dell'Area di Rischio dei Dipartimenti di Prevenzione le misure da identificare sono connesse alla implementazione dei sistemi di controllo istituzionale (controlli presso cantieri ai fini della prevenzione negli ambienti di lavoro (**caporalato ed immigrazione**), nonché dei controlli nelle aziende zootecniche ed agricole (inquinamento ambientale ed alimentare).*

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

Per l'analisi del contesto interno si ha riguardo agli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione operativa che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruzione. In particolare essa è utile a evidenziare, da un lato, il sistema delle responsabilità e, dall'altro, il livello di complessità dell'amministrazione o ente.

IL CONTESTO TERRITORIALE

L'ASM, Azienda Sanitaria Locale di Matera opera su un territorio esteso 3.446 kmq coincidente con la provincia di Matera, con una popolazione complessiva di 200.597 abitanti (FONTE ISTAT), distribuiti in 31 comuni, suddivisi in due ambiti distrettuali coincidenti con i comprensori delle due ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, che a partire dal 01/01/2009 sono confluite nella nuova ASM, ai sensi della L.R. n. 12/2008.

Il territorio della ASM, confina a Nord con la Puglia (Provincia di Bari e Provincia di Taranto), ad Ovest con la provincia di Potenza, a Sud con la Calabria (Provincia di Cosenza), geograficamente comprende una grande parte collinare (Collina materana) ed una piccola parte pianeggiante (Metapontino).

Nello specifico, il territorio della provincia di Matera, per il 5% montuoso, il 72% collinare e il 23% pianeggiante, può essere suddiviso in quattro zone, delimitate da linee di spartiacque, o da dorsali più o meno significative e da quelli elementi storico-geografici che possano definire e rappresentare lo spazio fisico della provincia materana attraverso ambiti omogenei.

Questi ambiti territoriali possono coincidere, per ulteriore semplificazione, con quelli dei limiti amministrativi dei comuni così aggregati:

a) Area di Matera

Comprende il solo comune di Matera che, come capoluogo di Provincia, rappresenta un fenomeno del tutto atipico nelle dinamiche territoriali, sia per dimensioni che per le problematiche emergenti.

b) Area del Metapontino

Comprende i comuni gravitanti sulla costa Ionica, includendo oltre quelli costieri (Bernalda, Pisticci, Scanzano Ionico, Policoro, Rotondella e Nova Siri) anche quelli che vi gravitano intorno (Montalbano Ionico, Tursi, Colobraro, Valsinni e San Giorgio Lucano).

c) Area del Medio Basento e della Collina Materana

Comprende i comuni della collina interna posti tra i fiumi Basento e Agri (Calciano, Garaguso, Oliveto e Salandra a Nord, Accettura, S.Mauro Forte e Ferrandina al centro, Gorgoglione, Cirigliano, Stigliano, Craco ed Aliano a Sud).

d) Area del Materano

Comprende infine i comuni posti intorno all'asse Bradanica ovvero (Irsina, Tricarico, Grassano, Grottole, Miglionico, Pomarico e Montescaglioso).

Da tale articolazione emerge la realtà di un territorio (quello della provincia di Matera) assai eterogeneo sia nelle componenti geomorfologiche, sia in quelle naturalistiche sia in quelle socio-economiche e storico-culturali. Il suo paesaggio, infatti, mostra, in una superficie relativamente poco estesa, aspetti naturalistici molto vari.

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia.

Nella classifica delle 110 provincie territoriali italiane ordinate per densità di popolazione, la provincia di Matera si posiziona al 99° posto.

In particolare la popolazione della provincia di Matera, pari come detto a 200.597 abitanti, comprende il 35% circa della popolazione regionale: il 30% circa della suddetta popolazione è concentrato nel capoluogo, il 40% in 7 Comuni ed il restante 30% nei Comuni più piccoli del comprensorio.

La bassa densità della popolazione unitamente alla non favorevole conformazione geografica, costituiscono di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale.

La dotazione di infrastrutture nella provincia di Matera risulta alquanto scarsa, come emerge dalle relative graduatorie stilate tra le provincie italiane, indebolendo pesantemente il sistema dei collegamenti tra i centri abitati e rallentando gli spostamenti della popolazione.

Infatti, uno dei nodi critici del territorio di Matera è rappresentato dalla particolare situazione che caratterizza la rete stradale della provincia.

Essa si estende per 2.755 Km dei quali gran parte (41%) sono extraurbane, prevalentemente di piccole dimensioni e di non facile percorribilità. Il 22,9 % è costituito da strade statali e il restante 35% da strade comunali e provinciali.

La rete viaria che collega i singoli Comuni tra di loro e con gli altri Comuni regionali e non, è caratterizzata da strade strette e tortuose, accidentate e spesso franose, che condizionano notevolmente la viabilità rendendo i tempi di percorrenza sproporzionati rispetto alle distanze.

Tale assetto del territorio di fatto condiziona le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

In tale modello, che deve uniformarsi con gli standard previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, un ruolo importantissimo, proprio per le caratteristiche intrinseche alla struttura territoriale, è affidato alla rete dell'Emergenza – Urgenza, che, attraverso la diffusione capillare di postazioni di 118, deve essere in grado di assicurare a tutta la popolazione del comprensorio il primo soccorso e l'eventuale immediato trasferimento nei Presidi vicini più idonei a fornire adeguate risposte assistenziali.

L'ASM di Matera, con 200.597 abitanti, comprende il 35% circa della popolazione regionale: il 30% circa della suddetta popolazione è concentrato nel capoluogo, il 40% in 7 Comuni ed il restante 30% nei Comuni più piccoli del comprensorio.

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'ASM di Matera, come detto, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.446, circa il 34% del territorio regionale (pari a 9.995 Kmq), con una densità media di 58 abitanti per kmq, leggermente superiore al valore medio regionale.

La popolazione della Provincia di Matera che, come detto, al 31.12.2015 ammonta a 200.597 unità, evidenzia un calo di 708 unità rispetto alla stessa data del 2014, quando la popolazione era di 201.305 residenti, di cui 98.864 uomini e 102.441 donne. Alla fine di Dicembre 2015 i maschi erano 98.606, pari al 49,16% dell'intera popolazione, mentre le femmine, 50,84% dei residenti, sommavano 101.991 unità.

La densità per Kmq è pari a 57,66 abitanti e si colloca tra le più basse nella graduatoria delle Province italiane. I dati relativi alla popolazione e riportati nelle tabelle che seguono sono quelli pubblicati sul Sito Istat nel mese di Giugno 2016 e non differiscono da quelli utilizzati dalla Regione per il riparto del fabbisogno sanitario regionale standard.

La Tabella seguente, evidenzia, per singolo Comune del comprensorio di questa ASL, il numero della popolazione residente al 31/12/2015, quella al 31/12/2014, la relativa differenza, la superficie in kmq, la densità per kmq e l'altitudine in metri sopra il livello del mare.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Matera - Via Montescaglioso 75100 Matera

COMUNI	POPOLAZIONE	POPOLAZIONE	DIFERENZA 2015 vs 2014	Superficie km ²	Densità ab./km ²	Altitudine m s.l.m.
	abitanti al 31.12.2015	abitanti al 31.12.2014				
MATERA	60.436	60.524	-88	392,09	154,1	401
Pisticci	17.768	17.849	-81	233,67	76,0	364
Policoro	17.313	17.196	117	67,66	255,9	25
Bernalda	12.453	12.505	-52	126,19	98,7	126
Montescaglioso	9.942	10.021	-79	175,79	56,6	352
Ferrandina	8.853	8.860	-7	218,11	40,6	497
Scanzano Jonico	7.564	7.521	43	72,18	104,8	21
Montalbano Jonico	7.357	7.370	-13	136,00	54,1	288
Nova Siri	6.775	6.729	46	52,75	128,4	355
Tricarico	5.388	5.451	-63	178,16	30,2	698
Grassano	5.189	5.273	-84	41,63	124,6	576
Tursi	5.037	5.074	-37	159,93	31,5	210
Irsina	4.960	4.988	-28	263,47	18,8	548
Stigliano	4.361	4.446	-85	211,15	20,7	909
Pomarico	4.145	4.172	-27	129,67	32,0	454
Salandra	2.829	2.851	-22	77,44	36,5	552
Rotondella	2.657	2.674	-17	76,72	34,6	576
Miglionico	2.510	2.525	-15	88,84	28,3	461
Grottole	2.208	2.228	-20	117,15	18,8	482
Accettura	1.856	1.877	-21	90,37	20,5	770
San Mauro Forte	1.552	1.583	-31	87,06	17,8	540
Valsinni	1.544	1.581	-37	32,22	47,9	250
Colobraro	1.266	1.286	-20	66,61	19,0	630
San Giorgio Lucano	1.217	1.237	-20	39,26	31,0	416
Garaguso	1.073	1.086	-13	38,61	27,8	492
Aliano	1.008	1.029	-21	98,41	10,2	555
Gorgoglione	989	1.006	-17	34,93	28,3	800
Calciano	777	778	-1	49,69	15,6	420
Craco	745	747	-2	77,04	9,7	391
Oliveto Lucano	450	458	-8	31,19	14,4	546
Cirigliano	375	380	-5	14,90	25,2	656
TOTALE	200.597	201.305	-708	3.478,89	57,7	

Al fine di consentire un raffronto omogeneo con la realtà territoriale dell'altra Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Basilicata, si riportano, nella successiva Tabella, i dati relativi alla popolazione al 31/12/2015, alla superficie e alla densità degli abitanti per kmq, distinti per singola ASL.

AZIENDA SANITARIA	Popolazione al 31.12.2015	%	Superficie Km ²	%	Densità Ab/km ²
ASP POTENZA	373.097	65%	6.548,49	66%	57,0
ASM MATERA	200.597	35%	3.446,12	34%	58,4
REGIONE BASILICATA	573.694	100%	9.994,61	15%	57,4

Dai dati sopra riportati si evince come la popolazione dell'ASM di Matera è poco più di un terzo di quella regionale, con una densità di abitanti per km² di poco superiore a quella media regionale.

IL CONTESTO DEMOGRAFICO

Nel complesso la popolazione residente nella Provincia di Matera nel 2015 ha fatto registrare rispetto all'anno precedente un modesto decremento, nell'ordine dello 0,35 %, pari a 708 unità, che è la risultante delle dinamiche di aumento (Novasiri, Policoro e Scanzano) e di decremento (ben 28 paesi, compresa Matera) che hanno interessato i 31 Comuni.

Nel 2015 il saldo naturale della popolazione è stato negativo per 627 unità, derivanti da 1.462 nascite e 2.089 decessi. A differenza degli anni precedenti anche il saldo migratorio della popolazione presenta per il 2015 un dato negativo: le iscrizioni da altri Comuni e dall'estero sono state pari a 2.962 mentre le cancellazioni hanno riguardato 3.043 casi.

Nello specifico i Comuni che hanno evidenziato un saldo totale positivo sono nell'ordine Policoro (+117), Scanzano (+46), Novasiri (+43) ; tutti gli altri Comuni fanno registrare saldi negativi. Rispetto al 2014 sono pochissime le Comunità che hanno fatto registrare un incremento dei residenti rispetto al periodo precedente.

Il Comune col maggior numero di abitanti è Matera (30% della popolazione totale della ASL), seguito nell'ordine da Pisticci (9%), Policoro (8%), Bernalda (6%), Montescaglioso (5%) e via via tutti gli altri; i 5 Comuni suddetti rappresentano quasi il 60% dell'intera popolazione residente nel comprensorio dell'ASM, la rimanente parte è frazionata negli altri 26 comuni della provincia di Matera.

Il Comune più piccolo è Cirigliano con 375 abitanti (è il secondo comune più piccolo per numero di abitanti della Regione Basilicata, preceduto da San Paolo Albanese), seguito da Oliveto Lucano con 460, Craco con 74,5 Calciano con 777 e Gorgoglione che nel 2015 è scesa a 989 abitanti; tutti gli altri Comuni hanno comunque una popolazione superiore ai mille abitanti.

Nel 2015 il numero complessivo dei nati nella provincia di Matera è stato pari a 1.462 unità, con una riduzione di 61 neonati, pari al -4% rispetto al biennio precedente.

Nell'anno 2015 il numero complessivo dei deceduti nella provincia di Matera è stato pari a 2.089 unità, con un aumento di ben 183 decessi, pari al 9,5% rispetto all'anno 2013.

Rispetto al dato del biennio precedente, cioè al 31 Dicembre 2013, alla fine dell'anno 2015 la suddivisione della popolazione per classi di età conferma la tendenza all'invecchiamento dei residenti nella Provincia di Matera.

Le prime quattro classi di età, sino ai giovani con 24 anni compiuti, mostrano un decremento, che risulta abbastanza accentuato per i bambini sino a 10 anni i quali sono diminuiti di quasi 700 unità.

Le classi di età intermedia si attestano sostanzialmente sugli stessi valori della fine del 2013, mentre la popolazione più anziana è cresciuta di numero.

I residenti fra 65 e 74 anni sono aumentati di 650 unità, mentre a popolazione ultrasettantacinquenne ha evidenziato un aumento di 826 persone.

Quindi, la concomitante diminuzione del valore assoluto dei residenti e l'aumento delle classi di età più anziane testimoniano un sostanziale invecchiamento dei residenti, fenomeno comune a tutta la nazione, ma più accentuato in alcune realtà del Centro Sud.

IL PROFILO AZIENDALE

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), nata il 1° gennaio 2009 dall'accorpamento delle ex ASL n. 4 di Matera e n. 5 di Montalbano Jonico, in ottemperanza alla Legge Regionale n. 12/2008, è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica, autonomia gestionale, amministrativa, contabile e patrimoniale in conformità alla normativa nazionale e nel rispetto dei principi previsti dalle disposizioni regionali. L'assetto istituzionale dell'Azienda è disciplinato dall'Atto Aziendale che è il documento con cui vengono definiti i principi generali, le linee strategiche e l'assetto organizzativo dell'Azienda. Esso esplicita la *mission*, ossia la ragione d'essere dell'Azienda e l'ambito in cui l'Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguitate, la *vision*, vale a dire l'insieme degli obiettivi di lungo periodo, ed il *sistema valoriale* a cui si ispira la gestione aziendale.



MISSION

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, quale parte integrante del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale, è orientata a soddisfare i bisogni di salute della propria popolazione mediante la erogazione coordinata di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali.



VISION

La visione strategica dell'Azienda è improntata al miglioramento continuo della qualità della propria offerta di salute, nel rispetto dei bisogni, delle aspettative e delle preferenze della persona



VALORI

Centralità della persona; Integrazione, Apertura, Trasparenza e Collaborazione; Informazione; Comunicazione e Partecipazione; Qualità, Formazione e Ricerca; Valutazione; Innovazione

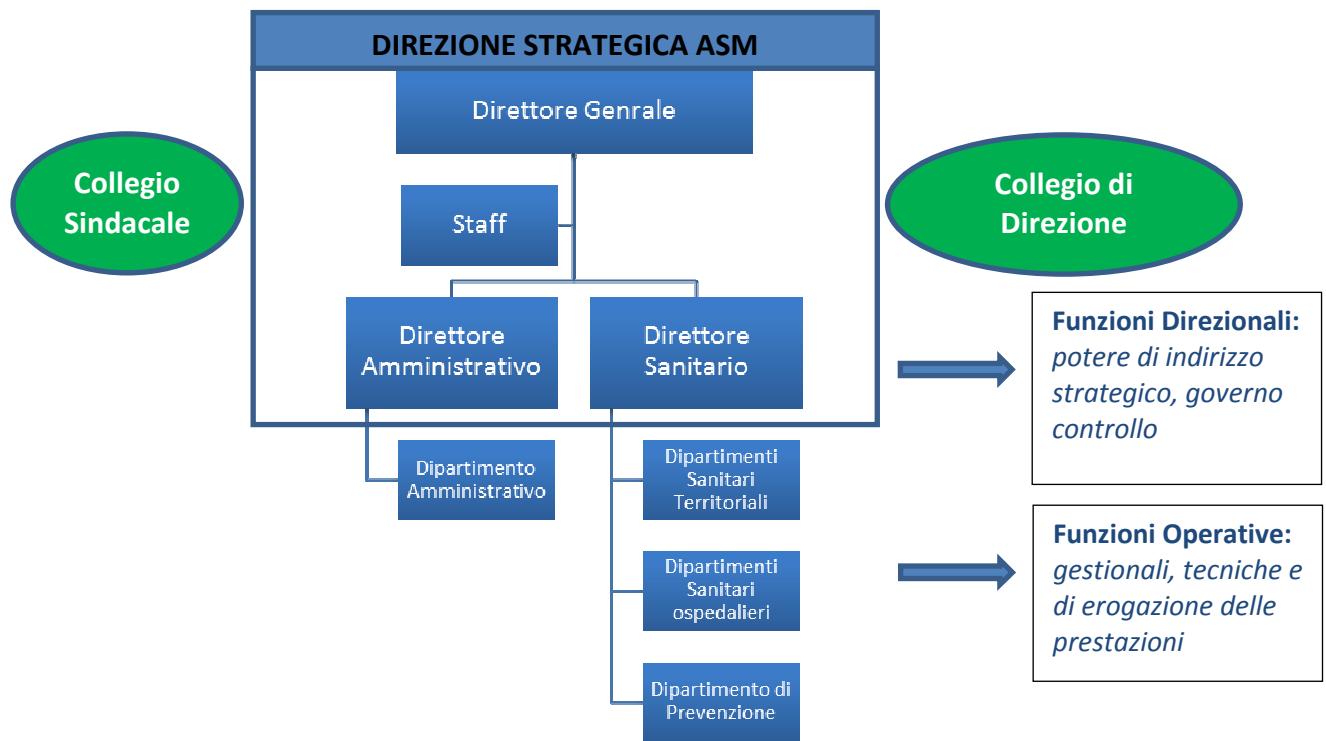
L'ASSETTO ORGANIZZATIVO

L'organizzazione dell'ASM di Matera, così come specificatamente indicato nell'Atto Aziendale, è preposta a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dell'efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell'intera attività aziendale.

L'impianto organizzativo adottato da quest'Azienda si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della Direzione Generale e Strategica dell'Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi aziendali.

Nella figura seguente viene rappresentato sinteticamente l'assetto funzionale dell'ASM, con il funzionigramma aziendale.

Il funzionigramma della ASM



Le **Funzioni Direzionali** rappresentano l'insieme delle attività finalizzate alla pianificazione, alla programmazione e all'assunzione delle decisioni di alta amministrazione. In particolare, si esercitano attraverso: la pianificazione strategica, l'assetto organizzativo, le politiche di investimento, le politiche di bilancio, le politiche del personale; la promozione di sistemi di qualità; la comunicazione interna ed esterna.

Le **Funzioni Operative** sono costituite da:

- **Funzioni di produzione di servizi sanitari**, esercitate dalla linea produttiva, rappresentano l'insieme di attività finalizzate all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Le strutture di produzione operano con autonomia tecnico-professionale e con

autonomia gestionale nei limiti fissati dalla Direzione Aziendale che assume la responsabilità della governance sull'andamento complessivo della produzione;

- **Funzioni Tecniche ed Amministrative e di supporto**, finalizzate a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e alle attività di produzione. Tali funzioni sono esercitate in una prospettiva che privilegia e pone al centro del sistema il paziente, ricercando la massima integrazione funzionale con tutte le altre attività aziendali, favorendone l'efficienza ed assicurando la qualità degli aspetti organizzativi e logistici di natura tecnica ed amministrativa.
- **Funzioni di Staff**, assolvono ad una molteplicità di attività eterogenee. Alcune linee di attività sono finalizzate alla produzione e fornitura diretta di taluni servizi accessori che per loro natura si ritiene opportuno centralizzare; altre sono deputate alla gestione dei principali meccanismi operativi aziendali. Queste ultime sono quindi finalizzate a supportare, con la loro attività tecnica, la Direzione Aziendale nel processo decisionale. Supportano, altresì, tutte le strutture di produzione nell'esercizio delle loro attività e nel perseguitamento degli obiettivi, anche attraverso la standardizzazione dei metodi di lavoro.

ORGANI DELL'AZIENDA SANITARIA ED ORGANISMI COLLEGIALI

Sono **Organi** dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera:

- il **Direttore Generale**, cui competono tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza legale dell'Azienda; egli è tenuto ad assicurare il regolare funzionamento dell'Azienda. Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni direttamente, ovvero delegandole nella forma e secondo le modalità previste dall'Atto Aziendale. E' responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Giunta Regionale, nonché della corretta ed economica gestione delle risorse.
- il **Collegio sindacale**, che esercita il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, verificando la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa e contabile.
- il **Collegio di Direzione**, che è organo consultivo del Direttore Generale nell'espletamento delle funzioni di pianificazione strategica delle attività, dei relativi sviluppi gestionali ed organizzativi e della valutazione dei risultati conseguiti, concorre inoltre alla programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di alta integrazione sanitaria.

Il Direttore Generale è coadiuvato nell'esercizio delle proprie funzioni dal Direttore Amministrativo e dal Direttore; tutti e tre costituiscono la **Direzione Strategica** dell'Azienda. Essa esercita funzioni di indirizzo politico-amministrativo, definisce gli obiettivi e i programmi dell'Azienda e stabilisce le linee fondamentali di organizzazione delle Strutture, ispirando le proprie scelte al superamento di una impostazione burocratica e mansionale ed all'affermazione effettiva del coinvolgimento, della valorizzazione e della responsabilizzazione della dirigenza mediante la identificazione comune dei valori di riferimento, la realizzazione di ampi e negoziati margini di autonomia gestionale per l'attuazione della mission aziendale.

La Direzione Strategica definisce e assegna specifiche responsabilità di gestione sia nell'ambito del governo assistenziale che economico amministrativo, attribuendole, rispettivamente, al Direttore Sanitario e al Direttore Amministrativo.

I principali **Organismi Collegiali** dell'Azienda sono:

- la **Conferenza dei Sindaci dei Comuni** che rientrano nel territorio dell'Azienda: è l'organismo rappresentativo delle Autonomie Locali a cui spetta il diritto dovere di esprimere i bisogni sociali ad integrazione sanitaria delle comunità amministrate;

- il **Consiglio dei Sanitari**, è organismo elettivo dell'Azienda con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario;
- il **Comitato Etico** ha il compito di fornire pareri, nel rispetto delle vigenti disposizioni legislative nazionali ed internazionali in materia di: ricerca scientifica biomedica, sperimentazione di nuovi farmaci, procedure terapeutiche e diagnostiche innovative, problematiche di natura etica connesse all'attività di diagnosi e cura svolte nell'Azienda Sanitaria;
- il **Comitato Unico di Garanzia (CUG)** ha una funzione propositiva e di verifica ai fini della promozione e potenziamento delle azioni dirette a favorire la pari dignità e l'uguaglianza del lavoro fra uomini e donne, rimuovere e prevenire la discriminazione relativa al genere, all'età, all'orientamento sessuale, alla razza, alla disabilità, alla religione, nel trattamento e nelle condizioni di lavoro, attuare politiche di conciliazione vita/lavoro, migliorare il benessere lavorativo e prevenire il disagio lavorativo;
- il **Comitato Consultivo Zonale**, costituisce la sede nella quale sviluppare il confronto, la partecipazione e la condivisione delle principali tematiche aziendali; esso è costituito da rappresentanti dell'Azienda e da rappresentanti dei medici di medicina generale e continuità assistenziale, pediatri di libera scelta, specialisti ambulatoriali e all'occorrenza da rappresentanze degli altri professionisti sanitari;
- l'**Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)**, è stato istituito dall'art.14 del D.Lgs. n. 150/2009; è un organismo autonomo con il compito di monitorare il sistema di misurazione e valutazione annuale dei risultati, garantendo la correttezza dell'intero processo della performance;
- il **Comitato Consultivo Misto** aziendale e di distretto partecipa attivamente al processo di controllo e miglioramento della qualità dei servizi offerti, favorendo la più ampia partecipazione dei cittadini al processo decisionale e di verifica dei risultati. Ha lo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e dei servizi sanitari alle esigenze degli utenti;

IL MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE AZIENDALE

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;
- adesione al modello organizzativo integrato definito nell'Accordo Programmatico Interaziendale, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015, i cui strumenti sono rappresentati da:
 - Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
 - Reti Integrate Interaziendali;
 - Strutture Complesse Interaziendali;
 - Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

L'organizzazione aziendale, inoltre, in ottemperanza alle disposizioni normative regionali, si uniforma ai seguenti criteri:

- realizzazione di un modello organizzativo e procedurale flessibile finalizzato a massimizzare la capacità dell'Azienda di rispondere con efficacia alla complessità ed alla dinamicità intrinseche al sistema sanitario;

- caratterizzazione strutturale e funzionale finalizzata alla realizzazione di una azienda "corta", "snella", a schema operativo tendenzialmente "orizzontale e integrato" con poca distanza fra vertice strategico e nucleo operativo;
- responsabilizzazione diffusa ai vari livelli della dirigenza aziendale, con la valorizzazione ed il coinvolgimento attivo delle risorse professionali nella logica del "management diffuso" che assicura visibilità sia dei risultati raggiunti sia dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale;
- valorizzazione, potenziamento e omogeneizzazione dei processi di integrazione Ospedale e Territorio, attraverso la definizione e l'implementazione di specifici percorsi diagnostico - terapeutici integrati e multidisciplinari;
- aggregazione del maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee secondo criteri di affinità e complementarietà delle unità operative, e per strutture multipresidio, a dimensione multiprofessionale e polispecialistica, comprendendo l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico – assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici;
- individuazione dei centri di responsabilità e realizzazione dell'autonomia loro attribuita e delle corrispondenti responsabilità organizzativa, gestionale e tecnico – professionale, clinica e di budget;
- determinazione delle dotazioni organiche correlate all'effettivo fabbisogno quali/quantitativo del personale in ragione dell'evoluzione dell'attività aziendale e della razionalizzazione dei servizi, nel rispetto dei vincoli e delle indicazioni definite dalla programmazione nazionale e regionale;
- adozione di strumenti e meccanismi di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati;
- valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nell'Azienda con rispetto delle pari opportunità tra uomo e donna;
- attivazione di sistemi di comunicazione interna ed esterna anche a garanzia della imparzialità e trasparenza dell'azione amministrativa, fatta salva la riservatezza riguardo al trattamento dei dati sensibili di cui alle leggi vigenti;
- sviluppo delle attività che consentano l'acquisizione di risorse finanziarie proprie anche mediante sperimentazioni.

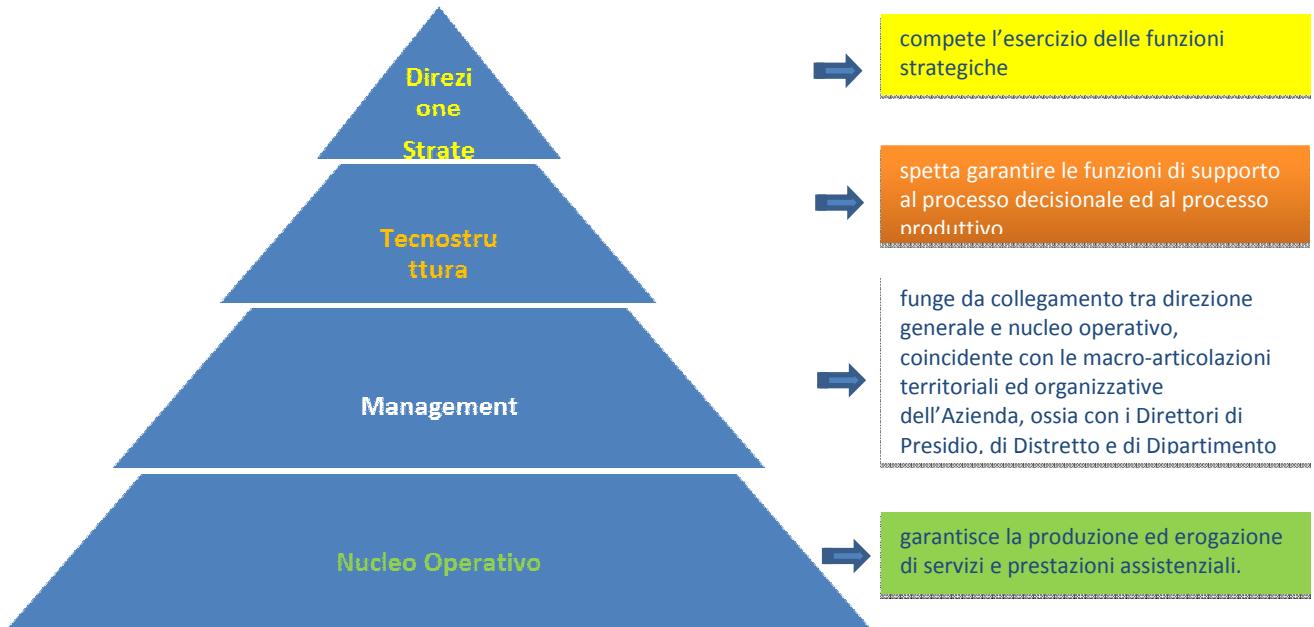
L'organizzazione aziendale si articola nei seguenti 4 quattro macrolivelli: Direzione Strategica, Tecnostruttura, Management e Nucleo Operativo.

Il modello organizzativo adottato dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso.

L'organizzazione aziendale si articola nei seguenti 4 quattro macrolivelli: Direzione Strategica, Tecnostruttura, Management e Nucleo Operativo.

Figura 1.2. Macroarticolazione organizzativa della ASM



L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- **assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;**
- **assistenza distrettuale;**
- **assistenza ospedaliera.**

Conseguentemente l'assetto organizzativo aziendale si articola nelle seguenti macro strutture:



L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);
- Servizi (sub articolazioni di strutture e/o aree di attività affidate a personale dirigente).

Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;
- responsabilità funzionale e/o gestionale;
- attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrate in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale. Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati come Posizioni Organizzative e Coordinamenti per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed

organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione.

L'impianto organizzativo aziendale si uniforma a quello previsto per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, assumendo la forma e la logica della rete.

L'Azienda sviluppa il modello dipartimentale di cui all'art. 29 della L.R. 31 agosto 2001 n. 39 aggregando il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee (AFO) e per strutture multi-presidio comprendendo in ogni caso l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici.

L'Azienda si organizza, inoltre, in strutture dipartimentali e reti interaziendali per i percorsi specialistici clinico-terapeutici ad alta specialità individuati dalla programmazione regionale, nonché per le politiche della prevenzione e per i servizi di emergenza. Il disegno strutturale del sistema salute regionale, in cui si colloca l'organizzazione dell'Azienda, si incentra su modelli dipartimentali di varia tipologia, preordinati a dare attuazione alle funzioni sanitarie cui è preposta, favorendo l'integrazione professionale e organizzativa fra le singole strutture aziendali e interaziendali.

L'individuazione dei Dipartimenti che garantiscono l'offerta di prestazione per i tre livelli essenziali di assistenza, viene effettuata tenendo conto:

- dei mutevoli bisogni assistenziali;
- degli intervenuti e successivi atti della programmazione nazionale o regionale;
- delle variabili modalità dei percorsi diagnostici e di cura;
- delle strategie regionali, miranti ad assegnare e potenziare ambiti di attività clinico-assistenziale da attuarsi conseguentemente ad esiti di ricerca e sviluppo, ovvero di produzioni che assumono carattere di particolare rilevanza sia in termini qualitativi che quantitativi.

Detti elementi determinano la necessità di nuovi assetti organizzativi, più consoni ed adeguati rispetto ai bisogni ed alle finalità che si intendono perseguire, comportando diversi dimensionamenti dei dipartimenti sia nel numero che nelle funzioni e tipologie.

In particolare, coesistono Dipartimenti definibili essenzialmente come Dipartimenti strutturali e ritenuti adeguati per rispondere agli obiettivi definiti in ciascuna azienda, con i dipartimenti cosiddetti funzionali, caratterizzati da funzioni trasversali e per processi.

Tali innovazioni organizzative, che si caratterizzano per la loro capacità di fronteggiare con maggiore adeguatezza la dinamicità e repertinità dei cambiamenti in sanità, mirano anche a modificare profondamente le logiche interne all'attuale sistema e sviluppare una organizzazione non più solo verticistica ma anche "orizzontale" delle attività, garantendo in tal modo un aumento del grado di collaborazione e partecipazione.

Su tali modelli funzionali si strutturano i "Dipartimenti Interaziendali" e le "Reti Integrate Interaziendali" intese quale insieme di professionisti, strutture, tecnologie e processi, finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso. Le reti integrate dei servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario regionale, assicurando equità di accesso, efficienza operativa e nell'allocazione delle risorse ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

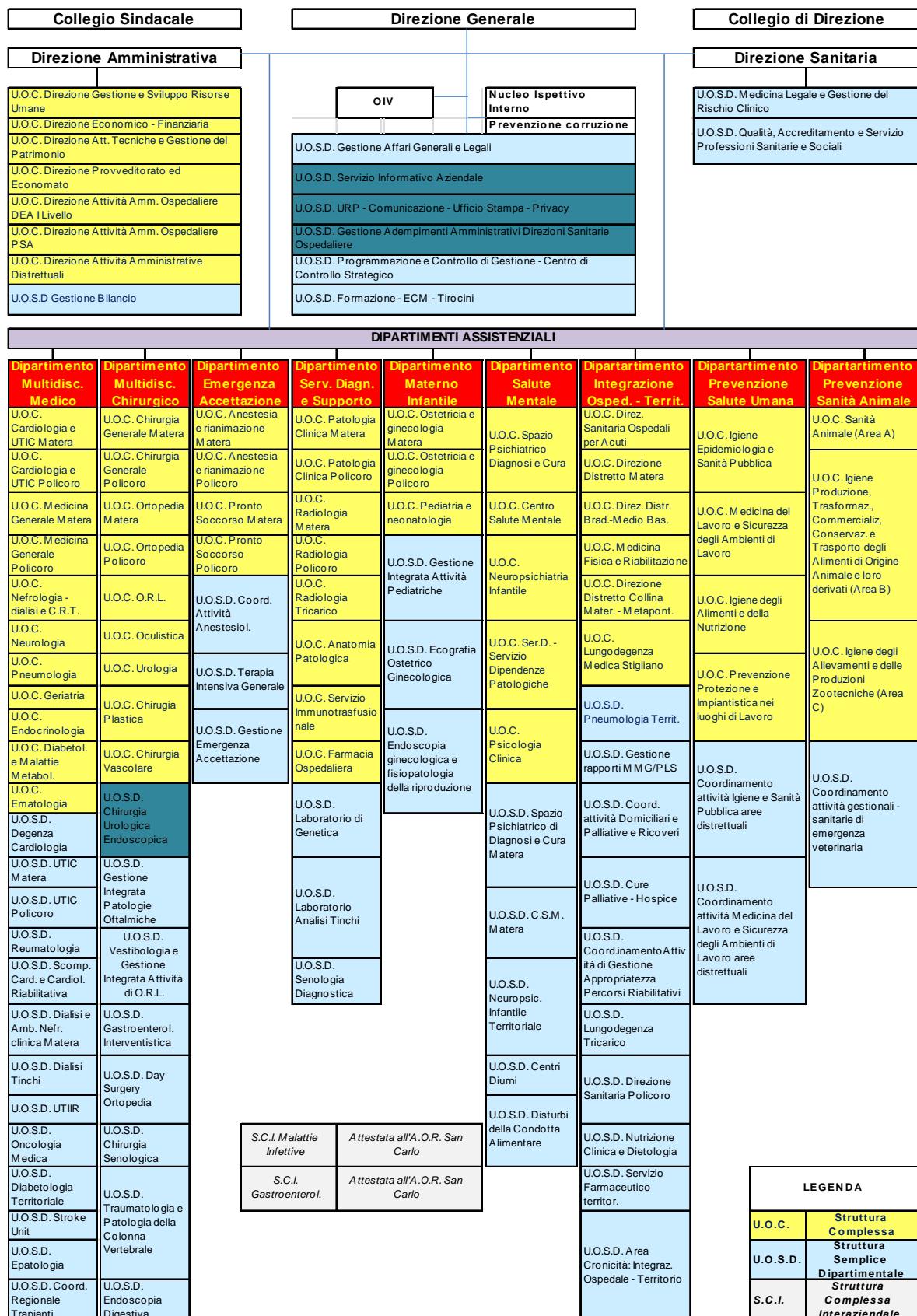
In conformità alle indicazioni programmatiche regionali, l'Atto Aziendale dell'ASM ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, da attuare nell'immediato, per consentire il graduale passaggio al nuovo modello organizzativo, evitando ripercussioni negative sull'operatività e funzionalità dei servizi, con particolare riferimento a quelli assistenziali.

Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa dell'ASM prevista per la fase transitoria dall'Atto Aziendale.

Organigramma Aziendale

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Matera - Via Montescaglioso 75100 Matera



L'OFFERTA AZIENDALE

L'ASM è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Basilicata. In tale ambito si caratterizza per la sua funzione pubblica di promozione e tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività.

Svolge funzioni di analisi dei bisogni di salute e della domanda di servizi sanitari che soddisfa sia attraverso l'erogazione diretta di servizi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, sia avvalendosi di soggetti accreditati con l'Azienda stessa, secondo i principi di appropriatezza previsti dalla normativa vigente e nell'ambito delle compatibilità economiche derivanti dal sistema di finanziamento regionale..

L'ASM opera attraverso un sistema aperto, attento e sensibile al cambiamento in atto nel contesto demografico socio - economico ed epidemiologico, che sottende le dinamiche della domanda di salute in generale.

La rete di offerta dell'ASM è articolata in strutture assistenziali, con diverse destinazioni funzionali, localizzate nei 31 comuni di afferenza. In particolare le strutture dell' offerta, presenti sul territorio, sono i 2 ospedali per acuti, i 3 ospedali distrettuali, le sedi distrettuali eroganti assistenza di tipo territoriale, le postazioni di 118.

PRESIDI OSPEDALIERI

I Presidi Ospedalieri sono sistemi di organizzazione integrata delle attività in regime di ricovero e specialistiche ambulatoriali, erogate attraverso i Dipartimenti e le Unità Operative ad essi afferenti.

L'ASM assicura le prestazioni relative all'assistenza ospedaliera attraverso le seguenti strutture ospedaliere:

- Presidio Ospedaliero per acuti di Matera
- Presidio Ospedaliero per acuti di Policoro
- Ospedale Distrettuale di Tinchi
- Ospedale Distrettuale di Stigliano
- Ospedale Distrettuale di Tricarico

Presidio Ospedaliero Madonna delle Grazie di Matera

Il P.O. di Matera è l'Ospedale principale della ASM, con volume complessivo di 310.000 metri cubi.

La superficie del complesso ospedaliero è di circa 63.000 mq che può accogliere complessivamente fino a 530 posti letti.

Nel 2015 i **posti letto** attivi sono stati complessivamente **372**, di cui **300 ordinari e 72 Day Hospital**, con **6** posti letto funzionali per l'**OBI**.

La Struttura dispone di 6 sale operatorie complete di sala di preparazione dei pazienti.

In conformità all'impianto delineato dal Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, il P.O. "Madonna delle Grazie" di Matera è un Ospedale di media - elevata complessità, sede di Dipartimento di I livello di emergenza, con unità operative di chirurgia generale e medicina generale con orientamento specialistico diversificato.

In qualità di DEA di I livello, il P.O. di Matera deve garantire, oltre alla funzioni di Pronto Soccorso Attivo (PSA), anche interventi diagnostico terapeutici di emergenza medica, chirurgica, ortopedica, ostetrica, pediatrica e neonatalogica, un trauma center nonché osservazione breve, assistenza cardiologica, rianimatoria e prestazioni di laboratorio di analisi chimico clinico e microbiologiche, di diagnostica per immagini (TAC, RMN) ed immunoematologia.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Matera - Via Montescaglioso 75100 Matera

È prevista la presenza di una “guardia attiva” per 24 ore in medicina generale, chirurgia generale ed anestesia e rianimazione, ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio di analisi e radiologia e servizio immunotrasfusionale.

Garantisce inoltre le funzioni del CRT (Centro Regionale Trapianti) Basilicata, con L.R.T.T. (Laboratorio Regionale di Tipizzazione Tissutale), con servizio H/24 ed il centro regionale di genetica medica e di neuropsichiatria infantile.

Il CRT Basilicata, conforme con linee guida nazionali degli indirizzi del Ministero e del CNT (Centro Nazionale Trapianti), assicura e coordina la gestione della banca dati delle cellule staminali, che viene attivata presso il SIT (Servizio Immunotrasfusionale) attraverso la definizione delle attività di raccolta ed eventuale amplificazione delle cellule staminali da realizzare tra il CRT di Basilicata e le strutture afferenti in questo settore: U.O. di Ematologia A.O.R. San Carlo di Potenza, U.O. di Ematologia del P.O. di Matera, U.O. di oncoematologia dell'IRCCS CROB di Rionero.

In queste strutture è praticabile autotriplanto da midollo osseo da cellule staminali periferiche, raccolta di cellule da cordone ombelicale in collaborazione con l'U.O. di Ostetricia con l'invio del campione alla banca regionale per la conservazione.

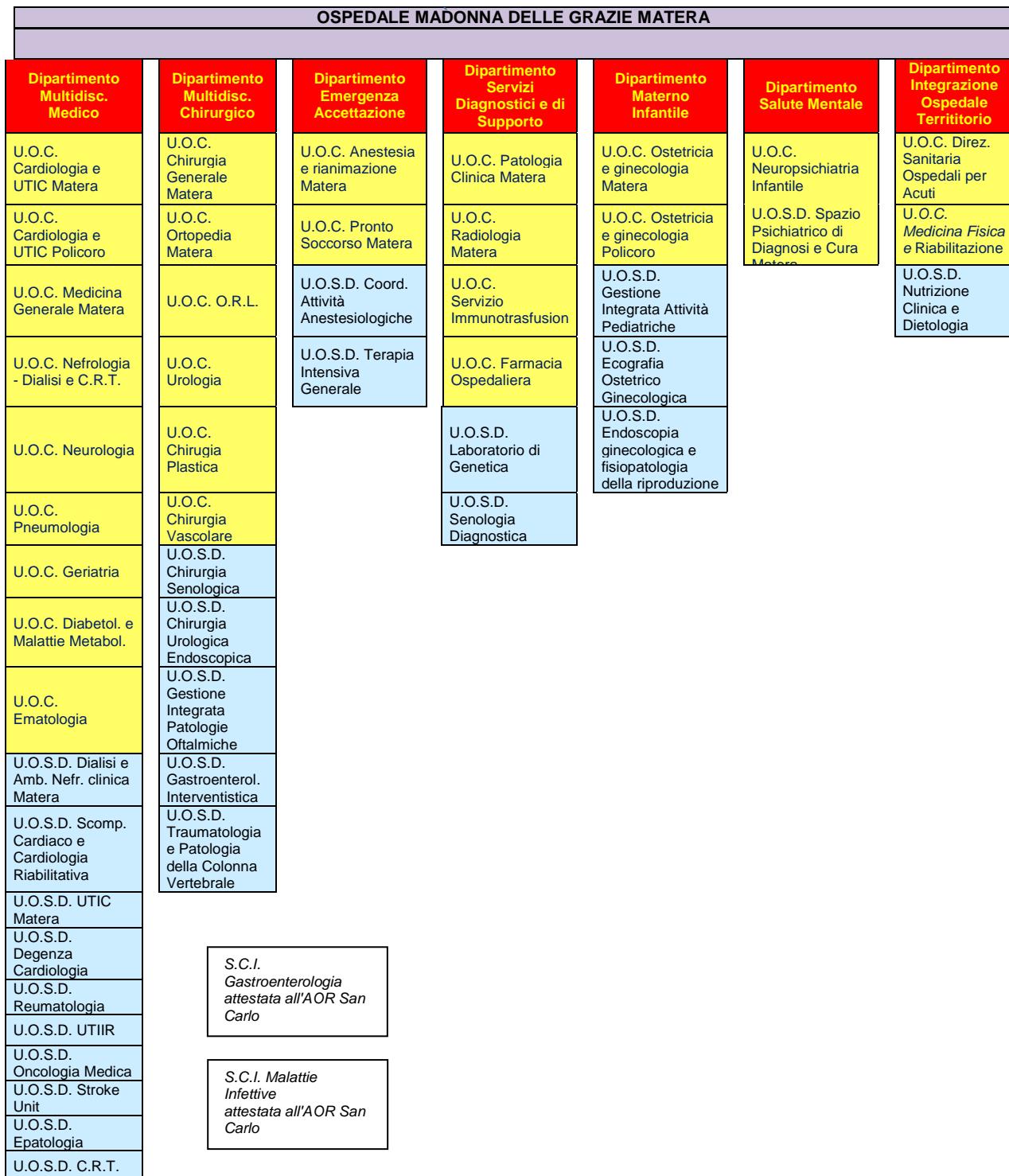
L'Ospedale è dotato di attrezzature e servizi tecnologici quali: la tomografia assiale computerizzata (TAC) spirale, la risonanza magnetica nucleare (RMN), la mineralometria ossea computerizzata (MOC).

Il P.O. di Matera ,è organizzato funzionalmente in Dipartimenti a cui afferiscono unità operative complesse o semplici.

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE BASILICATA

Azienda Sanitaria Locale di Matera - Via Montescaglioso 75100 Matera

L'organizzazione, che corrisponde all'offerta di servizi assistenziali, è rappresentata nello schema seguente:



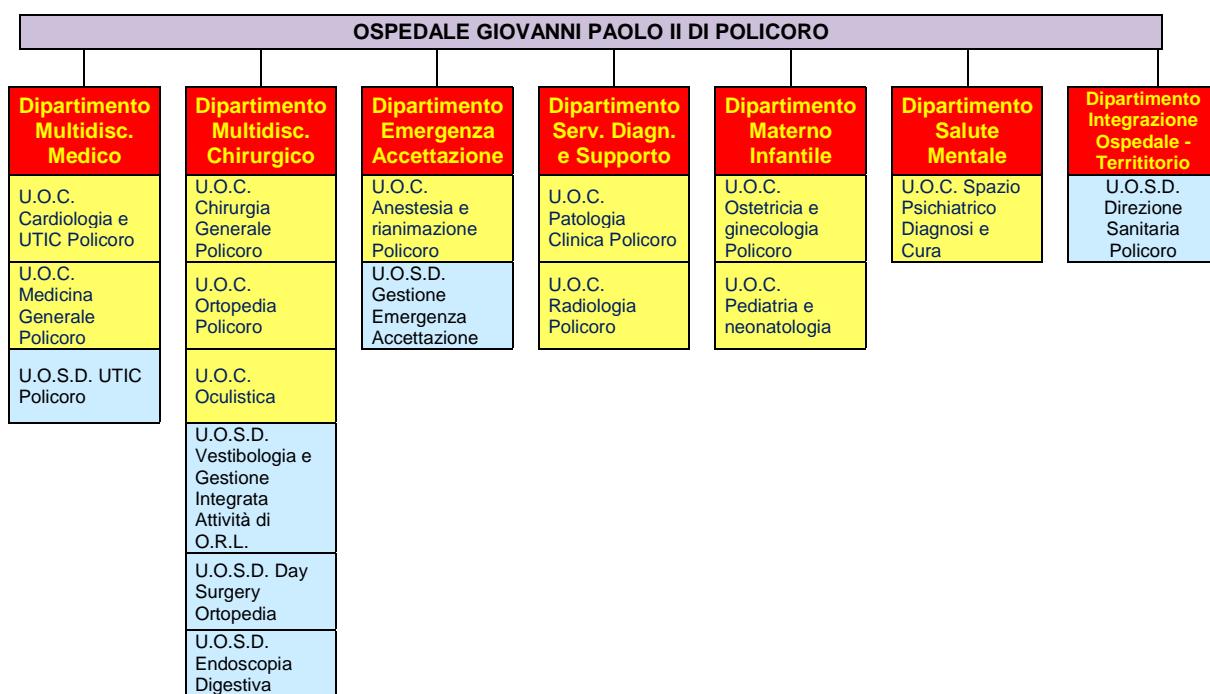
Presidio Ospedaliero Giovanni Paolo II di Policoro

Il P.O. di Policoro è il secondo Ospedale per acuti della ASM, con una dotazione di **110 posti letto**, di cui **92 ordinari e 18 DH**, oltre a **4 posti funzionali di OBI**. In conformità all'impianto delineato dal Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, il P.O. di Policoro è un ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo e, in quanto tale, dotato di un Pronto Soccorso attivo ed autonomo con le seguenti aree:

- emergenza – urgenza (pronto soccorso attivo ed autonomo, rianimazione, terapia intensiva, terapia sub intensiva);
- medicina generale, cardiologia, chirurgia generale, ortopedia, materno infantile (ostetricia, nido, pediatria), servizi di diagnostica (radiologia con TAC e RMN e laboratorio di analisi) e centro trasfusionale.

Deve essere presente la guardia attiva per 24 ore giornaliere in medicina generale, chirurgia generale e anestesia e rianimazione, cardiologia e UTIC, guardia attiva o reperibilità per ostetricia e ginecologia e cardiologia, reperibilità di ortopedia, pediatria, laboratorio analisi e radiologia e centro trasfusionale. La Struttura dispone di 2 sale operatorie complete di sala di preparazione dei pazienti. L'Ospedale è dotato di attrezzature e servizi tecnologici quali: la tomografia assiale computerizzata (TAC) spirale, la risonanza magnetica nucleare (RMN), la mineralometria ossea computerizzata (MOC). Il P.O. di Policoro, è organizzato funzionalmente in Dipartimenti a cui afferiscono unità operative complesse o semplici.

L'organizzazione, che corrisponde all'offerta di servizi assistenziali, è rappresentata nello schema seguente:



Gli Ospedali Distrettuali di Tinchi, Stigliano e Tricarico

In conformità a quanto previsto dall'art. 20 della L.R. n. 17/2011 oltreché nel Piano Regionale Integrato della salute e dei servizi alla persona e alla comunità 2012 – 2015, negli ospedali Distrettuali è svolta attività sanitaria territoriale, ovvero attività ospedaliera non per acuti. In ogni caso sono garantite le attività previste dalla L.R. n. 21/1999 e s.m.i..

Gli Ospedali Distrettuali di Stigliano, Tinchi e Tricarico si configurano come strutture polivalenti a bassa intensità assistenziale, con degenza in regime di post-acuzie o di residenzialità in elezione e/o in trasferimento da altri setting assistenziali, nonché PTS (Punti Territoriali di Soccorso) e sedi di attività poliambulatoriale specialistica.

Nei suddetti Ospedali Distrettuali può essere svolta anche attività di chirurgia ambulatoriale.

Gli Ospedali Distrettuali aziendali si inseriscono nel complesso delle attività territoriali sanitarie e socio – sanitarie integrate, per cui le relative attività sono di tipo territoriale.

L'**Ospedale Distrettuale Salvatore Peragine di Stigliano** a seguito del processo di riconversione in senso territoriale, ha consolidato una definita vocazione per le attività di post-acuzie di *Lungodegenza Medica*, per le quali sono assegnati 30 posti letto, ed ospita 8 posti letto per le Cure Palliative (*Hospice*)

Accanto all'area di lungodegenza il modello organizzativo prevede:

- il *Punto Territoriale di Soccorso*;
- il *Laboratorio di Analisi*;
- la *Radiologia*;
- la *Chirurgia ambulatoriale e Day Service*;
- gli *Ambulatori Specialistici* per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono progressivamente i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: Dermatologia e Allergologia Dermatologica, Fisiatria, Ecografia Internistica, Logopedia, Medicina Internistica, Nefrologia, Neurologia, Neuropsichiatria Infantile, Oculistica, Odontoiatria, Ortopedia, Ostetricia, Otorinolaringoiatria, Pediatria;
- l'*Ambulatorio Infermieristico* con funzioni non solo di tipo meramente assistenziale ma anche di educazione alla salute a fini preventivi, oltreché di intercettazione del fabbisogno di salute e traduzione dello stesso in domanda appropriata di prestazioni e programmazione della relativa offerta di servizi sanitari e socio sanitari;
- la *Farmacia Ospedaliera*.

A partire dal 01/07/2015, in conformità alle disposizioni normative regionali (art. 15, comma 1, della L.R. 5/2015), nell'ambito delle strategie di razionalizzazione della rete dei Laboratori analisi aziendali, si è provveduto ad accorpore i laboratori di Stigliano e Tricarico, assegnando al P.O. di Tricarico la gestione degli esami attualmente effettuati dal P.O. di Stigliano.

L'**Ospedale Distrettuale Angelina Lodico di Tinchi** riconvertito in senso territoriale nel corso di questi anni, ospita una struttura dialitica ed è prevista un'attività di post-acuzie di Riabilitazione

Il modello organizzativo prevede:

- il *Punto Territoriale di Soccorso*,
- il *Laboratorio di Analisi*;
- la *Radiologia*;
- l'*U.O. Endocrinologia e Diabetologia*;
- il *Servizio Dialisi*;
- l'*Endoscopia Digestiva ambulatoriale*;

- *la Chirurgia Dermatologica Ambulatoriale;*
- *l'Ambulatorio di Vulnologia e Piede Diabetico;*
- *il Servizio di Diagnostica Internistica e Vascolare;*
- gli *Ambulatori Specialistici* per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono progressivamente i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: dermatologia, diabete mellito, endocrinologia, fisioterapia, gastroenterologia, ginecologia, medicina internistica e a indirizzo cardiologico, neuropsichiatria dell'età evolutiva, otorinolaringoiatria, nefrologia, cure palliative – terapia del dolore, secondo preciso calendario settimanale opportunamente definito;
- *la Farmacia Ospedaliera.*

In particolare, nel corso del 2015 sono proseguiti gli interventi necessari per la messa in sicurezza della suddetta struttura al fine di rimuovere i pericoli per la pubblica e privata incolumità.

Nel 2015, inoltre, è stato aggiudicata la concessione per la costruzione e la successiva gestione del Centro Dialisi dell'Ospedale di Tinchi, mediante project financing, finalizzato a migliorare il livello di qualità delle prestazioni di dialisi erogate ai pazienti residenti sia nella provincia di Matera che al di fuori di essa, a condizioni finanziarie vantaggiose per l'Azienda; è stato approvato il progetto esecutivo e sono stati avviati i lavori di cantierizzazione del sito.

L'**Ospedale Distrettuale Rocco Mazzarone di Tricarico**, a seguito del processo di riconversione in senso territoriale, ha consolidato una definita vocazione per le attività di post-acuzie di Lungodegenza Medica e di Riabilitazione intensiva ed estensiva.

Il modello organizzativo definito prevede:

- *il Punto Territoriale di Soccorso;*
- *U.O. Lungodegenza* (codice 60), per un totale di 30 posti letto, riservata alla gestione delle post-acuzie;
 - *Stato Vegetativo* per un totale di 5 posti letto;
 - *Degenza Intensiva Riabilitativa cod. 56*, gestito dalla Fondazione Don Gnocchi, per un totale di 48 posti letto;
 - *Lungodegenza riabilitativa cod. 60*, gestito dalla Fondazione Don Gnocchi per un totale di 16 posti letto;
 - *il Servizio di diagnostica per immagini;*
 - *il Laboratorio di analisi chimico – cliniche;*
 - gli *Ambulatori Specialistici* per attività ambulatoriale e di Day Service che garantiscono i seguenti percorsi assistenziali ambulatoriali: cure palliative – terapia del dolore, cardiologia, chirurgia, dermatologia, endocrinologia, fisioterapia, geriatria, ginecologia, neurologia, oculistica, odontoiatria, ortopedia, otorinolaringoiatria, psichiatria, urologia, secondo preciso calendario settimanale opportunamente definito;
 - *Farmacia Ospedaliera.*

I posti letto di Lungodegenza e Riabilitazione gestiti in convenzione dalla Fondazione Don Gnocchi sono 66 così suddivisi:

- 16 posti letto ordinari per la lungodegenza riabilitativa, codice 60;
- 48 posti letto ordinari per la degenza intensiva riabilitativa, codice 56;
- 2 day hospital per la degenza intensiva riabilitativa.

L'Ospedale di Tricarico, dunque, si posiziona all'interno dello scacchiere aziendale quale punto di riferimento per la branca della riabilitazione, per la quale, inoltre, si configura quale centro di eccellenza a livello regionale in considerazione dell'elevato livello di professionalità assicurato dalla Fondazione Don

Gnocchi, cui è stata affidata in convenzione la gestione delle attività, e che da anni è una struttura di riferimento in questo specifico settore su scala nazionale.

Nel corso del 2015 presso l’Ospedale Distrettuale di Tricarico è continuata la sperimentazione gestionale avviata nel 2013, denominata **Casa della Salute**, finalizzata a promuovere forme di integrazione tra la Medicina di Gruppo/Pediatria di Libera Scelta e le attività distrettuali svolte dagli specialisti operanti nel suddetto ospedale. Nello specifico ai Medici della medicina di gruppo presente nel territorio di Tricarico (5 medici ed 1 pediatra) è concesso l’utilizzo degli ambulatori e delle tecnologie presenti nell’Ospedale distrettuale di Tricarico, che garantiscono la presenza all’interno della stessa struttura di almeno un medico dalle 8.00 alle 20.00 di tutti i giorni feriali e dalle 8.00 alle 10.00 del sabato. L’obiettivo del progetto è quello di favorire l’integrazione tra i medici dell’Assistenza Primaria con gli specialisti ospedalieri operanti nella Lungodegenza e Riabilitazione, al fine di condividere:

- l’organizzazione dell’assistenza ai pazienti affetti da patologie croniche,
- la predisposizione PDTA specifici,
- i protocolli per i ricoveri programmati dei pazienti e la relativa dimissione concordata,
- la partecipazione ad attività di audit per la definizione della presa in carico del paziente,
- gli obiettivi aziendali e di appropriatezza prescrittiva.

I DISTRETTI E I SERVIZI SANITARI TERRITORIALI NELLA ASM

L’Azienda Sanitaria Locale di Matera si articola in Distretti della Salute, così come definiti dal comma 1 dell’articolo 4 della L.R. n. 12/2008.

Il Distretto della Salute costituisce:

- una macro-organizzazione complessa dell’Azienda Sanitaria alla quale va riconosciuto un ambito di autonomia di risorse e di gestione pari a quanto previsto per le altre macro-strutture aziendali;
- un luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA sociosanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti.

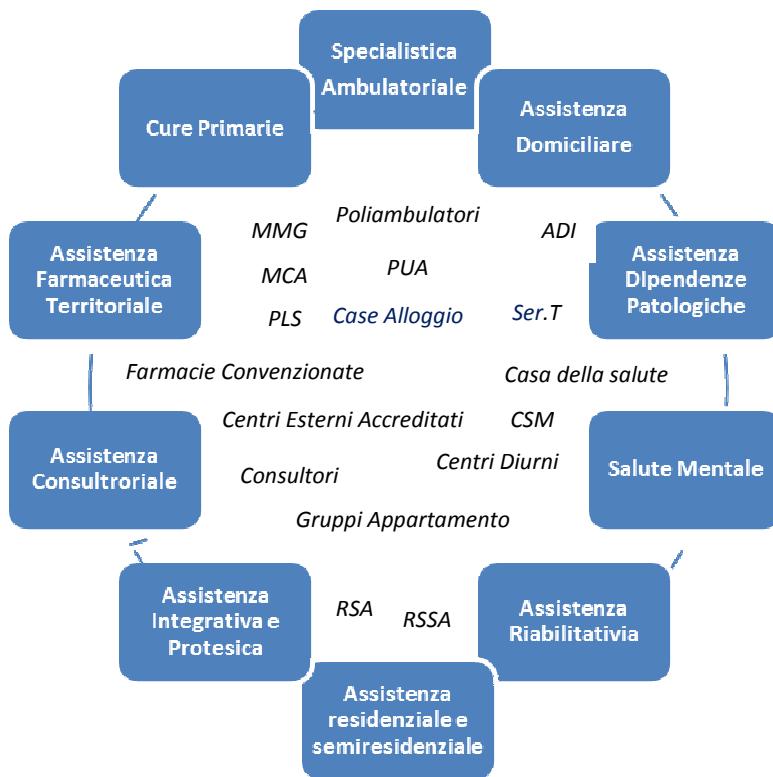
Coerentemente a tale impostazione al Distretto sono assegnate funzioni di programmazione delle attività territoriali con compiti di pianificazione e di gestione integrata dei servizi sanitari e socio sanitari sul territorio di competenza.

Nello specifico le attività territoriali si riferiscono:

- alle cure primarie,
- all’assistenza specialistica ambulatoriale,
- all’assistenza domiciliare,
- all’assistenza farmaceutica territoriale,
- all’assistenza residenziale e semiresidenziale,
- all’assistenza alle dipendenze patologiche,
- alla salute mentale,
- all’assistenza riabilitativa,
- all’assistenza integrativa e protesica,
- all’assistenza consultoriale.

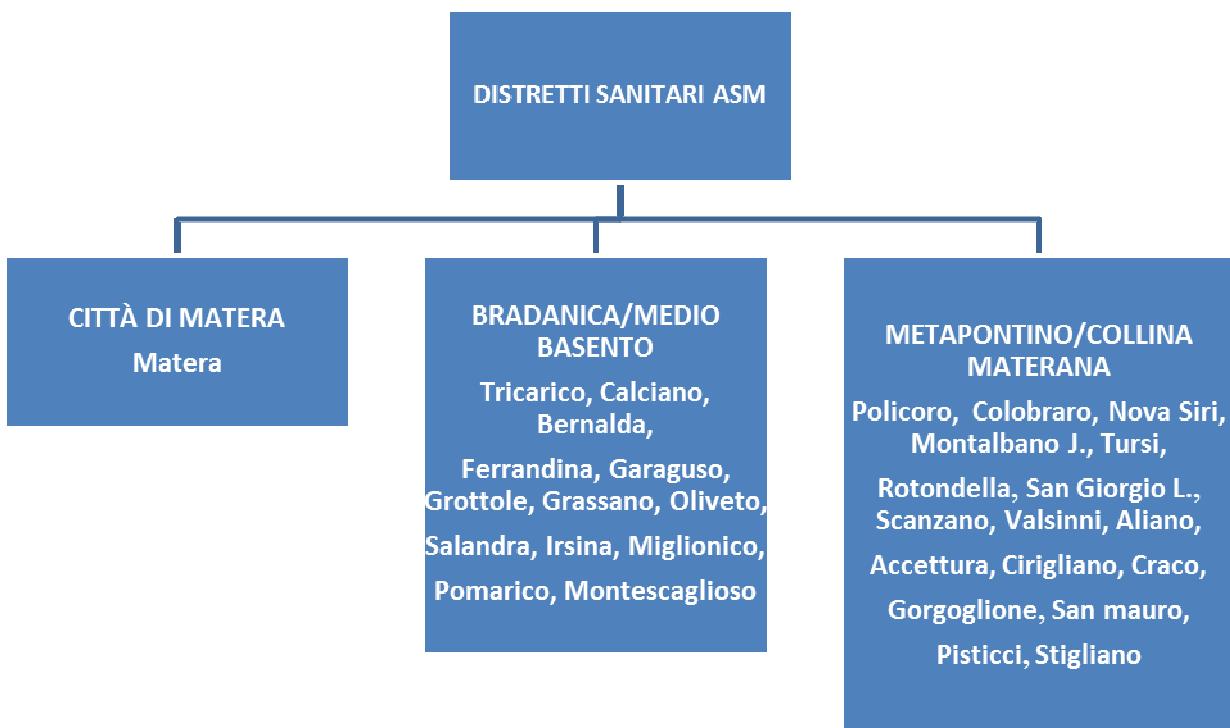
Al fine di garantire i suddetti LEA nel territorio di competenza sono presenti:

lo Sportello Unico di Accesso al Sistema dei Servizi Socio – Sanitari (PUA); l’Unità di valutazione Integrata (UVI); il Consultorio; le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA); la Casa della Salute; l’ADI; il Dipartimento di Salute Mentale; il Sert; il Poliambulatorio per l’assistenza specialistica ambulatoriale; l’Area dei Servizi per le attività Sociali.

ATTIVITÀ DISTRETTUALI

Ai sensi dell'art. 34 della Legge Regionale 30 aprile n. 7/2014 avente ad oggetto "Articolazione Distrettuale delle Aziende Sanitarie - Disposizione Transitoria", nelle more della ridefinizione della governance del territorio Regionale della Basilicata, i Distretti della Salute di cui al comma 1 dell'articolo 4 della L.R. n. 12/2008, coincidono con le perimetrazioni dei Distretti Sanitari vigenti al 31 dicembre 2008, ne mantengono le relative sedi e l'organizzazione territoriale alla stessa data vigente.

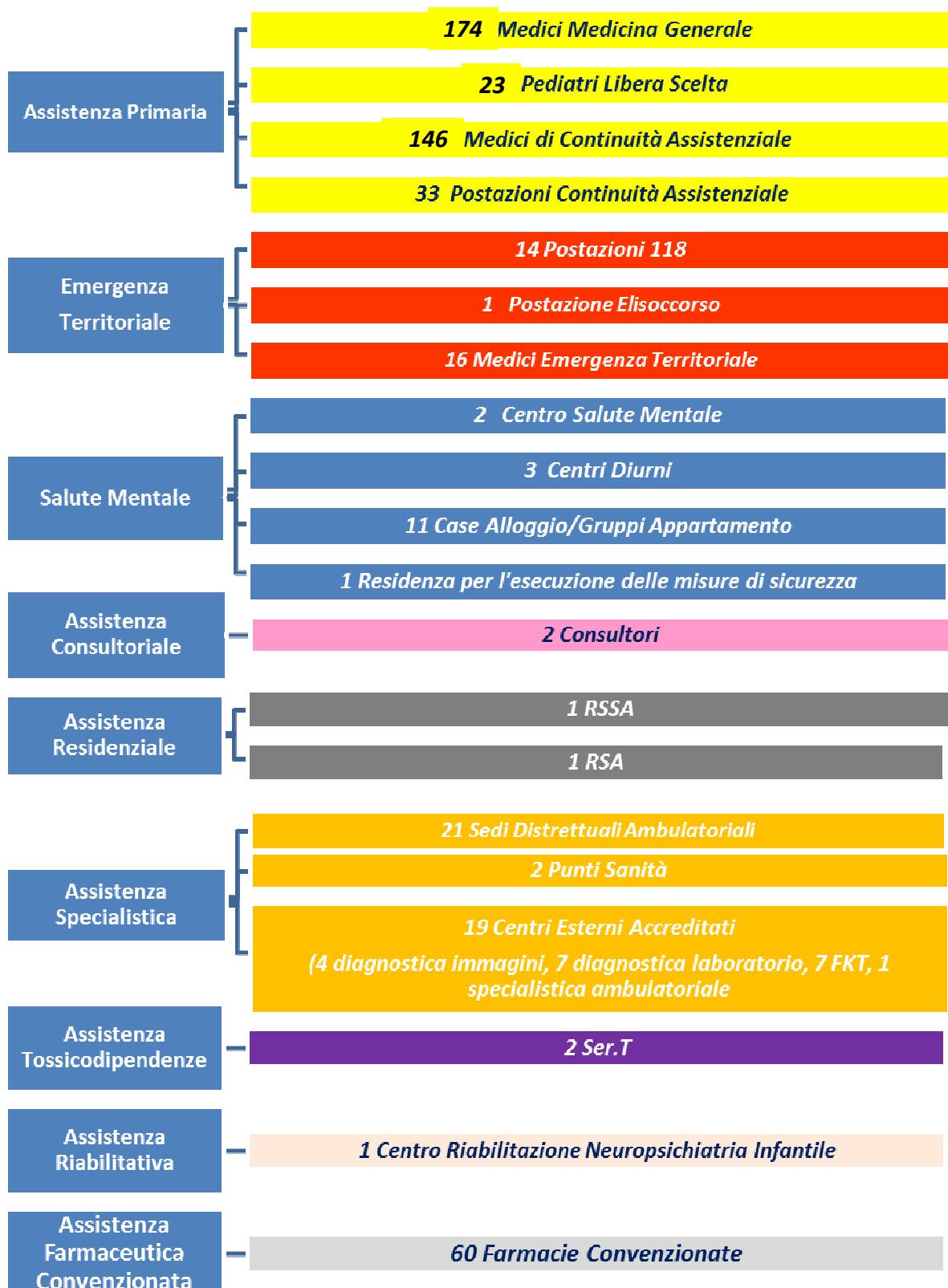
Nello specifico, l'ambito territoriale dei Distretti della salute della ASM coincide con l'ambito socio – territoriale delle 2 Aree di Programma costituite, ai sensi dell'art. 23 della L.R. 30 dicembre 2010, n. 33, con la DGR n. 246/2012, cui si aggiunge l'area urbana costituita dal Comune di Matera; pertanto i Distretti della Salute dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera sono i seguenti:



La ASM assicura la presa in carico delle persone con bisogni sanitari sul territorio, seppure attraverso un'organizzazione provvisoria ed ancora non ben definita nei suoi tratti essenziali, impegnandosi nell'attivazione e nello sviluppo di percorsi assistenziali integrati sia con le strutture operative aziendali sia tra queste ed i medici convenzionati, quali nello specifico i MMG, PLS e MCA, al fine di assicurare all'utenza una risposta assistenziale continua, uniforme ed omogenea sul territorio in alternativa al ricovero ospedaliero, con maggiori garanzie in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza delle cure. Nella città di Matera, inoltre, insiste un istituto penitenziario che conta una popolazione carceraria media di circa 100 detenuti, cui è assicurato un servizio di sanità penitenziaria da parte dell'ASM attraverso una turnazione del personale sanitario tipo H24, gestita in modo integrato da infermieri e medici.

Si riporta di seguito l'articolazione strutturale dell'assistenza territoriale erogata nei tre ambiti distrettuali.

Strutture di offerta territoriale



IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura della ASM preposta alla tutela della salute pubblica. La missione del Dipartimento consiste nel garantire risposte efficaci alla domanda di salute della popolazione, attraverso interventi diretti e coordinati per tutelare la salute della popolazione residente, promuovere la prevenzione di stati morbosi, il miglioramento della qualità della vita, il benessere animale e la sicurezza alimentare. Il Dipartimento svolge compiti e funzioni specifiche di igiene e medicina preventiva in campo umano e veterinario, eseguendo anche numerose attività di vigilanza.

Le attività di prevenzione sono erogate dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

- **il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana**
- **il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale**

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana

La struttura del Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana si articola nelle seguenti Unità Organizzative:

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano Jonico;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano Jonico;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano Jonico;
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano Jonico.

Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale

La struttura del Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale si articola nelle seguenti Unità Organizzative:

- Sanità Animale – Area A, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co.

LE ATTIVITA' DI SUPPORTO

Per lo svolgimento delle molteplici attività di prevenzione, diagnosi, cura e assistenza della popolazione sono presenti nell'Azienda sanitaria di Matera i servizi che svolgono attività di supporto per la maggior parte inseriti nel dipartimento Amministrativo e/o negli Uffici di Staff.

I Servizi che svolgono attività amministrative e di supporto sono i seguenti:

- Gestione risorse umane
- Affari generali e legali
- Gestione delle risorse finanziarie
- Economato e provveditorato
- Progettazione, manutenzione e gestione appalti e lavori pubblici
- Servizi informatico - informativo
- U.r.p. Ufficio relazioni con il pubblico
- Formazione E.C.M. e tirocini
- Direzioni amministrative ospedaliere e distrettuali

- Programmazione e controllo di gestione
- Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico
- Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali
- Servizio Prevenzione e Protezione

IL CICLO DELLA PERFORMANCE

IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE

I Sistemi di misurazione della *performance* sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e *performance* organizzative.

Il Sistema di misurazione della *performance* adottato dalla ASM è orientato principalmente alla soddisfazione e il coinvolgimento del cittadino.

Il processo di formazione e di realizzazione del Sistema si articola in una serie di fasi fra loro strettamente collegate (definizione, adozione, attuazione e *audit*) in ognuna delle quali possono essere identificati i soggetti che vi partecipano.

Le fasi del sistema di valutazione della performance aziendale sono sinteticamente riportate nel successivo quadro sinottico, in cui accanto a ciascuna fase sono riportati i soggetti coinvolti.

Le fasi del Sistema di valutazione della performance aziendale.

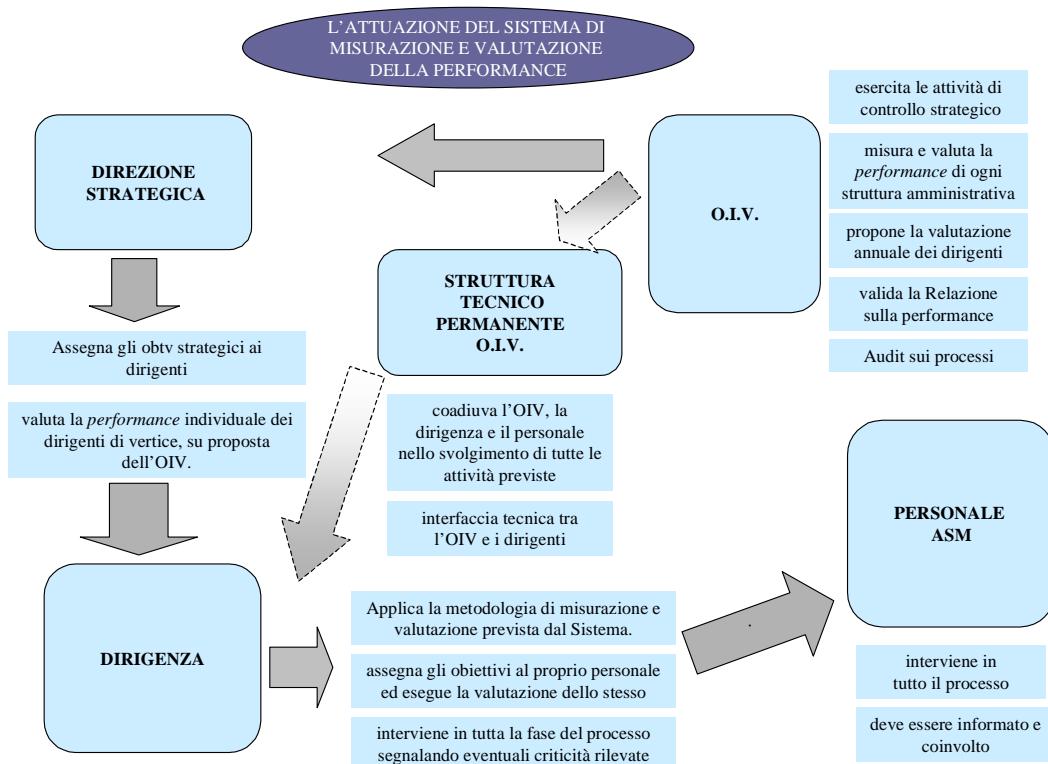
Fase	Soggetti interni coinvolti
1) Definizione/aggiornamento del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direzione Strategica ASM ▪ Dirigenza ▪ Personale ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	<ul style="list-style-type: none"> ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente) ▪ Personale, dirigenziale e non

1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della missione e recepiscono le linee di indirizzo Regionali. Tali strategie comprendono la definizione delle priorità degli investimenti. Le politiche e le strategie vengono declinate in obiettivi assegnati alle singole strutture attraverso il processo di budgeting.

In particolare tramite il sistema di budget, vengono declinati a livello di singole strutture operative gli obiettivi strategici aziendali e attraverso la produzione reportistica, viene monitorato l'andamento della gestione confrontandolo con gli obiettivi prefissati al fine di porre in essere tempestivamente eventuali correttivi in caso di criticità e/o scostamenti dai programmi.

2) Adozione e 3) Attuazione del Sistema: la Direzione Strategica promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance. Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Strategica con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze dei riesami annuali del sistema qualità aziendale, in coerenza con la Politica della Qualità. La dirigenza, in particolare quella di vertice, contribuisce all'attuazione del Sistema e all'aggiornamento dei contenuti dello stesso.

L'attuazione del Sistema di misurazione e valutazione delle performance aziendali



4) Monitoraggio e audit del Sistema: in corso d'anno, in occasione delle periodiche riunioni di budget, vengono effettuate le verifiche sul raggiungimento e sulle eventuali criticità insorte; se necessario gli obiettivi possono essere ricalibrati. A fine anno il Nucleo interno di Valutazione ora O.I.V. valuta il grado di raggiungimento in riferimento agli indicatori individuati.

L'OIV, infatti, ha il compito di verificare la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla CIVIT e di monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, esercitando un'attività di impulso, nei confronti del vertice politico-amministrativo nonché della dirigenza, per l'elaborazione e l'aggiornamento del Sistema e per la sua attuazione. Fondamentale è, inoltre, il ruolo della interfaccia tecnica/amministrativa tra l'OIV e la dirigenza che si occupa di interagire con le diverse unità organizzative e, in particolare, con quelle coinvolte nella pianificazione strategica e operativa, nella programmazione economico-finanziaria e nei controlli interni.

RISORSE UMANE

All'interno dell'Azienda Sanitaria di Matera operano professionalità con rapporti di lavoro di varia natura:

- rapporto di dipendenza a tempo indeterminato;
- rapporto di dipendenza a tempo determinato;
- personale a convenzione;
- medici di medicina generale(MMG);
- pediatri di libera scelta(PLS);
- medici di continuità assistenziale (Guardia Medica);
- specialisti ambulatoriali territoriali (SAT).

Delle 2.304 unità di personale che durante l'anno hanno prestato la loro attività lavorativa nelle varie strutture aziendali oltre il 95% ha un rapporto di dipendenza a tempo indeterminato.

In ASM nel 2015 hanno operato 1.007 maschi e 1.297 femmine.

Il personale infermieristico conta 944 unità pari al 41,7% della forza lavoro.

I Medici sono 415, divisi in 140 femmine e 275 maschi.

Tra il personale dipendente quindi ha una netta prevalenza la componente femminile con il 56%, anche se il dato è variabile se letto tra i diversi ruoli; nella Dirigenza Medica Sanitaria e Veterinaria prevalgono nettamente i maschi.

Le tabelle che seguono analizzano la composizione del personale Dipendente e di quello Convenzionato suddividendo i lavoratori per macrocategorie.

	M	F	Totale
<i>Dirigenza Medica</i>	275	140	415
<i>Dirigenza Sanitaria</i>	15	37	52
<i>Dirigenza Veterinaria</i>	34	2	36
<i>Personale Infermieristico</i>	268	691	959
<i>OSS/OOTA</i>	57	151	208
<i>Comparto (Restante personale sanitario)</i>	85	104	189
<i>Dirigenza PTA</i>	9	10	19
<i>Comparto (PTA)</i>	281	176	457
Totale Personale Dipendente	1.024	1.311	2.335

	M	F	Totale
<i>Dirigenza Medica</i>	268	145	413
<i>Dirigenza Sanitaria</i>	15	38	53
<i>Dirigenza Veterinaria</i>	34	2	36
<i>Personale Infermieristico</i>	265	679	944
<i>OSS/OOTA</i>	51	152	203
<i>Comparto (altro personale sanitario)</i>	86	103	189
<i>Dirigenza PTA</i>	8	9	17
<i>Comparto (PTA)</i>	280	169	449
Totale ASM	1007	1297	2304

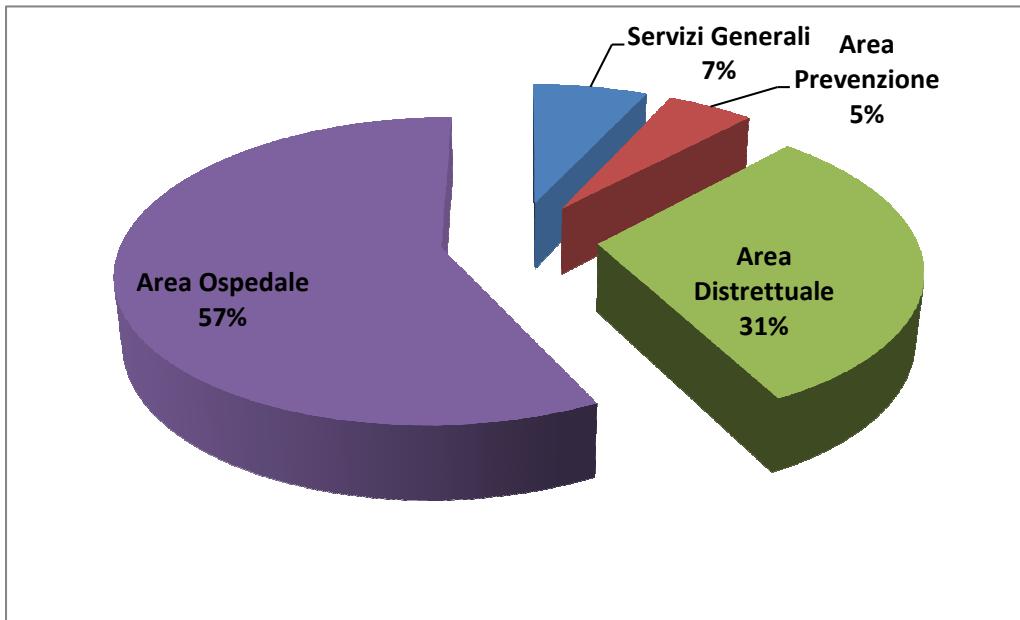
Distribuzione del reddito e demografica

Stipendio medio totale dipendenti	2.749,52
Stipendio medio dirigenti donna	4.550,94
Stipendio medio- non dirigenti-donna	1.876,72
% personale assunto a tempo indeterminato	93,75%
% di donne/totale dipendenti	56,29%
% di dirigenti donne	37,38%
Età media dirigenti donna	50
Età media non dirigenti donna	49

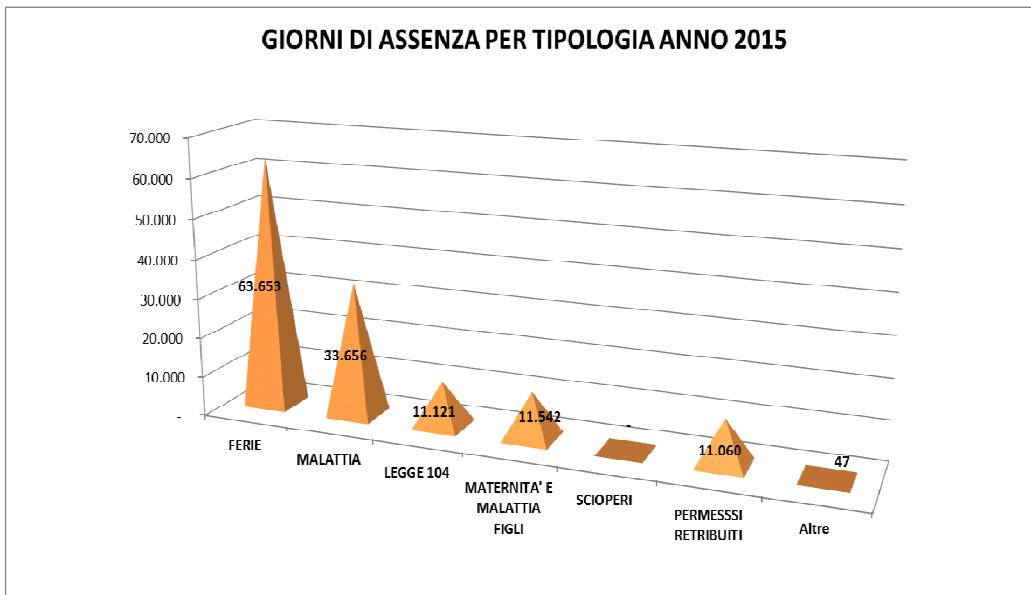
Personale Convenzionato al 31.12.2015

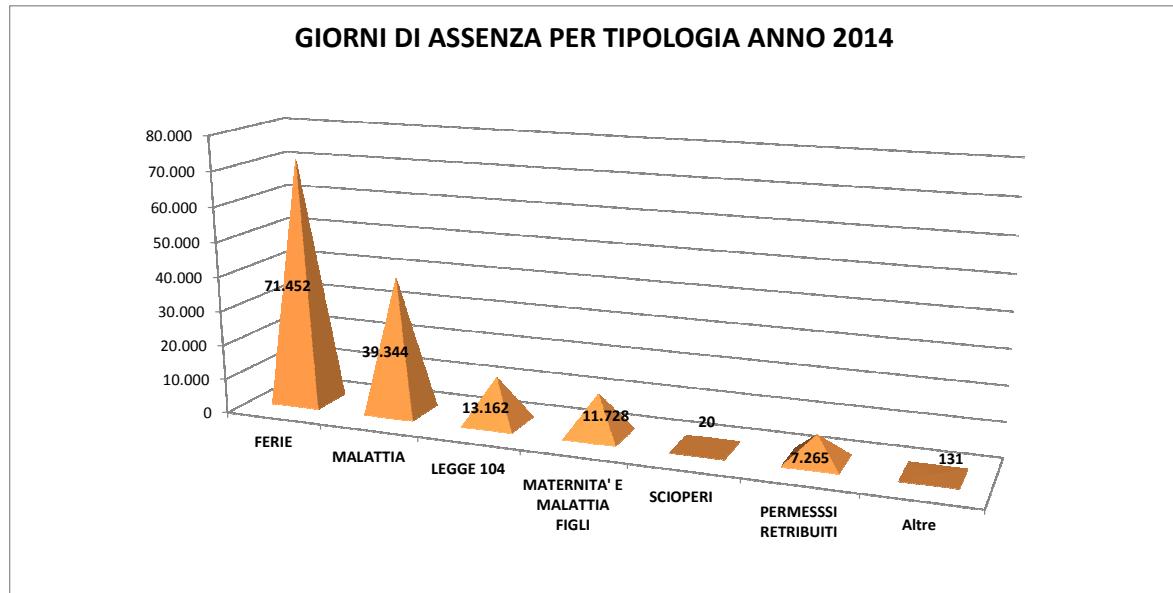
	<i>M</i>	<i>F</i>	<i>Total</i>
<i>Medici di Medicina Generale</i>	105	69	174
<i>Pediatrici di Libera Scelta</i>	9	14	23
<i>Medici di Continuità Assistenziale</i>	93	53	146
<i>Specialisti ambulatoriali territoriali</i>	18	17	35
<i>Total Personale convenzionato</i>	233	134	367

Si può osservare dal Grafico che segue ben il 57% del personale dipendente è allocato presso gli Ospedali per acuti di Matera e Policoro, mentre un terzo all'assistenza distrettuale, che comprende anche le attività specialistiche e diagnostiche, il 5% alla prevenzione ed il 7% ai servizi generali che includono le attività di supporto ed anche gli Organi Istituzionali.

Percentuale del personale assegnato per macro Livello di Assistenza

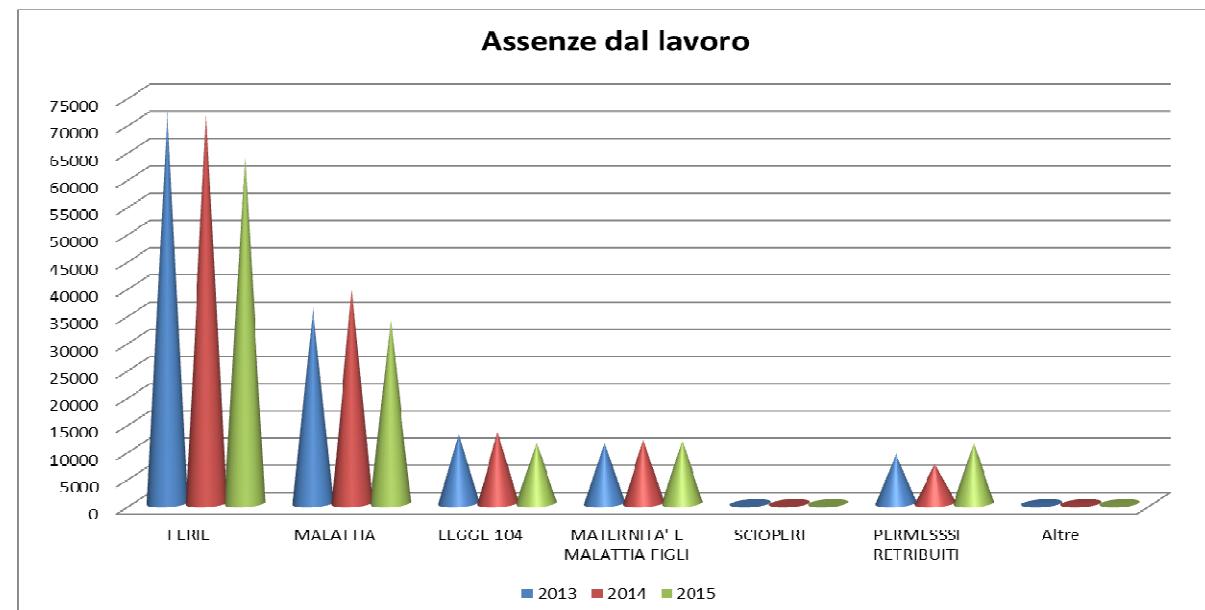
Le assenze del personale nel corso del 2015, pari in totale a 131.079 giorni, in calo dell' 8% rispetto al 2014, sono costituiti dalle ferie per il 49%, per il 26% da malattie, per il 9% da permessi per maternità e per l'8% da quelli della Legge 104/1992. La media pro capite di giorni di assenza su 2.304 dipendenti è pari a 56,89 giornate. Nel 2013 le giornate di assenza pro capite sono risultate pari a 61,47.

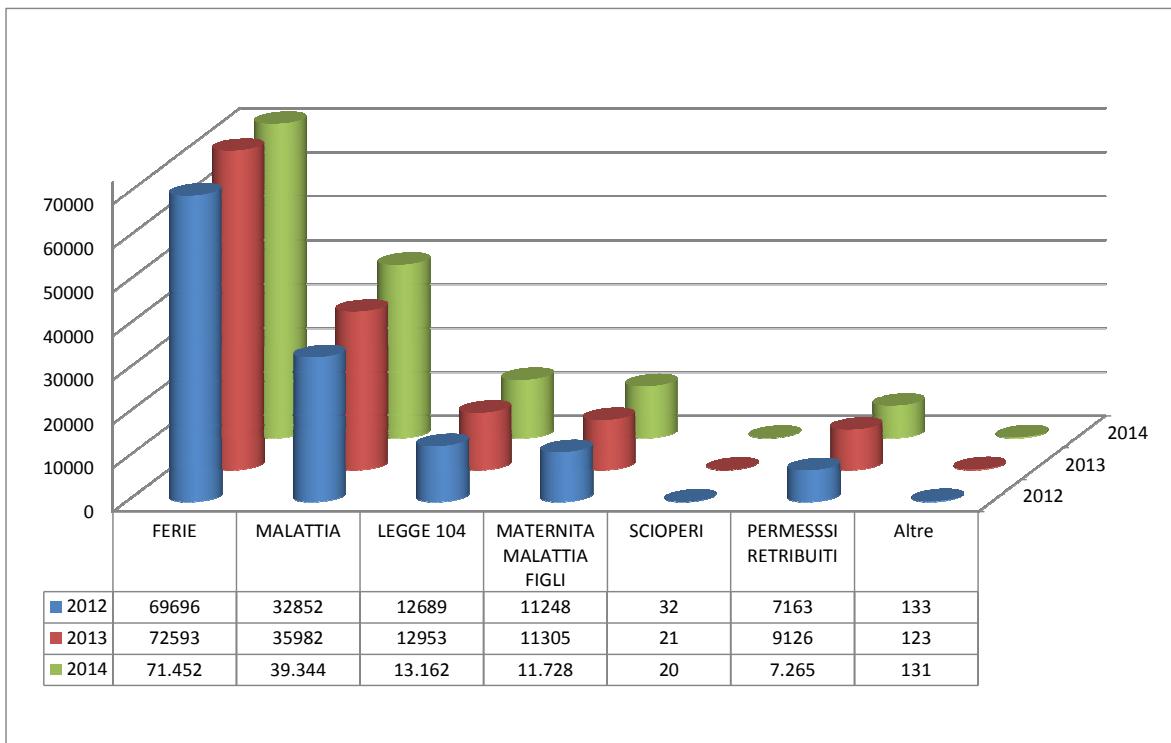
Dettaglio cause di assenza (in giorni) 2015

Dettaglio cause di assenza (in giorni) 2014

Nel 2015 si è registrata una riduzione dei giorni di assenza per ogni singola tipologia, per effetto delle strategie adottate dall'Azienda in tale direzione.

Riguardo queste due tipologie di assenza l'Azienda ha avviato una verifica per valutare il corretto utilizzo degli istituti e anche una distribuzione diversa del personale che usufruisce dei permessi per la Legge 104 nei vari servizi al fine di ottenere una omogeneità nei giorni di assenza.

Dettaglio cause di assenza (in giorni) nell'ultimo triennio



RELAZIONI SINDACALI

In questi anni l'Azienda ha avviato un sereno e costruttivo confronto con tutte le sigle sindacali abilitate alla contrattazione aziendale del Comparto, Dirigenza medica e Veterinaria e della STPA.

Nel 2015 le relazioni sindacali si sono concretizzate in numerosi incontri che hanno affrontato vari temi, tra cui, a mero titolo esemplificativo, produttività 2015, pesatura delle aree di attività del ruolo sanitario, riqualificazione e re- inquadramento del personale adibito a mansioni diverse, revisione orario di servizio (flessibilità, rientri, part-time, tempo consegna, missioni, ritardi ed eccedenze orari), regolamento per la graduazione delle funzioni, regolamento per il conferimento degli incarichi di posizione organizzativa e di coordinamento, ecc.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE

La programmazione dell'attività di formazione viene elaborata sulla base delle proposte formulate dai Direttori/Dirigenti di Dipartimento/Servizi/UU.OO.

Le proposte vengono inserite nel Piano Formativo Aziendale che include, altresì, la formazione obbligatoria (Anticorruzione, D.Lgs.81/2008, Radioprotezione).

Il PFA viene valutato dal Comitato scientifico per l'ECM e recepito con atto deliberativo aziendale. Per garantire la formazione continua a tutto il personale del Ruolo Sanitario, obbligato all'acquisizione dei crediti formativi ECM, viene privilegiata la formazione in sede, mentre la formazione specifica e/o specialistica, viene effettuata dal personale interessato fuori sede.

L'aggiornamento specifico riguarda settori limitati del personale che, a fronte dell'evoluzione normativa, ha la necessità di partecipare alle iniziative formative di aggiornamento che, per la propria specificità, vengono organizzate da Agenzie dedicate e riconosciute dalla P.A. , le cui sedi sono ubicate presso altre città.

Nel 2015 hanno effettuato formazione extraziendale n. 81 dipendenti.

Sempre nel corso dello stesso anno, l’Azienda Sanitaria Locale di Matera ha attivato n.38 eventi formativi (alcuni dei quali ripetuti in più edizioni per un totale di 59 eventi) accreditati alla Commissione Nazionale ECM.

E’ stato organizzato nel 2014 e proseguito nel 2015, il Corso sulla Sicurezza negli ambienti di lavoro con modalità FAD a cui hanno partecipato circa 1000 dipendenti.

Nel 2015 è stato organizzato un corso di formazione FAD su Vaccinologia che ha interessato 17 dipendenti. Nella tabella allegata sono riportate le attività di formazione aziendale svolte nel 2015

La Formazione aziendale svolta nell’anno 2015

Tipologia	Numero	Partecipanti	Crediti ECM
Eventi RES Accreditati ECM	38	1850	16.002,4
Corso Sicurezza FAD	1	970	23,28
Eventi RES non ECM	3	166	
Corso FAD Vaccinologia	1	17	850
Aggiornamenti fuori sede	70	81	
Corsi in sede per amministrativi	2	90	
Totali	115	3174	16.875,68

L’Azienda ha, altresì, organizzato eventi in collaborazione con Associazioni di interesse sanitario ed Ordini professionali.

L’accesso alla Formazione esterna ha riguardato 81 dipendenti.

Le risorse finanziarie utilizzate nell’anno 2015 per la formazione continua, compresa quella fuori sede, ammontano ad € 63.027 ,00.

Per quanto riguarda il Rischio Clinico sono stati svolti 9 eventi con l’obiettivo ECM: “La sicurezza del Paziente – Risk Management”.

Nel 2015 sono stati accettati a svolgere il tirocinio didattico/professionale e/o di orientamento presso le strutture della ASM n. 163 tirocinanti provenienti dalle Università, Scuole di Specializzazione, Scuole di secondo grado e Associazioni di ambito socio-sanitario.

I Tirocinanti affidati a Tutor aziendali vengono seguiti sia nella parte professionale che in quella riguardante gli aspetti relazionale, comunicativo e organizzativo.

Struttura del piano triennale della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera

Il PTPC 2017-2019, che richiama e rimanda al PNA per quanto attiene alla strategia di prevenzione a livello nazionale, premessa tutta la parte relativa *“all'analisi del contesto”* interno ed esterno, sarà articolato in due sezioni:

- 1) La strategia di prevenzione a livello locale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera;
- 2) Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione della Azienda Sanitaria Locale di Matera.

La prima sezione del P.T.P.C. - intitolata "La strategia di prevenzione a livello decentrato" - recante "Azioni e misure per la prevenzione", è articolata in n. 18 argomenti:

- 1) Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (P.T.P.C.) ;
- 2) Trasparenza;
- 3) Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori;
- 4) Rotazione del personale;
- 5) Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- 6) Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
- 7) Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantoufage - revolving doors);
- 8) Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- 9) Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantoufage - revolving doors);
- 10) Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- 11) Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- 12) La formazione;
- 13) Patti di integrità negli affidamenti;
- 14) Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- 15) Meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- 16) Procedure per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- 17) Procedure per 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;
- 18) Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione.

La seconda sezione del P.T.P.C. - intitolata "Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione - si articola in due paragrafi:

- 1) Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione;
- 2) Gestione ed uso dei dati raccolti in materia di prevenzione della corruzione.

Il P.T.P.C. è corredato da n. 21 Tavole sintetiche contenenti le misure che l'Azienda applica con la relativa tempistica che sono allegate al presente come Allegato 1.

Il documento pertanto deve essere considerato nel suo complesso, unitamente alle suddette n. 21 Tavole:

- I Tavola - obiettivi della strategia aziendale di prevenzione della corruzione
- II Tavola - soggetti istituzionali coinvolti nella prevenzione della corruzione a livello decentrato nella strategia della Azienda Sanitaria Locale di Matera
- III Tavola - piano triennale di prevenzione della corruzione
- IV Tavola - soggetti consultati nella elaborazione del P.T.P.C. aziendale
- V Tavola - aree di rischio del P.T.P.C.
- VI Tavola - adempimenti di trasparenza
- VII Tavola - codici di comportamento
- VIII Tavola - rotazione del personale
- IX Tavola - obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse
- X Tavola - conferimento e autorizzazione incarichi
- XI Tavola - inconfieribilità per incarichi dirigenziali
- XII Tavola - incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali
- XIII Tavola - attività successive alla cessazione dal servizio
- XIV Tavola - formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi in caso di condanna per delitti contro la p.a.
- XV Tavola - tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti
- XVI Tavola - formazione del personale
- XVII Tavola - patti di integrità negli affidamenti
- XVIII Tavola - azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile
- XIX Tavola - monitoraggio dei tempi procedurali
- XX Tavola – monitoraggio dei rapporti Azienda/soggetti esterni
- XXI Tavola - misure ulteriori per la prevenzione della corruzione del P.T.P.C. aziendale

Sezione Prima

“La Strategia di Prevenzione a livello decentrato” “Azioni e Misure per la Prevenzione”

1.1 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2017-2019

Introduzione

L'A.S.L. di Matera adotta il proprio P.T.P.C. ai sensi dell'art. 1, commi 5 e 60, della L. n. 190/2012 e s.m.i..

Il P.T.P.C. **2017-2019**, sulla base dell'esperienza maturata nel corso degli anni precedenti, ha continuato inteso recepire tutte le sollecitazioni pervenute dagli attori dell'attuazione del piano che, prevalentemente, hanno indicato una sostanziale continuità rispetto a tutte le azioni e misure individuate nel PTPC 2016-2018, individuando specifici casi che necessitano di un adeguamento nell'ottica di una concreta attuazione.

Il Piano è comunque un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione da quelle **“generali”** a quelle **“ulteriori”**, coordinando gli interventi.

L'Azienda ha definito la struttura ed i contenuti specifici del proprio P.T.P.C. tenendo conto delle funzioni svolte e della specifica realtà amministrativa e sanitaria.

In quest'ottica il P.T.P.C. è coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda e, innanzi tutto, con il redigendo Piano della Performance, ed è strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

In linea con quanto stabilito dalla L. n. 190/ 2012 e s.m.i., dalla Determinazione n. 12/2015 e dal P.N.A. ex Det. 831/2016, l'Azienda ha mantenuto ed implementato gli ambiti/macro settori che sono i seguenti:

- **Soggetti:** vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità;
- **Aree di Rischio:** frutto della valutazione del rischio, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie ed aree di rischio generali ex Det. N. 12/2015 ANAC (art. 1, comma 16, L. n. 190/2012);
- **Misure “Generali” ed Ulteriori:** sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla L. n. 190/2012, dalle altre prescrizioni di legge, dal P.N.A. e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC, e quelle ulteriori, con indicazione della tempistica e collegamento con l'ambito "soggettivo" in relazione all'imputazione di compiti e di responsabilità;
- **Tempi e Modalità del Riassetto:** sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del P.T.P.C. adottato e gli interventi di implementazione e miglioramento del suo contenuto;
- **P.T.T.I.:** il P.T.T.I. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera si configura giusta Det.n.12/2015 e PNA 2016 ANAC quale sezione autonoma del P.T.P.C. ed è delineato coordinando gli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza previsti nel D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. con le aree di rischio, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione;
- **Coordinamento con il Ciclo delle Performances:** gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel P.T.P.C. sono inseriti nell'ambito del c.d. ciclo delle performance.

Il P.T.P.C. presenta il seguente nucleo di dati e informazioni:

• Processo di adozione del P.T.P.C.

- ✓ Data e documento di approvazione del Piano da parte del Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico-amministrativo dell'Azienda;
- ✓ Individuazione degli attori interni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
- ✓ Individuazione degli attori esterni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
- ✓ Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano;

• Gestione del rischio

- ✓ indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"; l'Azienda - in aggiunta alle aree di rischio "generali" per tutte le amministrazioni - prevede ulteriori aree di rischio individuate in base alle proprie specificità;
- ✓ indicazione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio;
- ✓ schede di programmazione delle misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione, in relazione alle misure di carattere generale introdotte o rafforzate dalla legge n. 190/2012 e dai decreti attuativi, dalla Det. n. 12/2015, nonché alle misure ulteriori introdotte con il presente P.T.P.C..

• Formazione in tema di anticorruzione

- ✓ Indicazione del collegamento tra formazione in tema di anticorruzione e programma annuale della formazione;
- ✓ Individuazione dei soggetti cui viene erogata la formazione in tema di anticorruzione;
- ✓ Individuazione dei soggetti che erogano la formazione in tema di Anticorruzione;
- ✓ Indicazione dei contenuti della formazione in tema di anticorruzione;
- ✓ Indicazione di canali e strumenti di erogazione della formazione in tema di anticorruzione;
- ✓ Quantificazione di ore/giornate dedicate alla formazione in tema di anticorruzione.

• Codice di comportamento

- ✓ Adozione delle integrazioni al codice di comportamento dei dipendenti pubblici;
- ✓ Indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice di Comportamento;
- ✓ Indicazione dell'ufficio competente a emanare pareri sulla applicazione del codice di comportamento.

• Altre iniziative

- ✓ Adozione del Piano Aziendale di rotazione del personale;
- ✓ elaborazione della proposta di regolamento per disciplinare gli incarichi e le attività non consentite ai pubblici dipendenti;
- ✓ elaborazione di direttive per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali, con la definizione delle cause ostative al conferimento e verifica dell'insussistenza di cause di incompatibilità;
- ✓ definizione di modalità per verificare il rispetto del divieto di svolgere attività incompatibili a seguito della cessazione del rapporto;
- ✓ elaborazione di direttive per effettuare controlli su precedenti penali ai fini dell'attribuzione degli incarichi e dell'assegnazione ad uffici;

- ✓ adozione di misure per la tutela del whistleblower;
- ✓ predisposizione di Patti di integrità e protocolli di legalità per gli affidamenti;
- ✓ realizzazione del sistema di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dal regolamento, per la conclusione dei procedimenti;
- ✓ indicazione delle iniziative previste nell'ambito dell'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere;
- ✓ indicazione delle iniziative previste nell'ambito di concorsi e selezione del personale;
- ✓ indicazione delle iniziative previste nell'ambito delle attività ispettive.

Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012 il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda, entro il 15 dicembre di ogni anno, redige una relazione annuale che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal P.T.P.C..

La relazione annuale deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda ed allegata al P.T.P.C. dell'anno successivo.

Il P.T.P.C. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera - in considerazione del livello complesso della strutturazione aziendale e del suo articolarsi in un ampio territorio geografico - contiene tutti i raccordi per consentire il "governo" delle plurime articolazioni organizzative, centrali e periferiche.

L'organo di indirizzo politico, entro il 31 gennaio 2017, provvede ad adottare il presente P.T.P.C. ed a pubblicarlo sul sito istituzionale con indicazione del Link nella Sezione "Amm.ne Trasparente" "Altri Contenuti" "Corruzione" al fine di consentire la vigilanza dell'ANAC ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. f), della L. 190/2012 e smi. Si dà altresì evidenza del nominativo del Responsabile della prevenzione della corruzione, che deve essere comunque indicato anche all'interno del Piano.

L'adozione del P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti sono adeguatamente pubblicizzati dall'Azienda sul sito internet ed intranet.

1.2 Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione a livello decentrato

I soggetti che concorrono alla prevenzione della corruzione all'interno dell'A.S.L. sono:

- ❖ il Direttore Generale quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda;
- ❖ il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- ❖ il Responsabile Trasparenza e Integrità;
- ❖ i referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- ❖ tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza;
- ❖ l' Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) ;
- ❖ il Dirigente dell'U.O. Gestione Risorse Umane Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- ❖ tutti i dipendenti dell'amministrazione;
- ❖ i collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione.

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i

tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C..

1.3 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico dell'Azienda:

- a) designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- b) adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e li comunica al Dipartimento della funzione pubblica ed alla Regione interessata;
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali - a mero titolo esemplificativo - i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165/2001.

1.4 Il Responsabile della prevenzione della corruzione alla luce del D.Lgs. 97/2016

*“Deliberazione n. 401 del 2 Aprile 2013 di individuazione del Dirigente Amministrativo
dr. Rocco Ierone quale Responsabile della prevenzione della corruzione”*

Il D.Lgs. 97/2016 ha introdotto modifiche significative per la figura del RPC. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo.

Alla luce della nuova disciplina, è stato affrontato il tema dell'unificazione della funzione in una ampia ed aperta discussione tra il RPC ed il RT unitamente alla Direzione Strategica, al fine di pianificare e organizzare il passaggio delle funzioni e della responsabilità al soggetto da designare quale RPCT.

Dalla discussione è emerso che l'unificazione della funzione sarebbe avvenuto con il trasferimento della responsabilità in capo all'attuale RT, dr.ssa Maria Malvasi, Direttore dell'U.O.S.D. URP, in quanto al RPC, Dr. Rocco Ierone, Direttore U.O.C. Direzione Amm.va PO nonché Direttore Amm.vo U.O. Area Amm.va Territoriale, sono state, al contempo, conferite nuove responsabilità gestionali (Direttore Esecuzione Contratti) *borderline* con la funzione di RPC.

Al contempo la dr.ssa Malvasi ha manifestato l'esigenza di prevedere una fase transitoria per l'unificazione della figura, considerata la difficoltà oggettiva nella quale verrebbe a trovarsi nel dover predisporre un PTPC e T nonché compilare la Relazione annuale di attività prevista per il 15.12.2016 (poi 16.01.2017), atteso il breve periodo intercorrente tra l'introduzione della nuova disciplina e le scadenze molto prossime che l'attendono (predisposizione PTPCT e relativi adempimenti sugli obblighi di pubblicazione degli atti, introduzione del FOIA decorrenza 24.12.2016 ecc.).

Alla luce di quanto sopra, si è ritenuto opportuno e necessario accogliere la richiesta della Dr.ssa Malvasi ed attivare una fase transitoria nella quale gli attori (RPC e RT) sulla base della disponibilità del dr. Ierone a mantenere il ruolo di RPC, avvieranno una fase di stretta collaborazione unitamente ad un affiancamento del RT da parte del RPC al fine di trasferire tutte le necessarie informazioni normative e di attività, nonché la conoscenza di tutte le attività già avviate (Whistleblowing, Software Monitoraggio

PTPC, ecc) e quelle da avviare (Attuazione Piano Aziendale di Rotazione) per garantire continuità all'attuazione del PTPC e T senza soluzione di continuità.

Pertanto, si provvederà all'approvazione del PTPC e T 2017/2019 separatamente, pur inserendo il PTI quale sezione autonoma del PTPC per i motivi sopra esplicitati; successivamente all'approvazione dei predetti piani, verificata l'acquisizione da parte della Dr.ssa Malvasi delle dovute competenze, tali da garantire autonomia nella gestione operativa degli adempimenti connessi all'attuazione dei Piani medesimi, si provvederà con apposito formale atto deliberavo ad unificare la figura del RPCT indicandone la decorrenza, come previsto dal D.Lgs. 97/2016.

N.B.: Tutto quanto sopra è stato deciso anche sulla base di consultazioni in sede di giornate di formazione e incontro dei RPCT con Agenas e Professionisti esperti (collaboratori e consulenti di ANAC – Ministero Salute – Agenas) i quali hanno concordato che in alcuni casi Pianificare l'unificazione della funzione è, non solo opportuno, ma necessario.

In sede di approvazione di formale atto deliberavo per la unificazione della figura del 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 dovrà disporre «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» per dotare il RPCT di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere, che potrebbe consistere in un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT.

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPCT è tanto più evidente 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, come novellato dal d.lgs. 97/2016), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

Il Responsabile della prevenzione della corruzione è stato nominato dall'organo di indirizzo politico, quindi dal Direttore Generale, nella persona del Direttore di struttura complessa, dr. Rocco Ierone, adeguatamente formato, e il relativo nominativo è stato comunicato all' ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione).

In aggiunta al Responsabile, in considerazione della dimensione (oltre 2.000 dipendenti) e della complessità dell'Azienda che si articola in varie tipologie di strutture (strutture sanitarie, amministrative, tecniche, ospedaliere e territoriali), è stato individuato quale gruppo di supporto alle attività del Responsabile nelle figure di tutti i Dirigenti delle UU.OO. Responsabili delle Aree a Rischio (Giusta circolare n. 1 del 25.01.2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri).

Il Responsabile della prevenzione della corruzione predisponde ogni anno, a regime, entro il 31 Gennaio, il Piano triennale di prevenzione della corruzione che sottopone al Direttore Generale, prima in Bozza per eventuali osservazioni (giusta Determinazione n. 12 ANAC), quindi in via definitiva per l'approvazione.

Il Piano viene pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti.

Al Responsabile competono le seguenti attività/funzioni:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico (art. 1, comma 8),
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8),
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità (art. 1, comma 10 lett. a),
- proporre modifiche al piano in caso di indicazione da parte degli organismi competenti (Det. n. 12/2015 – Det. n. 831/2016 PNA), di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a),
- verificare, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, 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 (art. 1, comma 10, lett. b),
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c),
- pubblicare entro il 15 dicembre di ogni anno sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività (art. 1, comma 14).

In capo al Responsabile incombono le responsabilità sancite dalla Legge n. 190/2012 e s.m.i., come richiamate nel Deliberazione n. 831/2016 PNA.

1.4 bis Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)

Come richiamato dalla deliberazione n. 831/2016 ANAC, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (ex AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 1208 del 14.11.2013 avente ad oggetto “ Anagrafe unica delle stazioni appaltanti art. 33-ter, Decreto Legge n. 179/2012 conv. con Legge n. 221/2012” è stato individuato il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nella persona dell'Ing. Nicola Sannicola, Direttore dell'U.O. Gestione Attività Tecniche.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

1.5 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, **individua quali Referenti** del Responsabile della prevenzione della corruzione **tutti i dirigenti responsabili delle articolazioni aziendali**, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della prevenzione della corruzione, fermi restando i compiti del Responsabile e le conseguenti responsabilità, che non possono essere derogati.

E' altresì individuato il personale di supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione con determinazione del Direttore Amministrativo Aziendale.

1.6 Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione

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

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, nell'esercizio delle funzioni di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, per l'area di rispettiva competenza, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'Azienda, e di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione del personale.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione osservano le misure contenute nel P.T.P.C..

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione concorrono con il Responsabile del piano anticorruzione a curare che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo n. 39/2013 sulla inconfieribilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

a) segnalano al Responsabile del piano anticorruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfieribilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;

b) segnalano, altresì, al Responsabile del piano anticorruzione i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, affinché il Responsabile li segnali all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione concorrono con il Responsabile della prevenzione della corruzione a curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

1.7 I dirigenti per l'area di rispettiva competenza

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

a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;

- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- 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;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C..

1.8 Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte

A norma dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 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;
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

1.9 L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) alla luce della Delib 831/2016 PNA e del DLgs 97/2016

Gli Organismi indipendenti di valutazione (OIV) rivestono un ruolo importante nel sistema di gestione della performance e della trasparenza nelle pubbliche amministrazioni, svolgendo i compiti previsti dall'art. 14 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150. Al riguardo si rinvia al d.p.r. del 9 maggio 2016, n. 105 «*Regolamento di disciplina delle funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche*» e, in particolare all'art. 6. Gli OIV validano la relazione sulle performance, di cui all'art. 10 del d.lgs. 150/2009, dove sono riportati i risultati raggiunti rispetto a quelli programmati e alle risorse; propongono all'organo di indirizzo la valutazione dei dirigenti; promuovono e attestano l'assolvimento degli obblighi di trasparenza (art. 14, co. 1, lett. g), d.lgs. 150/2009).

Gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al RT (N.B. ancora per il 2017 le figure del RPC e RT sono separate), è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

L'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) dell'Azienda:

- a) partecipa al processo di gestione del rischio;
- b) considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei

- compiti ad essi attribuiti;
- c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
 - d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

Le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato alla l. 190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. 33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

Verificano altresì che i PTPC siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che all'organo di indirizzo, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012.

Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

1.10 L'Ufficio Procedimenti Disciplinari - U.P.D.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.):

- a) svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- b) provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- c) propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

1.11 Tutti i dipendenti dell'Azienda

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi.

Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui siano venuti a conoscenza.

1.12 Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel P.T.P.C. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento generale).

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

1.13 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel P.T.P.C. e segnalano le situazioni di illecito.

1.14 Procedure di raccordo e coordinamento tra i Soggetti della strategia di prevenzione a livello decentrato

E' onere e cura del Responsabile della prevenzione della corruzione definire le modalità e i tempi del raccordo con gli altri soggetti competenti nell'ambito del P.T.P.C..

A tal fine, per approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto delle possibili negative interferenze tra sfera pubblica e sfera privata dei pubblici agenti, è adottato, con il presente piano di prevenzione della corruzione, un percorso che prevede il coinvolgimento strutturale e funzionale:

- a) dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche;
- b) del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- c) del Responsabile della trasparenza;
- d) di tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il percorso che precede è articolato secondo il seguente modello operativo e funzionale:

1) i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;

2) il Responsabile della prevenzione della corruzione sovraintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità;

3) il Responsabile della trasparenza sovraintende alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tese alla concreta attuazione dell' ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività aziendali;

4) tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C., segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione definisce le modalità e i tempi del raccordo con gli altri soggetti competenti nell'ambito del P.T.P.C..

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, nell'esercizio delle sue attribuzioni, può in ogni momento, motivatamente, chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dirigenti e dipendenti su procedimenti, nonché su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

A tali motivate richieste scritte del Responsabile della prevenzione della corruzione, i dirigenti ed i dipendenti interessati sono tenuti a fornire una tempestiva risposta scritta.

Di tali iniziative il Responsabile della prevenzione della corruzione darà sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

1.15 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria e della pluralità di attività esercitate dalle proprie molteplici articolazioni, sia a livello centrale che periferico, dislocate peraltro in un'ampia area geografica, al fine di assicurare l'effettivo e concreto funzionamento dell'intero meccanismo di prevenzione approntato in modo diffuso con il presente piano, individua, con particolare riguardo alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, specifici obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano.

Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono, infatti, assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti, forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del responsabile della prevenzione della corruzione attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C., nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

1.16 Oggetto, finalità ed ambito di applicazione del P.T.P.C.

Il piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità.

Il presente piano, al fine di articolare una strategia complessiva per la prevenzione ed il contrasto del rischio di corruzione e di illegalità e di assicurarne la concreta attuazione con una azione coordinata e sistemica:

- fornisce una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione, individuando quelli nell'ambito dei quali è più elevato il rischio medesimo;
- indica gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- definisce, per le attività individuate ai sensi del presente piano, meccanismi di formazione,

- attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- stabilisce, con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi del presente piano, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
 - definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
 - definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
 - individua specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;
- disciplina le seguenti misure obbligatorie “generali” di prevenzione:
- Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori;
 - Rotazione del personale;
 - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
 - Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali;
 - Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantoufage - revolving doors);
 - incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
 - Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantoufage - revolving doors);
 - Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
 - Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
 - La formazione;
 - Patti di integrità negli affidamenti;
 - Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile.

In aggiunta alle anzidette misure obbligatorie di prevenzione, la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative, il presente P.T.P.C. introduce e sviluppa - per tutte le aree di rischio individuate ai sensi del P.T.P.C. medesimo - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento dell'Azienda e valutati i costi stimati, l'impatto sull'organizzazione ed il grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse. Il piano triennale di prevenzione della corruzione si applica a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, sono tenuti a notificare il piano aziendale di prevenzione della corruzione ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell'assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza periodica, in specie allorquando si sia proceduto a modifiche dello stesso.

Il P.T.P.C. rappresenta lo strumento attraverso il quale l'Azienda sistematizza e descrive un "processo" - articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente - che è finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno.

In esso si delinea un programma di attività derivante da una preliminare fase di analisi che,

in sintesi, consiste nell'esaminare l'organizzazione, le sue regole e le sue prassi di funzionamento in termini di "possibile esposizione" al fenomeno corruttivo.

Ciò deve avvenire ricostruendo il sistema dei processi organizzativi, con particolare attenzione alla struttura dei controlli ed alle aree sensibili nel cui ambito possono, anche solo in via teorica, verificarsi episodi di corruzione.

Attraverso la predisposizione del P.T.P.C., in sostanza, l'Azienda attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre il rischio di comportamenti corrotti. Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

Il P.T.P.C. quindi è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Il P.T.P.C. non è un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

1.17 Individuazione delle aree di rischio

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera Azienda che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

Rispetto a tali aree il P.T.P.C. identifica le loro caratteristiche, le azioni e gli strumenti per prevenire il rischio, stabilendo le priorità di trattazione.

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda.

Per "rischio" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per "evento" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda. Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica amministrazione.

Tuttavia, l'esperienza internazionale e nazionale mostrano che vi sono delle aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte.

In conseguenza, la L. n. 190/2012 all'art. 1, comma 16 ha già individuato delle particolari aree di rischio, ritenendole comuni a tutte le amministrazioni.

Con l'Aggiornamento 2015 al PNA l'ANAC, con la Determinazione n. 12 del 28.10.2015, ha ritenuto fornire indicazioni per la predisposizione delle misure di prevenzione della corruzione nell'area di rischio relativa ai Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture, introducendo una più ampia definizione di "**area di rischio contratti pubblici**" in luogo di quella di "affidamento di lavori, servizi e forniture", in quanto ciò consente un'analisi approfondita non solo della fase di affidamento ma anche di quelle successive di esecuzione del contratto; precisamente:

Fasi delle procedure di approvvigionamento

- 4.1. Programmazione**
- 4.2. Progettazione della gara**
- 4.3. Selezione del contraente**
- 4.4. Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto**
- 4.5. Esecuzione del contratto**
- 4.6. Rendicontazione del contratto**

L'Aggiornamento 2015 ha altresì stigmatizzato la necessità di andare oltre l'analisi delle aree di rischio "obbligatorie" e ampliare la visione verso attività con alto livello di probabilità di eventi rischiosi; in particolare ci si riferisce a:

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

L'Aggiornamento 2015 ancora, ha ritenuto fornire indicazioni specifiche per il settore sanitario, individuando un elenco esemplificativo e non esaustivo di alcune aree peculiari in ordine alla necessità che ogni ente individui le proprie aree specifiche e precisamente, sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

- a) attività libero professionale e liste di attesa;
- b) rapporti contrattuali con privati accreditati;
- c) farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- d) attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

Queste Aree insieme a quelle definite obbligatorie ex PNA sono denominate "**aree generali**".

Il presente PTPC 2016/2018 procederà all'Aggiornamento del PTPC 2015/2017 attraverso la mappatura delle Aree di Rischio "Area Contratti Pubblici" introdotta dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC, in sostituzione delle Aree "Affidamento di lavori, servizi e forniture" ex PNA 2013.

La mappatura dei processi è avvenuta attraverso il diretto coinvolgimento dei Dirigenti Responsabili delle Aree di Rischio Mappate, in modo da garantire la conoscenza da parte dei dirigenti stessi dei fenomeni collegati all'attività di prevenzione della corruzione oltre ad un reale coinvolgimento nel processo ed una diretta assunzione di responsabilità per i processi implementati/aggiornati.

Le aree di rischio di cui all' art. 1, comma 16 della L. n. 190/2012, comuni e generali a tutte le pubbliche amministrazioni si articolano, a loro volta, nelle seguenti sottoaree:

Area: acquisizione e progressione del personale

- Reclutamento
- Progressioni di carriera
- Conferimento di incarichi di collaborazione
- Incarichi e Nomine (ex Det. n. 12/2015)

Area: Contratti Pubblici (ex Det. n. 12/2015)

Fasi delle procedure di approvvigionamento

- Programmazione
- Progettazione della gara
- Selezione del contraente
- Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto
- Esecuzione del contratto
- Rendicontazione del contratto

Area: Gestione del Patrimonio

Per la presente area di rischio, l'analisi della realtà aziendale ha evidenziato, alla luce degli indicatori di cui alla Det. n.12/2015, che gli obblighi di trasparenza di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 33/2013 sono completamente rispettati, che l'azienda ha un patrimonio (immobili di proprietà) disponibile completamente utilizzato a fini istituzionali; pertanto si è ritenuto non necessaria una specifica mappatura del rischio.

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

- Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
- Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
- Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
- Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
- Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
- Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto

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

- Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an
- Provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato
- Provvedimenti amministrativi vincolati nell'an e a contenuto vincolato
- Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale
- Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an
- Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto.

Queste aree di rischio sono singolarmente analizzate ed indicate nel presente P.T.P.C. ed adattate alla specifica realtà organizzativa dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Le stesse - che costituiscono un contenuto minimale obbligatorio per legge - non

esauriscono, tuttavia, la individuazione delle aree di rischio dell'Azienda.

Il presente P.T.C.P. include, infatti, ulteriori aree di rischio, che rispecchiano le specificità funzionali e di contesto e che scaturiscono dal processo di valutazione del rischio.

Le ulteriori aree di rischio individuate sono le seguenti:

1. Area Assistenza Sanitaria di base (Coordinamento Attività Territoriale e Distretti)

- Provvedimenti di tipo autorizzatorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire)
- Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati

1 bis Area: Rapporti Contrattuali con privati accreditati (ex Det. n. 12/2015)

1. Autorizzazione alla realizzazione;
2. Autorizzazione all'esercizio;
3. Accreditamento istituzionale;
4. Accordi/contratti di attività.

2. Area Direzione Sanitaria Ospedaliera

- Liste di attesa
- Attività di controllo e sorveglianza igienica dei servizi di ristorazione, lavanolo ed igiene ambientale.

2 bis Area: ALPI (ex Det. n. 12/2015)

- Verifiche su libera professione, prenotazione delle prestazioni in regime di ALPI, interferenza con attività istituzionale.

2 tris Area Attività conseguenti al decesso ospedaliero

- Controlli nei confronti degli operatori coinvolti
- Legalità ed eticità nella gestione del servizio

N.B.

2 quater Area: Ricerca sperimentazioni e sponsorizzazioni (ex Det. n. 12/2015)

La presente Area di Rischio non rientra tra le competenze aziendali in quanto è competente per questo tipo di attività un organismo regionale unico (Comitato Etico Regionale).

3. Area U.O.C. Farmacia Ospedaliera

- Stesura capitolati tecnici e partecipazione a gare di acquisto

- Partecipazione a commissione PTO
- Vigilanza ispettiva sui farmaci stupefacenti negli armadi di reparto

3.bis Area: Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie (ex Det. n. 12/2015)

4. Area U.O.C. Farmacia Territoriale

- Provvedimenti di tipo autorizzatorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire) Autorizzazione all'apertura e all'esercizio di farmacia; autorizzazione alla gestione provvisoria della farmacia; autorizzazione al trasferimento di titolarità di farmacia, al trasferimento dei locali della farmacia; autorizzazione alla sostituzione temporanea del titolare di farmacia
- Attività di controllo di dichiarazioni sostitutive in luogo di autorizzazioni (ad esempio in materia edilizia o commerciale)
- Concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati Erogazione indennità di residenza ai farmacisti rurali
- Gestione del servizio di fornitura dell'ossigenoterapia domiciliare

5. Area U.O. Gestione Risorse Finanziarie

Emissione ordinativi di pagamento al Tesoriere Aziendale

5 bis Area: Gestione delle entrate e delle spese (ex Det. n. 12/2015)

Quest'Area è trasversale a tutte le UU.OO. che gestiscono un Budget.

6. Area U.O. Gestione del rischio clinico e Medicina Legale

- Consulenza medico legale negli ambiti classici dell'attività clinica
- Attività di Medicina Legale Aziendale

7. Area Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale :

▪ Area A – Area della Sanità Animale

- a. Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- b. Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
- c. Attribuzione di Qualifica Sanitaria degli allevamenti e rilascio della relativa attestazione sanitaria con connesso vantaggio economico (commercializzazione, accesso a finanziamenti e contributi, ecc)
- d. Attività di controllo della corretta gestione dell'Anagrafe del Bestiame e delle Aziende Zootecniche a cui possono essere connessi vantaggi economici (erogazione di premi comunitari ecc.)

- **Area B - Area dell'Igiene della produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati**
 - a. Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario
 - b. Rilascio certificazione sanitaria per l'esportazione di prodotti di O.A, con connesso vantaggio economico nella commercializzazione
 - c. Attività di vigilanza e di controllo negli stabilimenti di produzione, confezionamento e commercializzazione dei prodotti di O.A. (Controlli Ufficiali)
- **Area C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche**
 - a. Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
 - b. Registrazione e controllo delle aziende zootecniche destinate alla produzione del latte;
 - c. Autorizzazione e controllo al trasporto animale;
 - d. Controllo e vigilanza sulla produzione e commercio degli alimenti destinati agli animali da reddito, sul benessere degli animali da reddito e da sperimentazione;

8. Area Dipartimento di Prevenzione della Salute Umana :

- **U.O. SIAN - Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione**
 - a. Attività di controllo riferito a: Campionamento, Ispezione, Sequestro, Chiusure di attività, Sospensione di attività, Distruzione di prodotti, Check-list dei termini restrittivi;
 - b. Rilascio Parere previa Verifica su progetto preliminare alla realizzazione, attivazione, modifica di attività di produzione, preparazione, confezionamento, deposito, trasporto, somministrazione e commercio di prodotti alimentari di competenza e bevande;
- **U.O. S.I.S.P. - Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica**
 - a. Controllo sulla produzione, commercio ed impiego di prodotti cosmetici; controllo sull'idoneità di locali ed attrezzature per commercio deposito ed utilizzo di sostanze radioattive ed apparecchi generatori di radiazioni ionizzanti, Controlli sulla produzione, deposito, vendita e trasporto di sostanze e preparati pericolosi; controlli sulla produzione, detenzione; commercio ed impiego dei gas tossici.
 - b. Vigilanza igienico-sanitaria nelle scuole e negli altri ambienti comunitari; nelle strutture sanitarie private e negli stabilimenti termali; vigilanza e controllo sulle piscine; vigilanza sulle condizioni igienico-sanitarie delle carceri e case; mandamentali; vigilanza sulle professioni ed arti sanitarie compresa la pubblicità sanitaria; vigilanza su estetiste, parrucchieri, barbieri e visagiste.

- **U.O. SPILL - Servizio di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei luoghi di lavoro**
Verifiche periodiche di legge di impianti ed apparecchi

- **U.O. - Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro**
Vigilanza sull'applicazione della normativa vigente in materia di tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per i contenuti e le indicazioni sulla gestione del rischio si sono tenuti presenti i principi e linee guida "Gestione del rischio" UNI ISO 31000 2010 (edizione italiana della norma internazionale ISO 31000), qui riconsiderati anche con un intento di semplificazione.

1.18 Determinazione, per ciascuna area di rischio, delle esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l'indicazione di modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori di misure di prevenzione obbligatorie e misure ulteriori

Il P.T.P.C. dell'A.S.L. di Matera - per tutte le aree di rischio individuate ai sensi del P.T.P.C. medesimo - indica le misure di prevenzione da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi. Le misure si classificano come:

- a) misure specifiche;
- b) misure generali;
- c) misure obbligatorie, sono quelle la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative;
- d) misure ulteriori, sono quelle che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente P.T.P.C.;

Il P.T.P.C. contiene tutte le misure generali, specifiche ed obbligatorie per trattare il rischio e le misure ulteriori ritenute necessarie o utili, tenuto conto del contesto di riferimento dell'Azienda.

La individuazione e la scelta delle misure ulteriori è effettuata mediante il confronto con il coinvolgimento dei titolari del rischio.

Per "titolare del rischio" si intende la persona con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.

Le misure ulteriori adottate dall'A.S.L. di Matera con il presente P.T.P.C. - che integrano misure di prevenzione diverse da quelle obbligatorie per legge e sono considerate in un'ottica strumentale alla riduzione del rischio di corruzione - sono le seguenti:

- a) la intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. 46 - 49 del d.P.R. n. 445/2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445/2000); misura da attuarsi -con decorrenza immediata - da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, di modo da pervenire, entro il mese di dicembre 2016, alla effettuazione di un numero complessivo di controlli, riferito all'intera Azienda, che superi quelli attualmente ed obbligatoriamente effettuati di almeno il 30%.
- b) l'avvio dell'attività di controllo di cui al punto a), mediante il Nucleo Ispettivo Interno dell'Azienda istituito con Deliberazione n. 901 del 30.07.2014 (art. 1, comma 62, l.

n.662/1996) rispetto a tutte le verifiche sulle dichiarazioni (art. 72 d.P.R. n. 445/2000); l'attività di controllo dovrà essere avviata con decorrenza immediata e rendicontata entro il mese di dicembre 2016, in modo da consentire ai Responsabili degli stessi settori, entro il medesimo termine, la razionalizzazione delle attività in questione.

- c) l'affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza al Nucleo Ispettivo Interno dell'Azienda istituito con Deliberazione n. 901 del 30.07.2014.
- d) la previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario; misura da attuarsi - con decorrenza immediata - da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, a vario titolo competenti.
- e) il monitoraggio dell'attività in ordine agli "orari di disponibilità" dell'U.P.D. durante i quali i funzionari addetti sono disponibili ad ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'Azienda su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari (art. 15, comma 3, d.P.R. n. 62/2013); misura da attuarsi - entro il mese di dicembre 2015 - da parte dei dirigenti e dipendenti che compongono l'U.P.D..
- f) potenziamento, nell'ambito delle strutture esistenti della rete U.R.P. dell'Azienda, degli uffici per curare il rapporto con le associazioni e le categorie di utenti esterni (canali di ascolto), in modo da raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione e segnalazioni di illecito, e veicolare le informazioni agli uffici aziendali competenti; misura da attuarsi - anche mediante la utilizzazione di tutti i canali di comunicazione possibili, dal numero verde, alle segnalazioni via web ai social media - da parte del Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico, entro dicembre 2016.
- g) la previsione di meccanismi di raccordo tra tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, ed il Servizio Gestione Risorse Umane (mediante consultazione obbligatoria e richiesta di avviso dell'U.P.D.), al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale; meccanismi, in particolare, che stabiliscano un concreto ed effettivo raccordo tra l'ufficio di appartenenza del dipendente, il Servizio Gestione Risorse Umane competente al rilascio di autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'U.P.D., di modo da far acquisire rilievo alle situazioni in cui sono state irrogate sanzioni disciplinari a carico di un soggetto ovvero si sta svolgendo nei suoi confronti un procedimento disciplinare, al fine: 1) della preclusione allo svolgimento di incarichi aggiuntivi o extraistituzionali; 2) della valutazione della performance e del riconoscimento della retribuzione accessoria ad essa collegata. A tal fine: 1) la commissione di illecito disciplinare o comunque l'esistenza di un procedimento disciplinare pendente deve essere considerata - anche in relazione alla tipologia di illecito - ai fini del conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali; 2) l'irrogazione di sanzioni disciplinari costituisce elemento di ostacolo alla valutazione positiva per il periodo di riferimento e, quindi, alla corresponsione di trattamenti accessori collegati; misura da attuarsi -con effetto immediato - da parte del Direttore del Servizio Gestione Risorse Umane.

- h) la effettiva applicazione delle procedure di informatizzazione di gestione del personale; misura da attuarsi - entro dicembre 2017 - da parte del Direttore del Servizio Gestione Risorse Umane e del Direttore del Servizio dei Sistemi Informatici.

La tempistica per l'introduzione e per l'implementazione delle misure può essere differenziata, a seconda che si tratti di misure generali, obbligatorie o di misure ulteriori.

1.19 Misure di prevenzione di carattere trasversale

Il presente P.T.P.C. individua ed implementa anche delle misure di carattere trasversale. Anche queste sono obbligatorie e ulteriori.

Sono misure di carattere trasversale:

- i) la trasparenza (P.T.T.I.): gli adempimenti di trasparenza possono essere misure obbligatorie o ulteriori; le misure ulteriori di trasparenza sono indicate nel P.T.T.I.;
- ii) l'informatizzazione dei processi che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- iii) l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo dei dati, documenti e procedimenti (d.lgs. n. 82/2005) che consentono l'apertura dell'Azienda verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza;
- iv) il monitoraggio sul rispetto dei termini procedimentali, in quanto attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

1.20 Individuazione, per ciascuna misura, del responsabile e del termine per l'attuazione, stabilendo il collegamento con il ciclo delle performance.

Il presente P.T.P.C. individua per ciascuna misura da implementare il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa.

L'efficacia del P.T.P.C. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda.

Il P.T.P.C. è quindi strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

Il presente P.T.P.C. stabilisce i dovuti collegamenti con il ciclo della performance, garantendone l'effettività, la concretezza e la realtà.

L'Azienda a tal fine procede, come da indicazioni già ricevute dalla delibera n. 6 del 2013 della C.I.V.I.T., alla costruzione di un ciclo delle performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

- alla performance;
- agli standard di qualità dei servizi;
- alla trasparenza ed alla integrità;
- al piano di misure in tema di misurazione e contrasto alla corruzione.

Il contenuto del P.T.P.C. è coordinato con gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché con quelli individuati dal d.lgs. n. 150/, ossia:

- il redigendo Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. n. 150/2009),
- il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del d.lgs. n. 150/2009),
- il P.T.T.I..

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che l'Azienda procede all'inserimento dell'attività che pone in essere per l'attuazione della l. n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della performance (e negli analoghi strumenti di programmazione eventualmente previsti).

L'Azienda, quindi, procede ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del P.T.P.C..

In tal modo, le attività svolte dall'Azienda per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C. vengono inserite in forma di obiettivi nel redigendo Piano della performance.

1.21 Il P.T.T.I. e gli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal DLgs 97

Il P.T.T.I. costituisce una sezione del P.T.P.C. ed il ruolo di Responsabile della trasparenza è svolto, di norma, dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il D.Lgs. 97/2016 ha introdotto modifiche significative per la figura del RPC. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo.

Sulla base delle motivazioni riportate al precedente par. 1.4, si è ritenuto opportuno e necessario attivare una fase transitoria nella quale il RPC e il RT, avvieranno una fase di stretta collaborazione unitamente ad un affiancamento del RT da parte del RPC al fine di trasferire tutte le necessarie informazioni normative e di attività, nonché la conoscenza di tutte le attività già avviate (Whistleblowing, Software Monitoraggio PTPC, ecc) e quelle da avviare (Attuazione Piano Aziendale di Rotazione, Gestione Antiriciclaggio..in via di regolamentazione) per garantire continuità all'attuazione del PTPC e T senza soluzione di continuità.

A tal fine, l'Azienda assicura il coordinamento tra le attività svolte dai due Responsabili, nonché tra il P.T.P.C. ed il P.T.T.I., considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

La sezione del Piano relativa alla Trasparenza sarà impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari a garantire la trasmissione e pubblicazione dei dati.

Caratteristica essenziale di tale sezione è l'indicazione dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati . Si procederà all'elaborazione di uno schema "Stato di Attuazione - Prospetto riepilogativo ed analitico della pubblicazione dei dati" dove per ogni obbligo è indicato la struttura interessata , responsabile della trasmissione e i tempi di attuazione. Si elaboreranno le schede che faranno parte integrante e sostanziale della sezione.

Al fine di garantire il controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, l'Azienda Sanitaria ha istituito già dal 2015, la figura dell'Editor, quale referente della trasparenza.

Ogni responsabile di unità operativa, ha individuato il proprio referente della trasparenza con il compito di trasmettere ed aggiornare la pubblicazione dei dati relativi alla propria U.O.

Ogni responsabile di Unità operativa avrà la funzione di sovraintendere l'attendibilità dei dati da inserire.

Al fine di garantire che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto, il programma triennale per la trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 11 del d. lgs. n. 150 del 2009, è coordinato con il piano per la prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ed il Responsabile della trasparenza sono, a tal fine, garantiscono un accordo in termini organizzativi, fermi restando i compiti 8 fino ad unificazione della figura), le funzioni e le responsabilità di ciascuno dei due Responsabili.

Al fine di assicurare concreta effettività a tale accordo organizzativo, il presente piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera recepisce dinamicamente la regolamentazione del programma aziendale per la trasparenza.

1.22 Individuazione dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e degli altri soggetti tenuti a relazionare al Responsabile alla luce del d.lgs. 97/2016

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza, sono “*referenti*” del RPC e:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- 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;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C..

Il presente P.T.P.C. individua i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e gli altri soggetti nell'ambito dell'Azienda che sono tenuti a relazionare al Responsabile.

Il P.T.P.C. stabilisce obblighi periodici, con cadenza trimestrale, per relazionare al responsabile, fatte salve le situazioni di urgenza.

Il presente P.T.P.C. prevede inoltre meccanismi che permettono al Responsabile di conoscere tempestivamente fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'Azienda ed il contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero le contestazioni circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

I soggetti con i quali il Responsabile della prevenzione della corruzione si relaziona assiduamente per l'esercizio della sua funzione sono:

- il Responsabile della Trasparenza;

- il Dirigente Responsabile che redige il Piano della Performance;
- l'U.O. Gestione Risorse Umane – Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D), per dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali;
- l' Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- i Referenti, designati nel P.T.P.C., cui sono affidati specifici compiti di relazione e segnalazione;
- i dirigenti, in base ai compiti a loro affidati dall'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del P.T.P.C. è suscettibile di essere sanzionata disciplinamente.

1.23 Forme di consultazione in sede di elaborazione e di verifica del P.T.P.C. e PTTI

Al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione e della predisposizione del P.T.P.C. e del PTTI, l'Azienda con apposito invito ha indetto la III Giornata della Trasparenza con “Consultazione Pubblica” per il coinvolgimento di cittadini e di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, per la diffusione delle strategie di prevenzione pianificate, nonché sull'implementazione delle relative misure.

L'Azienda ha tenuto conto dell'esito della consultazione in sede di elaborazione del P.T.P.C. e del PTTI e in sede di valutazione della sua adeguatezza, anche quale contributo per individuare le priorità di intervento.

La consultazione è avvenuta mediante raccolta dei contributi in via diretta. In data 19.12.2016 l'ASM ha organizzato la 3° Consulta pubblica . Alla Consulta hanno partecipato sia interlocutori istituzionali, sia rappresentanti di associazioni di volontariato e rappresentanti sindacali. La Consulta è stata finalizzata ad illustrare sinteticamente i contenuti dei Piani Triennali della trasparenza, Prevenzione della Corruzione, Performance, FOIA e Privacy, oltre ai principi normativi di trasparenza con particolare riferimento all'accesso civico.

La Azienda ha altresì istituito un blog interattivo con gli stakeholder dove è possibile scambiare opinioni e suggerimenti su tematiche relative alla trasparenza e alla legalità in Sanità.

1.24 Iniziative di formazione sui temi dell'etica e della legalità e di formazione specifica per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione e per il Responsabile della prevenzione della corruzione

Il presente P.T.P.C. pianifica iniziative di formazione rivolte:

- a tutto il personale sui temi dell'etica e della legalità, con particolare riferimento ai contenuti del Codice di comportamento dei pubblici dipendenti;
- ai dirigenti e al personale addetti alle aree a rischio;
- al Responsabile della prevenzione in priorità;
- formazione specifica per l'attuazione della misura della rotazione secondo le linee del Piano aziendale di Rotazione.

La programmazione della formazione contenuta nel P.T.P.C. è coordinata con quella prevista nel Piano Triennale della Formazione (P.T.F.).

1.25 Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del P.T.P.C.

Il P.T.P.C. individua il sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure e definisce un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della prevenzione della corruzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

A tal fine è stato predisposto un apposito applicativo informatico per il monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione già dal 2016.

Al fine del corretto utilizzo dell' applicativo medesimo, è stata organizzata un'apposita giornata di formazione dimostrativa dell'applicativo medesimo.

I Responsabili delle Unità Operative delle Aree a Rischio Mappate nel piano di prevenzione, unitamente ai referenti e/o collaboratori sono stati quindi opportunamente formati.

I Responsabili e/o loro delegati delle Unità Operative hanno la possibilità di accedere all'applicativo nella Intranet Aziendale al seguente link: <https://intranet.asmbasilicata.it/asm.ptpc/Backend.aspx>.

A ciascun dirigente, sono state trasmesse le credenziali (username e password) necessarie per il login.

1.26 Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento del P.T.P.C.

Il P.T.P.C. è adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno ed è pubblicato sul sito istituzionale con indicazione del Link nella Sezione "Amm.ne Trasparente" "Altri Contenuti" "Corruzione" al fine di consentire la vigilanza dell'ANAC ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. f), della L. 190/2012 e smi. .

L'aggiornamento annuale del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda, mediante - a titolo esemplificativo - la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del P.T.P.C.;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A. (Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ANAC e Deliberazione n. 831/2016).

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per l'adozione del presente P.T.P.C..

1.27 La gestione del rischio

Per "gestione del rischio" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Azienda con riferimento al rischio.

I principi fondamentali per una corretta gestione del rischio cui si fa riferimento nel presente P.T.P.C., in conformità al P.N.A. ed all'Aggiornamento 2015 con Det. n. 12 /2015 ANAC, sono desunti dai Principi e linee guida UNI ISO 31000:2010, che rappresentano l'adozione nazionale, in lingua italiana, della norma internazionale ISO 31000 (edizione novembre 2009), elaborata dal Comitato tecnico ISO/TMB "Risk Management".

Al riguardo, l'Allegato 6 del P.N.A. - Principi per la gestione del rischio (Tratti da UNI ISO 31000 2010) - chiarisce che "Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, un'organizzazione dovrebbe, a tutti i livelli, seguire i principi riportati qui di seguito".

Particolare attenzione è stata dedicata, in quanto propedeutica alla gestione del rischio, all'analisi del *contesto esterno ed interno*, giusta Det. n. 12/2015 ANAC, al fine di predisporre il PTPC contestualizzato e conseguentemente più efficace.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, per la predisposizione del presente Piano, quale aggiornamento-implementatione del PTPC 2015-2017, ha confermato quale metodo di lavoro la diretta partecipazione in tutte le fasi di gestione del rischio, in luogo di una "formale somministrazione" di un questionario.

Ogni singolo Dirigente Responsabile di Area a Rischio ha direttamente partecipato alle fasi di Mappatura dei Processi, all'Analisi e Valutazione (dei Rischi) dei Processi, alla Identificazione e Valutazione dei Rischi (Specifici), alla Identificazione delle Misure.

In questo modo è stato garantito oltre al coordinamento delle attività di mappatura dei processi, il pieno coinvolgimento, in termini formali e sostanziali, nella stesura del presente Piano quale aggiornamento-implementatione del precedente.

Il lavoro svolto ha confermato la positività della metodologia sperimentata nell'anno precedente che consente di coinvolgere i diretti interessati nei processi di miglioramento delle proprie attività.

La predetta metodologia ha consentito, ancora una volta, una proficua collaborazione ed ha rappresentato un significativo momento di informazione/formazione per tutti i dirigenti responsabili coinvolti.

Le fasi principali - seguite dall'Azienda - vengono di seguito descritte.

Analisi del contesto esterno (in premessa)

Analisi del contesto interno (in premessa)

1.28 Mappatura dei processi, valutazione dei rischi di corruzione e definizione delle conseguenti misure.

Metodologia

- 1. LA MAPPATURA DEI PROCESSI**
- 2. ANALISI E VALUTAZIONE (DEI RISCHI) DEI PROCESSI**
- 3. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI (SPECIFICI)**
- 4. IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE**

Premessa

Il presente modello costituisce lo strumento per effettuare l'individuazione, la mappatura e la valutazione dei rischi di corruzione, e, su questa base, identificare le misure più appropriate alla sua gestione.

Il Piano Nazionale Anticorruzione e la Determinazione n. 12 /2015 ANAC di Aggiornamento prevede che la fase iniziale del processo di gestione del rischio, previa analisi del Contesto Esterno ed Interno all'Azienda Sanitaria, sia dedicata **alla mappatura dei processi**, intendendo come tali, *“quell’insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all’amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell’ambito di un’amministrazione può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più amministrazioni. Il concetto di processo è più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica”*.

L'identificazione dei processi è una fase complessa, che ha richiesto un forte impegno ed un grande dispendio di risorse dell'amministrazione.

Per semplificare tale fase, il presente modello indica un elenco di processi che è stato elaborato sulla base delle indicazioni contenute nell'allegato 2 del PNA ed integrato ed implementato sulla base delle indicazioni pervenute con la Determinazione n. 12/2015 ANAC.

Una fase fondamentale del processo di *risk management* è consistito nell'individuazione (sotto forma di *check list*) del catalogo dei rischi.

Il presente modello contiene **un catalogo di rischi**, elaborato sulla base delle indicazioni **dell'Allegato 3 del PNA** nonché sulla base di un'approfondita **analisi** del contesto in cui opera l'amministrazione e dall'**analisi e valutazione** dei rischi specifici ai quali sono esposti i vari uffici o procedimenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Il **Catalogo dei Rischi** è stato suddiviso in 3 livelli:

1. **Area di rischio**, che rappresenta la denominazione dell'area di rischio generale cui afferisce il processo ed i rischi specifici ad esso associati. Le aree di rischio, già individuate dal legislatore e le ulteriori aree individuate in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte.
2. **Processo**, che rappresenta una classificazione, a livello macro, delle possibili attività di trasformazione di input in output dell'amministrazione
3. **Eventi Rischiosi**, che definisce la tipologia di rischio che si può incontrare in un determinato Processo.

La presente metodologia ha portato allo svolgimento delle seguenti attività:

➤ **Mappatura dei Processi:**

- a) Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione di nuove Aree di rischio e/o Processi per l'azienda sanitaria locale di Matera;
- b) Identificazione delle strutture deputate allo svolgimento del Processo;

➤ **Analisi e Valutazione dei Processi:**

- a) Valutazione dei processi esposti al rischio (in termini di impatto e probabilità);

➤ **Identificazione e Valutazione dei rischi:**

- a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel catalogo ed individuazione di nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;
- b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

➤ **Identificazione delle misure:**

- a) Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.
- b) Per ciascuna attività il Modello specifica chi fa cosa.

1 - LA MAPPATURA DEI PROCESSI

1. Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione di nuove Aree di rischio e/o Processi per l'amministrazione di appartenenza.

Oltre alle aree di rischio individuate dal PNA come comuni a tutte le amministrazioni (*Acquisizione e progressione del personale; Affidamento di lavori, servizi e forniture; Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario; Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario*), sono state individuate ulteriori aree di rischio in relazione alla specificità dell'Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte.

Sono stati quindi individuati i principali processi associati alle aree di rischio, individuati dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC come comuni a tutte le amministrazioni ed individuati come generali e specifici alla realtà aziendale.

Per ciascuna area di rischio assegnata è stato indicato se il Processo è applicabile alle peculiarità dell'amministrazione. In caso di non applicabilità sono state indicate le motivazioni.

Sono stati inseriti gli ulteriori Processi e/o aree di rischio ritenuti rilevanti per le caratteristiche specifiche dell'azienda sanitaria.

2. Identificazione delle Strutture aziendali deputate allo svolgimento del Processo.

Per ciascun Processo sono stati indicati i Servizi interessati allo svolgimento dello stesso.

2 ANALISI E VALUTAZIONE (DEI RISCHI) PROCESSI SPECIFICI

Valutazione dei processi esposti al rischio

La presente analisi, come dettato dal Piano Nazionale Anticorruzione e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC, ha mirato a valutare l'esposizione al rischio dei

processi organizzativi.

Il modello utilizzato prevedeva dover rispondere a 5 domande per la probabilità e a 5 domande per l'impatto.

Si è proceduto alla valutazione dei processi rispondendo alle singole domande per ogni processo individuato e riportando i punteggi relativi a ogni risposta nella relativa tabella.

Con la media delle risposte per la probabilità e separatamente per l'impatto si è giunti alla valutazione finale di esposizione al rischio come da calcolo sotto riportato.

N. B. - Le risposte ai quesiti sono state date da ciascun Dirigente di Servizio nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile Prevenzione Corruzione ad ogni singolo Responsabile/Dirigente di U.O. delle Aree a Rischio Individuate.

A seguito della valutazione dell'Impatto e della Probabilità, per ciascun Processo è stata individuata una propria collocazione nell'apposita "Matrice Impatto-Probabilità".

3 - IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel catalogo ed individuazione di nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi.

Per ciascuna area di rischio assegnata e per ciascun Processo individuato come maggiormente rischioso è stato indicato se il rischio specifico è applicabile. In caso di non applicabilità, è stata riportata la motivazione. Sono stati, inoltre, inseriti ulteriori rischi specifici non mappati secondo le indicazioni **dell'Allegato 3 del PNA e della Determinazione n. 12/2015 ANAC**, ritenuti rilevanti per le caratteristiche specifiche dell'azienda.

b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di Impatto e Probabilità)

Per ciascun processo individuato come maggiormente rischioso associato alle aree assegnate, si è proceduto alla valutazione della probabilità e dell'impatto.

La probabilità indica la frequenza di accadimento degli specifici rischi, mentre l'impatto indica il danno che il verificarsi dell'evento rischioso causa all'amministrazione.

Le domande proposte sono volte ad indagare l'impatto e la probabilità dai punti di vista sia soggettivo che oggettivo.

Le risposte alle domande sono state date con riferimento a quanto realmente accaduto nell'ASL di Matera nei precedenti 3 anni.

N. B. - Le risposte ai quesiti sono state date da ciascun Dirigente di Servizio nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile Prevenzione Corruzione ad ogni singolo Responsabile/Dirigente di U.O. delle Aree a Rischio Individuate.

A seguito della valutazione dell'impatto e della probabilità per ciascun rischio specifico, sono stati collocati i singoli eventi rischiosi nell'apposita "Matrice Impatto-Probabilità".

VALUTAZIONE COMPLESSIVA MODALITA' DI CALCOLO

La Valutazione Complessiva del Rischio, allegato 5 del PNA, risultante dal prodotto tra Valori e Frequenze della Probabilità e Valori e Importanza dell'Impatto viene determinata, per ciascun Processo, secondo la seguente classificazione:

VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ

0 nessuna probabilità **1** improbabile **2** poco probabile **3** probabile **4** molto probabile **5** altamente probabile

VALORI E IMPORTANZA DELL'IMPATTO

0 nessun impatto **1** marginale **2** minore **3** soglia **4** serio **5** superiore

VALUTAZIONE COMPLESSIVA DEL RISCHIO

Valore frequenza x valore impatto

<u>VALORE PRODOTTO</u> (Valore frequenza x valore impatto)	<u>VALORE DEL RISCHIO</u> (Media Probabilità – Media Impatto)
Inferiore a 1,8	BASSO
Tra 1,8 e 3,6	MEDIO/BASSO
Tra 3,6 e 5,4	MEDIO
Tra 5,4 e 7,2	MEDIO/ALTO
Tra 7,2 e oltre	ALTO

4 - IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

A seguito della valutazione dell'impatto e della probabilità dei processi associati ai rischi specifici, è stata individuata la misura di presidio dei rischi precedentemente rilevati.

Per ogni processo tra quelli valutati maggiormente esposti ai rischi, è stata data risposta alle domande ai fini della individuazione delle misure opportune per la loro mitigazione.

Il PNA identifica una serie di misure obbligatorie (Allegato 1) unitamente alla Determinazione n. 12/2015 ANAC, che devono essere necessariamente implementate all'interno di ciascuna amministrazione, alle quali sono state affiancate misure ulteriori. In entrambi i casi, le misure sono *“coerenti con gli esiti della valutazione”*.

Ai fini dell'**individuazione delle misure di prevenzione, mitigazione e trattamento del rischio** sono stati utilizzati gli schemi di seguito riportati.

AREA DI RISCHIO

Area di Rischio

CATALOGO DEI PROCESSI E DEI RISCHI

Processo

(.....
.....)

Eventi rischiosi

1. Abuso.....
.....
.....

SCHEDA PER LA RAPPRESENTAZIONE DEL RISULTATO FINALE DEL PROCESSO DI GESTIONE DELL' AREA DI RISCHIO

Area:

... PROCESSO

Provvedimenti di tipo autorizzatorio (incluse figure simili quali: abilitazioni, approvazioni, nulla-osta, licenze, registrazioni, dispense, permessi a costruire)

1. DESCRIZIONE

Il presente processo consiste..
Sono interessati al processo

2. LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

Dall'analisi del processo il livello di esposizione al rischio è risultato “ - “ ed in termini di Impatto è risultato “ “, in considerazione

La valutazione complessiva del rischio scaturente dal prodotto tra Valore frequenze della Probabilità e Valore e Importanza dell'Impatto pari a determina un valore “ “ del rischio.

3. LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEGLI EVENTI RISCHIOSI

Per questa sezione dall'analisi è risultato un livello del rischio di “ “ determinato soprattutto

4. INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Misura	Descrizione	Fasi	Tempi	Ufficio Resp	Soggetto Resp
1					
2					

Le voci individuate sono riportate per ciascuna struttura dell’Azienda.

- 1) Indicazione dei Processi;**
- 2) Indicazione degli Eventi Rischiosi** associati ai Processi a rischio, tenuto conto della matrice relativa al singolo evento rischioso;
- 3) Indicazione dei Servizi/Uffici** che risultano essere maggiormente esposti al rischio;
- 4) Indicazione delle Misure del PNA e dell’aggiornamento al PNA di cui alla Det. 12/2015 ANAC applicabili** che, potenzialmente, potrebbero mitigare, correggere o prevenire il suddetto rischio (**in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia**);
- 5) Indicazione delle Misure esistenti** all’interno dell’organizzazione, a presidio del rischio (**in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia**).

E’ stato, quindi, effettuato un censimento di tutte le attività messe in atto dall’ Azienda, idonee a presidiare il rischio corruttivo.

Sono stati, pertanto, censiti:

- a. eventuali controlli interni previsti;
- b. atti organizzativi interni che, disciplinando in maniera puntuale il processo, capaci di ridurre gli spazi di discrezionalità nei quali potrebbero annidarsi episodi di corruzione e di cattiva gestione;
- c. altri regolamenti/procedure, etc. che si è ritenuto potessero presidiare il rischio.

- 6) Analisi delle misure esistenti a presidio del rischio.**

Si è ritenuto opportuno capire se le misure esistenti sono previste formalmente, applicate ed efficaci, al fine di individuare eventuali margini di discrezionalità sui quali poter intervenire con rafforzamenti di atti, regolamenti, controlli (**in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia**);

- 7) Indicazione delle Misure proposte a presidio del rischio.**

Si è trattato di incrociare le misure applicabili del PNA e della Determinazione n. 12/2015 ANAC e quelle esistenti a presidio del rischio. Per ciascun processo, quindi le “Misure Previste” contemplano sia le Misure del PNA e della Determinazione n. 12/2015 ANAC, dettagliate a seconda delle specifiche necessità dell’organizzazione (efficacia delle misure esistenti) che ulteriori misure non specificate dal PNA e nella Determinazione n. 12/2015 ANAC ma ritenute indispensabili (**in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia**);

8) Indicazione della Tipologia delle Misure individuate (a cura del Responsabile Prevenzione Corruzione unitamente ai singoli dirigenti delle UU.OO.).

9) E' stata inserita:

- a. La Classificazione in termini di misure: Organizzative, Regolamentari e Formative.
- b. La Classificazione della Misura in: Generale, Obbligatoria (prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC) o Ulteriore (non prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC);
- c. La Classificazione della Misura in: Specifica (per un determinato Ufficio) o Trasversale (applicabile a tutti gli Uffici);

Valutazione delle condizioni di idoneità delle misure

(in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia)

Si tratta di un'analisi di fattibilità delle misure proposte; essa è stata effettuata rispondendo alle seguenti domande:

- a. La misura individuata è potenzialmente idonea a ridurre la probabilità di accadimento del rischio e/o il suo impatto?
- b. La misura individuata ha costi (necessari a una sua implementazione) ragionevoli rispetto all'efficacia in termini di mitigazione del rischio?
- c. La misura individuata è realizzabile con le competenze "presenti o acquisibili nel triennio"?
- d. La misura individuata può essere avviata in tempi coerenti con l'implementazione del Piano?

Indicazione delle modalità di attuazione delle misure

(in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia).

Concerne l'indicazione di:

- a. Le fasi previste per la loro attuazione;
- b. L'esplicitazione dei tempi di realizzazione, con riferimento al periodo 2016-2018;
- c. Servizio - Dirigente/Posizione Organizzativa – Responsabile PO – Responsabile del procedimento.

1.29 Le priorità di trattamento del rischio

- Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:
- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
 - obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria (generale) rispetto a quella ulteriore;
 - impatto organizzativo e finanziario connesso all'implementazione della misura.
- La priorità di trattamento è definita dal Responsabile della prevenzione della corruzione. L'individuazione delle priorità di trattamento è la premessa per l'elaborazione della proposta di P.T.P.C.

1.30 Il monitoraggio e le azioni di risposta

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto e a seguito delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte.

Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio.

1.31 Aree di rischio individuate e mappate dal P.T.P.C. 2017/2019.

Per redigere il presente Piano Triennale della prevenzione della corruzione (triennio 2017/2019) nel quale esplicitare le misure preventive del rischio di corruzione ed illegalità è stato utilizzato il modello/metodologia in precedenza illustrato, al fine di effettuare l'individuazione, la mappatura e la valutazione dei rischi.

L'applicazione della suddetta metodologia ha prodotto i risultati che sono indicati nelle tabelle allegate per costituire parte integrante e sostanziale del presente Piano Triennale della prevenzione della corruzione (anni 2017/2019) .

(Vedi Tabelle Allegate)

1.32 La trasparenza e il PTTI

La sezione del Piano relativa alla Trasparenza sarà impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari a garantire la trasmissione e pubblicazione dei dati.

Caratteristica essenziale di tale sezione è l'indicazione dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati. Si procederà all'elaborazione di uno schema "Stato di Attuazione - Prospetto riepilogativo ed analitico della pubblicazione dei dati" dove per ogni obbligo è indicato la struttura interessata, responsabile della trasmissione e i tempi di attuazione. Si elaboreranno le schede che faranno parte integrante e sostanziale della sezione.

Al fine di garantire il controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, l'Azienda Sanitaria ha istituito già dal 2015, la figura dell'Editor, quale referente della trasparenza.

Ogni responsabile di unità operativa, ha individuato il proprio referente della trasparenza con il compito di trasmettere ed aggiornare la pubblicazione dei dati relativi alla propria U.O.

Ogni responsabile di Unità operativa avrà la funzione di sovraintendere l'attendibilità dei dati da inserire.

Per le motivazioni precise al par. 1.4 che precede l'Azienda, nell'esercizio della propria discrezionalità riconosciuta ex lege, tenuto conto della speciale complessità della sua organizzazione che evidenzia una rilevante autonomia a livello organizzativo e gestionale, ha optato per il mantenimento di due dirigenti distinti per lo svolgimento delle funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile della trasparenza e prevede l'adozione di due documenti separati, ancorchè il P.T.T.I. costituisca una sezione del PTPC, così come indicato nell'Aggiornamento al PNA con la Determinazione n. 12 ANAC..

A tal fine, l'Azienda assicura il coordinamento tra le attività svolte dai due Responsabili, nonché tra il P.T.P.C. ed il P.T.T.I., considerato che la trasparenza è una misura fondamentale per la prevenzione della corruzione.

Al fine di garantire che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto, il programma triennale per la trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 11 del d. lgs. n. 150/2009, è coordinato con il piano per la prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione ed il Responsabile della trasparenza assicurano un raccordo in termini organizzativi, fermi restando i compiti, le funzioni e le responsabilità di ciascuno dei due Responsabili.

Al fine di assicurare concreta effettività a tale raccordo organizzativo, il presente piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera recepisce la regolamentazione del programma triennale aziendale per la trasparenza costituendone una *specifica sezione*.

L'Azienda adotta il presente P.T.P.C. ed il correlato P.T.T.I. entro il 31 gennaio 2017 e contestualmente provvede alla loro pubblicazione sul proprio sito istituzionale, con evidenza dei nominativi dei dirigenti individuati, rispettivamente, quale Responsabile della prevenzione della corruzione (dirigente amministrativo dott. Rocco Ierone) e quale Responsabile della trasparenza (dirigente sociologo d.ssa Maria Malvasi). ...

L'Azienda adempie agli obblighi di trasparenza senza ritardo. A tal fine, nella attuazione degli specifici adempimenti, tiene conto dei termini di entrata in vigore delle norme, attraverso la

previsione di progressive fasi di implementazione, conformandosi alle linee guida della Autorità Nazionale Anticorruzione riportate nella deliberazione n. 50/2013, alle indicazioni dell'ANAC di cui all'Aggiornamento 2015 con la Determinazione n. 12/2015 e della Delibera 831/2016.

1.33 Obblighi ulteriori di trasparenza del P.T.P.C.

Il P.T.P.C. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera individua specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli ordinariamente prescritti da disposizioni di legge, in piena aderenza al basilare principio normativo secondo cui la trasparenza dell'attività amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150.

Tali ulteriori e specifici obblighi di trasparenza introdotti dal piano di prevenzione della corruzione, al fine di accrescere il complessivo livello di trasparenza delle attività aziendali, quale prioritaria e fondamentale misura di prevenzione del rischio della corruzione e dell'illegalità in quanto diretta a garantire il pieno controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle proprie attività, consistono:

a) nella pubblicazione, entro il 15 dicembre di ciascun anno, a cura del Servizio Formazione, sul sito web aziendale, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, degli esiti delle procedure di formazione del personale svolte ai sensi del presente piano;

b) nella pubblicazione, entro il 15 dicembre di ogni anno, a cura del Responsabile della Trasparenza, sul sito web aziendale, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, delle risultanze statistiche delle attività svolte per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

1.34 Tracciabilità dei procedimenti

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, sono tenuti ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti rimessi alla propria competenza, mediante:

a) la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, con conseguente individuazione degli ambiti di verifica degli atti amministrativi, al fine di consentire di monitorare lo "stato" di un atto, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;

b) la semplificazione dei flussi documentali;

c) la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;

d) la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili, considerato che le deliberazioni e le determinazioni, che sono lo strumento amministrativo ordinario dell'azione dell'Azienda, osservate in prospettiva dinamica di flusso procedurale, presentano elevati gradi di complessità per conseguire il perfezionamento finale e richiedono l'intervento di più

soggetti, il presidio delle discipline normative e regolamentari su cui sono incardinate e, per quelle con rilevanza economica, l'uso delle risorse disponibili in bilancio.

La tracciabilità dei procedimenti è, altresì, misura ordinaria per garantire la effettività degli interventi organizzativi previsti dal presente piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

1.35 Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori

Il Codice di Comportamento è stato elaborato secondo le indicazioni contenute nel DPR 62/2013 avendo cura di adeguare il Codice medesimo al contesto aziendale con la previa valutazione ed approvazione dell'OIV.

Si provvederà ad introdurre previsioni più specifiche (richiami all'osservanza dei principi di integrità, correttezza, buona fede, proporzionalità, obiettività, trasparenza, equità e ragionevolezza, indipendenza e imparzialità, efficacia, efficienza e sostenibilità, nonché a quelli di centralità della persona, umanizzazione delle cure, , accessibilità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie, obiettività e indipendenza nell'attività di sperimentazione e ricerca e tutela della riservatezza) sulla base delle indicazioni che perverranno dalle linee guida in corso di emanazione (ad oggi in consultazione).

In fase di aggiornamento ed adeguamento del Codice si procederà all'adozione di un documento che coniugi le finalità del codice etico e quelle del codice di comportamento, anche al fine di superare le difficoltà riscontrate nell'applicazione di due distinti strumenti normativi alle diverse componenti dell'organizzazione sanitaria.

Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera, secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del D. Lgs. n. 165/2001 e dall'art. 1, comma 2, del Codice statuale - con deliberazione del Direttore Generale n. 50 del 17.01.2014 - ha adottato il proprio Codice di comportamento, in osservanza del D.P.R. n. 62/2013 e sulla base degli indirizzi, dei criteri e delle linee guida della Autorità Nazionale Anticorruzione.

Per l'adozione del Codice di comportamento aziendale sono state curate le prescritte procedure di partecipazione previste dalla legge.

L'Azienda ha definito il proprio Codice di comportamento, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.).

Il presente Piano recepisce integralmente il Codice di Comportamento Aziendale che ad esso allegato ne costituisce parte integrante e sostanziale.

1.36 La natura legale dei Codici di comportamento e la loro valenza disciplinare

Ai sensi della L. n. 190/2012 e s.m.i., la violazione delle regole del Codice di comportamento generale approvato con D.P.R. n. 62/2013 e del Codice di comportamento aziendale dà luogo a responsabilità disciplinare.

Per l'effetto, le norme contenute nei codici di comportamento, generale ed aziendale, vengono recepite dinamicamente nel codice disciplinare aziendale, per l'applicazione delle sanzioni disciplinari ivi disciplinate, nell'osservanza del procedimento e dei principi ivi stabiliti.

1.37 Rotazione del personale alla luce della Delibera 831/2016 ANAC

Nell'ultimo triennio (2014-2016), è stata realizzata una particolare attività di Rotazione del Personale Dirigente e del Comparto, che ha visto interessate anche le Aree di Rischio individuate dal PNA; in particolare è stato disposto l'avvicendamento del Dirigente della U.O. Provveditorato (Area: affidamento di lavori, servizi e forniture), del Dirigente dell' U.O. Gestione Risorse Umane (Area: acquisizione e progressione del personale), del Dirigente dei Servizi Sanitari,

l'avvicendamento di personale amministrativo tra le varie UU.OO. del Dipartimento Amm.vo, dovuto ad una riorganizzazione delle UU.OO., conseguente al subentro di una nuova Direzione Strategica.

Alla luce della Deliberazione n. 831/2016 ANAC, con deliberazione n. 1165/2016 ASM è stato adottato il Piano Aziendale di Rotazione, con il quale è stata regolamentata l'attuazione della misura della Rotazione.

Contestualmente è stato avviato uno specifico programma di formazione.

La rotazione del personale rappresenta una delle misure tra gli strumenti di prevenzione della corruzione.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera applica, alle proprie articolazioni ed alle proprie attività la regola della rotazione dei dirigenti e dei funzionari chiamati ad operare nei settori particolarmente esposti alla corruzione individuati ai sensi del P.T.P.C., pur assicurando che siano mantenute le necessarie competenze delle strutture aziendali e continuità e coerenza degli indirizzi. La legge n. 190/2012 considera la rotazione in più occasioni:

- a) art. 1, comma 4, lett. e): il D.F.P. deve definire criteri generali per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione;
- b) art. 1, comma 5, lett. b): le pubbliche amministrazioni centrali definiscono e trasmettono al D.F.P. procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola Nazionale dell'Amministrazione, i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari;
- c) art. 1, comma 10, lett. b): il Responsabile della prevenzione della corruzione procede alla verifica, d'intesa con il dirigente competente, dell'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.

La rotazione del personale è altresì prevista nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente. Infatti, l'art. 16, comma 1, lett. 1 quater, del D. Lgs. n. 165/2001 prevede che i dirigenti dispongono con provvedimento motivato la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva.

Inoltre, ai sensi della intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), l'Azienda assicura la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione, come risultanti dal P.T.P.C.. A tal fine, l'Azienda, previa informativa sindacale, adotta criteri generali oggettivi.

In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque contenuta.

L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

1.38 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse Agg.to ex Determinazione n.12 /2015 e Delibera 831/2016 ANAC Questionario Agenas

Il presente PTPC prevede che l'Azienda, nell'intraprendere adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse, tra le azioni di contrasto a potenziali eventi di rischio corruttivo, quale ulteriore misura di prevenzione, in coerenza con gli obblighi previsti dal codice di comportamento, *trattandosi di strumento di garanzia del professionista sul piano individuale e della governance amministrativa a livello aziendale, ha*

inteso adottare il modello standard reso disponibile da AGENAS, per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica.

L'art. 1, comma 41, della L. n. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis nella L. n. 241/90, rubricato "Conflitto di interessi". La disposizione stabilisce che " il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale".

La norma persegue una finalità di prevenzione che si realizza mediante l'astensione dalla partecipazione alla decisione (sia essa endoprocedimentale o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

I dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera sono, pertanto, tenuti a prestare massima attenzione alle suindicate situazioni di conflitto di interesse che la legge ha valorizzato con l'inserimento di una nuova e specifica disposizione, di valenza prevalentemente deontologico/disciplinare, nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo.

A tal fine:

- Quando ricorra il dovere di astensione di cui all'art.7 del codice generale, il dipendente lo comunica per iscritto, immediatamente, al momento della presa in carico del procedimento, al Responsabile della Struttura di appartenenza, dettagliando le ragioni dell'astensione.
- Il Responsabile della Struttura, esaminata la comunicazione, decide nel merito entro 20 giorni e, qualora ritenga sussistere il dovere di astensione, dispone l'eventuale affidamento del procedimento ad altro dipendente o ne avoca a sé la trattazione.
- Ogni Dirigente di Struttura Complessa cura l'archiviazione cartacea ed informatica delle predette comunicazioni di astensione e predisponde apposita banca dati da mantenere costantemente aggiornata e da consultare ai fini di una corretta distribuzione del lavoro.
- La procedura di cui ai commi precedenti, qualora si tratti del dovere di astensione di un dirigente di Struttura Complessa, è a carico del Direttore del Dipartimento e si attua con le stesse modalità, fermo restando l'obbligo di comunicazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

L'Azienda, con riferimento all'aggiornamento al PNA intervenuto con Determinazione n. 12/2015 ANAC, nell'intraprendere adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze scaturenti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interesse.

L'attività informativa è prevista nell'ambito delle iniziative di formazione contemplate nel P.T.P.C. e nel P.T.F.

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

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale.

La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso.

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

Per questi motivi, la L. n. 190/2012 è intervenuta a modificare anche il regime dello

svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001.

Alle nuove previsioni della legge n. 190/2012 - che sono intervenute a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 - si aggiungono le prescrizioni contenute nella normativa già vigente, tra cui, in particolare, la disposizione contenuta nel comma 58 bis dell'art. 1 della L. n. 662/1996, che stabilisce che: "Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interesse, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno".

Per quel che concerne l'Azienda Sanitaria Locale di Matera trova, in proposito, applicazione la norma della L. n. 190/2012 che stabilisce che - attraverso intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 - si definiscono gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, con particolare riguardo all'adozione, da parte di ciascuna amministrazione, di norme regolamentari relative all'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici di cui all'articolo 53, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 1 comma 42, lettera a) della legge n. 190/2012, ferma restando la disposizione del comma 4 dello stesso articolo 53.

In materia, l'intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013) ha previsto che al "fine di supportare gli enti in questa attività, è costituito un tavolo tecnico presso il Dipartimento della funzione pubblica con i rappresentati delle regioni e degli enti locali con l'obiettivo di analizzare le criticità e stabilire dei criteri che possono costituire un punto di riferimento per le regioni e gli enti locali.

Gli enti sono tenuti ad adottare i previsti regolamenti entro 90 giorni dalla conclusione dei lavori, i cui risultati saranno adeguatamente pubblicizzati, e comunque non oltre 180 giorni dalla data di adozione della presente Intesa."

Il presente P.T.P.C. recepisce dinamicamente la regolamentazione aziendale dinanzi richiamata.

1.40 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti

Il D. Lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, ha disciplinato:

- a) delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- b) delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi dirigenziali e assimilati;
- c) delle ipotesi di inconferibilità di incarichi dirigenziali o assimilati per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in una ottica di prevenzione. Infatti, la legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- a) lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di incarichi dirigenziali e assimilati e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- b) il contemporaneo svolgimento di alcune attività, di regola, inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- c) in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, la pericolosità del soggetto

consiglia in via precauzionale di evitare l'affidamento di incarichi dirigenziali che comportano responsabilità su aree a rischio di corruzione.

In particolare, i Capi III e IV del decreto regolano le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati in riferimento a due diverse situazioni:

- a) incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- b) incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico.

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

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dai Capi III e IV del D. Lgs. n. 39/2013.

Le condizioni ostative sono quelle previste nei suddetti Capi, salva la valutazione di ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445/ 2000: dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile della U.O.C. Relazioni con il Pubblico.

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D. Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

A tal fine, il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare che:

- a) negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;
- b) i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico.

1.41 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali

Ai sensi del D. Lgs. n. 39/2013, per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

Le situazioni di incompatibilità sono previste nel Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013. A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D. Lgs. n. 39/2013).

L'Azienda verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo deve essere effettuato:

- a) all'atto del conferimento dell'incarico;
- b) annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D. Lgs. n. 39/2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare

che:

- a) negli interPELLI per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità;
- b) i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale, fissata nel mese gennaio di ogni anno).

In base alla Intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), le situazioni di incompatibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 1, e dall'art. 19, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l'incompatibilità.

In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente nel termine stabilito da ciascun ente.

La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013), a cura del Responsabile della U.O.C. Relazioni con il Pubblico.

Per l'anno 2016 l'Ufficio preposto ha ritenuto sufficiente la dichiarazione di insussistenza resa ai sensi di legge.

Per l'anno 2017 è stato disposto, da parte del RPC, la verifica delle dichiarazioni rese attraverso la richiesta della documentazione prodotta.

1.42 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantoufage - revolving doors)

La L. n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell'ambito dell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 volto a contenere il rischio di situazioni di corruzione connesse all'impiego del dipendente successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Il rischio valutato dalla norma è che durante il periodo di servizio il dipendente possa artatamente precostituirsi delle situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro per lui attraente presso l'impresa o il soggetto privato con cui entra in contatto.

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

La disposizione stabilisce che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti".

L'ambito della norma è riferito a quei dipendenti che nel corso degli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell'amministrazione con riferimento allo svolgimento di attività presso i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

I dipendenti interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006).

I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

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

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

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

- a) il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- b) i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- c) è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- d) è fornita tempestiva informativa dei fatti al Direttore dell'U.O. Affari Generali e Legali dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001.

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

La L. n. 190/2012 - in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione - ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, il nuovo art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Inoltre, il D. Lgs. n. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3).

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013.

A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

I Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) e il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche -in presenza di situazioni di specie - sono ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui intendono conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- b) all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- c) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001;
- d) all'entrata in vigore dei citati artt. 3 e 35 bis con riferimento agli incarichi già conferiti e al personale già assegnato.

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013). Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- a) si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- b) applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013,
- c) provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

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

A tal fine, i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) e il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche - in presenza di situazioni di specie - sono tenuti, in presenza di situazioni di specie:

- a) a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- b) ad assicurare che negli interpellî per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le condizioni ostative al conferimento;

- c) a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

In base alla l'intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013), le situazioni di inconferibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

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

Il presente PTPC prevede di provvedere ad informare i dipendenti sull'importanza dello strumento c.d. "Whistleblowing" e sul loro diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione di presunte azioni illecite.

In tal senso è stato predisposto un idoneo sistema per la segnalazione, predisponendo un modulo da compilare da parte del dipendente/whistleblower, nel rispetto di quanto previsto dall'art. 54 bis del D.Lgs n. 165/2001 introdotto dall'art. 1 c. 51 della L. 190/2012 di Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito.

E' stato realizzato un sistema informatico di segnalazione che non espone il segnalante alla presenza fisica nell'ufficio ricevente e convoglia le segnalazioni all'unico destinatario (il Responsabile della prevenzione della corruzione).

Il sistema consente l'identificazione e la posizione del segnalante solo in caso di necessità, ossia in presenza di situazioni legali che rendono indispensabile rilevarne l'identità.

La misura del "Whistleblowing" è riservata al solo personale dipendente dell'ASM di Matera.

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

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione.

Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l'identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'inculpato.

L'adozione di misure discriminatorie è segnalata al Dipartimento della Funzione Pubblica, per i provvedimenti di competenza, dall'interessato o dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative.

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

La tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower), in quanto finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito, è estesa anche alle ipotesi di segnalazione di casi di corruzione internazionale di cui all'art. 322 bis c.p..

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito, in quanto finalizzata ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, richiede che l'identità del segnalante sia protetta non solo con specifico riferimento al procedimento disciplinare, ma anche in ogni contesto successivo alla segnalazione.

Nell'ambito del procedimento disciplinare, l'identità del segnalante può essere rivelata all'autorità disciplinare e all'inculpato nei seguenti casi:

- a) consenso del segnalante;

b) qualora la contestazione dell'addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione, in cui la segnalazione sia in pratica solo uno degli elementi che hanno fatto emergere l'illecito, ma la contestazione avviene sulla base di altri fatti da soli sufficienti a far scattare l'apertura del procedimento disciplinare;

c) laddove la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione e la conoscenza dell'identità sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'inculpato, purché tale circostanza emerga solo a seguito dell'audizione dell'inculpato ovvero dalle memorie difensive che lo stesso produce nel procedimento.

La tutela dell'anonimato del dipendente che effettua segnalazioni di illecito non equivale ad accettazione di segnalazione anonima, in quanto si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuabili e riconoscibili.

Resta fermo l'obbligo dell'Azienda di prendere in considerazione anche segnalazioni anreme, laddove queste si presentino adeguatamente circostanziate e rese con dovizia di particolari, siano tali cioè da far emergere fatti e situazioni relazionandoli a contesti determinati, mediante, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, la indicazione di nominativi o qualifiche particolari, la menzione di uffici specifici, la indicazione di procedimenti o eventi particolari.

Le presenti disposizioni a tutela dell'anonimato e di esclusione dell'accesso documentale non possono comunque essere riferibili a casi in cui, in seguito a disposizioni di legge speciale, l'anonimato non può essere opposto, come, a mero titolo esemplificativo e non tassativo, nel caso di indagini penali, tributarie o amministrative, ispezioni.

Il dipendente che effettua segnalazioni di illecito non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia.

Per misure discriminatorie si intendono le azioni disciplinari ingiustificate, le molestie sul luogo di lavoro ed ogni altra forma di ritorsione che determini condizioni di lavoro intollerabili.

La norma di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito riguarda le segnalazioni effettuate all'Autorità giudiziaria, alla Corte dei conti o al proprio superiore gerarchico.

La tutela prevista dalla norma è circoscritta all'ambito della Azienda, in quanto il segnalante ed il denunciato sono entrambi suoi dipendenti.

Il divieto di discriminazione nei confronti del whistleblower è garantito dall'Azienda attraverso uno specifico iter procedimentale. A tal fine, il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito deve dare notizia circostanziata dell'avvenuta discriminazione al Responsabile della prevenzione della corruzione. In tal caso, il Responsabile della prevenzione della corruzione valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- a) al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;
- b) all'U.P.D. che, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione,
- c) all'U.O. Affari Generali e Legali dell'Azienda. Il Servizio valuta la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine della Azienda;
- d) all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché l'organizzazione sindacale riferisca della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia. Il presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'amministrazione per ottenere:

a) un provvedimento giudiziale d'urgenza finalizzato alla cessazione della misura discriminatoria e/o al ripristino immediato della situazione precedente;

b) l'annullamento davanti al T.A.R. dell'eventuale provvedimento amministrativo illegittimo e/o, se del caso, la sua disapplicazione da parte del Tribunale del lavoro e la condanna nel merito per le controversie in cui è parte il personale c.d. contrattualizzato;

c) il risarcimento del danno patrimoniale e non patrimoniale conseguente alla discriminazione.

La denuncia del whistleblower è sottratta al diritto di accesso fatta esclusione delle ipotesi eccezionali di cui al comma 2 dell'art. 54 bis del d.lgs. n. 165/2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante. Il documento non può essere oggetto di visione né di estrazione di copia da parte di richiedenti, ricadendo nell'ambito delle ipotesi di esclusione di cui all'art. 24, comma 1, lett. a), della l. n. 241/90 s.m.i..

Il Regolamento aziendale che disciplina l'accesso documentale, anche in assenza di specifica integrazione espressa del regolamento, si intende eterointegrato dalla specifica disposizione contenuta nella l. n. 190/2012.

L'Azienda utilizza ogni necessario accorgimento tecnico, anche di tipo informatico, affinché trovi attuazione la tutela del dipendente che effettua segnalazioni di cui all'art. 54 bis del lgs. n. 165/2001 e sia garantita la sua riservatezza.

L'Azienda già nel corso dell'anno 2015 ha attivato, e quindi attuato nell'anno 2016, la "policy del whistleblowing" attraverso un sistema informatico che assicura tutte le garanzie per la tutela del dipendente segnalante, il sistema attivato consente di:

a) indirizzare la segnalazione al destinatario competente assicurando la copertura dei dati identificativi del segnalante;

b) identificare il segnalante, ove necessario, solo in caso di necessità, ossia in presenza delle situazioni legali che rendono indispensabile disvelare l'identità, a soggetti autorizzati che siano in possesso delle specifiche credenziali.

La valutazione del sistema informatico così come attivato sarà effettuata con continuità dal Responsabile della prevenzione della corruzione, con il coinvolgimento dei propri Referenti, di concerto con il Direttore del Servizio Sistemi Informatici dell'Azienda.

La gestione delle segnalazioni attraverso il sistema informatico - che ha il vantaggio di non esporre il segnalante alla presenza fisica dell'ufficio ricevente e consente di convogliare le segnalazioni soltanto al corretto destinatario, evitando la diffusione di notizie delicate dovrà, prevede che le segnalazioni siano indirizzate al Responsabile della prevenzione della corruzione che, ricevuta la segnalazione, assume le adeguate iniziative a seconda del caso.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione garantisce l'effettività e la concretezza delle misure di tutela dei denuncianti mediante un'efficace e costante attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

A tal fine, l'Azienda, anche nel corso dell'anno 2016 di vigenza del presente P.T.P.C., provvederà a postare, sul portale del proprio sito web, avvisi che informano i dipendenti sull'importanza dello strumento e sul loro diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione di azioni illecite.

1.45 La formazione

La formazione riveste un'importanza cruciale nell'ambito dell'azione di prevenzione della corruzione.

E' stata rivolta al personale (dirigenti e non) appartenente alle Aree a Rischio. I contenuti sono stati operativi, finalizzati all'utilizzo dei software a disposizione per l'attuazione del PTPC e T.

Alla luce della Deliberazione n. 831/2016, con deliberazione n. 1165/2016 ASM è stato adottato il Piano Aziendale di Rotazione, con il quale è stata regolamentata l'attuazione della misura della Rotazione.

In conseguenza di ciò è stato attivato un programma di formazione.

A tale fine, l'Azienda Sanitaria Locale di Matera programma adeguati percorsi di formazione. L'attività formativa, come l'anno 2015, è strutturata su due livelli:

- un livello generale, rivolto a tutti i dipendenti, che riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- un livello specifico, rivolto al Responsabile della prevenzione della corruzione, ai Referenti, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio; il livello specifico riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda.

I fabbisogni formativi sono individuati dal Responsabile della prevenzione della corruzione, in raccordo con il Direttore dell' Ufficio Formazione E.C.M. e Tirocini.

Le iniziative formative sono inserite anche nel Piano triennale della Formazione di cui all'art. 7 bis del D. Lgs. n. 165/2001.

Nella scelta delle modalità per l'attuazione dei processi di formazione, l'Azienda segue le seguenti indicazioni esplicitate nel P.N.A. e nella Determinazione n. 12/2015 ANAC.

L'adozione delle iniziative finalizzate alla realizzazione degli interventi formativi è programmata nell'ambito del P.T.P.C. e del P.T.F..

L'Azienda monitora e verifica il livello di attuazione dei processi di formazione e la loro efficacia. Il monitoraggio è realizzato attraverso questionari destinati ai soggetti destinatari della formazione.

Le domande riguardano le priorità di formazione e il grado di soddisfazione dei percorsi già avviati.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, nel piano triennale di formazione del personale, inserisce corsi di formazione specificatamente incentrati sui temi dell'etica pubblica e della legalità, prioritariamente dedicati ai dipendenti addetti alle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del presente piano.

La formazione deve riguardare altresì, anche in modo specialistico, tutte le diverse fasi: l'analisi di contesto, esterno e interno; la mappatura dei processi; l'individuazione e la valutazione del rischio; l'identificazione delle misure; i profili relativi alle diverse tipologie di misure (ad es. come si illustrerà di seguito, controlli, semplificazioni procedurali, riorganizzazioni degli uffici, trasparenza).

La predisposizione dei contenuti del piano di formazione del personale previsti dal P.T.P.C. nell'ambito delle attività formative del P.T.P.C. rientrano nella competenza del Direttore dell'Ufficio Formazione E.C.M. e Tirocini, d'intesa con il Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Tutti i dipendenti che, direttamente o indirettamente, svolgono una attività, nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione individuate ai sensi del P.T.P.C. devono, ogni anno, partecipare ai corsi di formazione di cui al P.T.P.C. medesimo.

Al fine di assicurare la massima promozione della cultura della legalità e dell'etica pubblica nell'attività amministrativa, sia nella fase della selezione del personale, sia in quella dell'aggiornamento, il programma di formazione annuale predisposto dall'Azienda deve prevedere,

percorsi anche specifici e settoriali di formazione per l'approfondimento dei contenuti della c.d. normativa anticorruzione e delle azioni di prevenzione e contrasto del rischio della corruzione e dell'illegalità, specificamente dedicati ai dipendenti che operano nelle strutture nel cui ambito è più elevato, sulla base del P.T.P.C., il rischio medesimo.

Al fine di assicurare che i percorsi formativi predisposti dall'Azienda ai sensi del P.T.P.C. siano effettivamente mirati ad una formazione continua, capillare e diffusa del personale interessato, tenuto anche conto della molteplicità e della varietà delle attività amministrative, sanitarie e sociosanitarie svolte e della conseguente necessità di predisporre attività formative anche specifiche e settoriali, il piano di formazione aziendale sui temi dell'etica pubblica e della legalità deve prevedere, anche nell'ottica della massima economicità, che la formazione si svolga, di norma, in house, con cadenza periodica, secondo un calendario che sarà indicato dallo specifico P.T.F. aziendale e che si svolgerà nell'arco del triennio di valenza del Piano stesso.

L'organizzazione e la gestione dei corsi di formazione di cui al P.T.P.C. rientra nella competenza del Responsabile dell'Ufficio Formazione E.C.M. e Tirocini dell'Azienda.

La individuazione dei contenuti formativi, la elaborazione delle relative linee strategiche e programmatiche e la rilevazione del c.d. fabbisogno formativo attraverso l'analisi dei bisogni formativi è effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione, in raccordo con il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane, anche sulla base delle indicazioni fornite dai Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dal Responsabile della trasparenza e dal Responsabile dell'Ufficio Formazione E.C.M. e Tirocini dell'Azienda, in applicazione del delineato approccio sistematico che deve essere al contempo normativo-specialistico e valoriale, in modo da accrescere le competenze e lo sviluppo del senso etico.

La individuazione dei contenuti formativi dovrà assicurare la descrizione dell'attività, con l'indicazione degli obiettivi e delle metodologie utilizzate.

L'Azienda, inoltre, in aggiunta alle attività formative dinanzi descritte, inserisce, ove possibile, specifici interventi formativi sui temi dell'etica pubblica, dell'integrità pubblica e della legalità in tutti i restanti corsi organizzati per la formazione e l'aggiornamento del proprio personale di qualunque profilo ed area di appartenenza (comparto, dirigenza medica e veterinaria, dirigenza sanitaria, tecnica, amministrativa e professionale), di modo da garantire piena e massima efficacia e continuità alla strategica azione di formazione, quale ineludibile misura di prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità.

L'Azienda programma, altresì, adeguati percorsi di formazione di livello specifico - con riferimento alle politiche, ai programmi ed ai vari strumenti utilizzati per la prevenzione - per l'aggiornamento del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti, dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a rischio, tenuto conto del ruolo svolto da ciascun soggetto nell'Azienda e della necessità di approfondire tematiche settoriali. A tal fine, si avvale prioritariamente del sistema di offerta formativa delle scuole pubbliche di formazione, quando possibile.

1.46 Patti di integrità negli affidamenti e protocolli di legalità

I patti d'integrità ed i protocolli di legalità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione viene configurata dalla stazione appaltante come presupposto necessario e condizionante la partecipazione dei concorrenti ad una gara di appalto. Il patto di integrità è un documento che la stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo. Si tratta quindi di un complesso di regole di comportamento finalizzate alla prevenzione del fenomeno corruttivo e volte a valorizzare comportamenti eticamente adeguati per tutti i concorrenti.

L'A.V.C.P. con determinazione n. 4/2012 si è pronunciata circa la legittimità di prescrivere l'inserimento di clausole contrattuali che impongono obblighi in materia di contrasto delle infiltrazioni criminali negli appalti nell'ambito di protocolli di legalità/patti di integrità.

Nella determinazione si precisa che "mediante l'accettazione delle clausole sancite nei protocolli di legalità al momento della presentazione della domanda di partecipazione e/o

dell'offerta, infatti, l'impresa concorrente accetta, in realtà, regole che rafforzano comportamenti già doverosi per coloro che sono ammessi a partecipare alla gara e che prevedono, in caso di violazione di tali doveri, sanzioni di carattere patrimoniale, oltre alla conseguenza, comune a tutte le procedure concorsuali, della estromissione dalla gara (cfr Cons. St., sez. VI, 8 maggio 2012, n. 2657; Cons. St., 9 settembre 2011, n. 5066).

A tale fine, l'Azienda, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della L. n. 190/2012, ha attuato la predetta misura ed utilizza protocolli di legalità e patti di integrità per l'affidamento di commesse. In particolare, i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (affidamento lavori, servizi e forniture) sono tenuti ad inserire negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito la clausola di salvaguardia che il mancato rispetto del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

1.47 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera svolge le sue attività nell'osservanza dei principi di centralità della persona, uguaglianza ed imparzialità, continuità, trasparenza, equità, diritto di scelta, efficienza, efficacia e partecipazione, così come puntualizzati nel piano aziendale della trasparenza e dell'integrità, utilizzando come criteri metodologici quelli della correttezza dell'azione amministrativa, della formazione continua, della comunicazione, della applicazione della metodologia continua della qualità, della semplificazione dell'azione amministrativa, della legalità ed integrità, della lealtà e del rispetto della privacy.

Il sistema di garanzie introdotto dal P.T.P.C. fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini.

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed 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 costituisce l'azione concretamente messa in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la effettività delle misure preventive del P.T.P.C..

Le azioni di cui ai periodi che precedono sono attuate dal Direttore U.O. URP Ufficio Relazioni con il Pubblico, d'intesa con il Responsabile della prevenzione della corruzione ed il Responsabile della trasparenza.

Il Direttore dell'U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda è tenuto a pianificare ed attuare adeguate misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità.

Al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione, nonché la complessiva efficacia dell'azione aziendale, l'Azienda utilizza canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'amministrazione.

1.48 Meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera definisce, per le attività individuate come a rischio di corruzione e di illegalità, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio medesimo.

A tal fine, l'iter di formazione delle decisioni, la fase di attuazione delle stesse, nonché quella del controllo, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dell'intero procedimento.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda devono essere pubblicate tutte le informazioni

relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Per garantire l'effettività di tali misure, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione individuati ai sensi del P.T.P.C., curano che, ai sensi del P.T.P.C., siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli interventi organizzativi realizzati, in relazione alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, per assicurare il rigoroso rispetto della legge e l'osservanza della massima trasparenza nella formazione, nella attuazione e nel controllo delle decisioni.

In aggiunta, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, relazionano su qualsivoglia elemento che richieda la necessità di immediati interventi.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, garantiscono il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C..

Inoltre, il Responsabile della prevenzione della corruzione può in qualsiasi momento motivatamente richiedere per iscritto ai dipendenti che hanno istruito un procedimento o ai dirigenti che hanno adottato il provvedimento finale di dare per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche sottese all'adozione del provvedimento medesimo.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può, altresì, in ogni momento motivatamente chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti e dirigenti su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

Le risultanze delle attività svolte rifluiscono, quale misura aggiuntiva di trasparenza, nella relazione che il Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica sul sito web dell'amministrazione e trasmette al Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda.

1.49 Procedura per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera definisce procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

A tal fine, tutte le fasi procedurali, da quella iniziale sino a quella conclusiva, si svolgono sotto la diretta responsabilità dei dirigenti preposti alle varie articolazioni, centrali e periferiche, dell'Azienda nel rigoroso rispetto della legge e nell'osservanza della dovuta trasparenza dei procedimenti medesimi.

Sul sito web istituzionale dell'Azienda devono essere pubblicate, a cura del Responsabile della Trasparenza, tutte le informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto della vigente normativa in materia di trasparenza amministrativa, nonché delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.

Per garantire l'effettività di tali misure, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione individuati ai sensi del presente piano, curano che siano segnalati, in primis al Responsabile della Trasparenza, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli esiti del monitoraggio effettuato sul rispetto dei termini, previsti dalla

legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione monitora il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti, inoltrando una motivata richiesta al Responsabile della Trasparenza, cui i dipendenti o i dirigenti incaricati della istruttoria stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta.

Le risultanze statistiche delle attività svolte in tale contesto rifluiscono, quale misura aggiuntiva di trasparenza, nella relazione che il Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica sul sito web dell'amministrazione e trasmette al Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda.

1.50 Procedure per 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

Il piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera definisce procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione.

Sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere vigilano, in via ordinaria, i dirigenti preposti alle varie articolazioni centrali e periferiche dell'Azienda, al fine di accertare che gli stessi siano improntati alla massima correttezza ed al rigoroso rispetto della legge, 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.

Per garantire l'effettività di tale attività di vigilanza, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche nella qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione individuati ai sensi del P.T.P.C., curano che siano segnalati, con specifico riferimento alle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, gli esiti del monitoraggio effettuato.

Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, attuano, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può direttamente monitorare i rapporti in questione, inoltrando una motivata richiesta ai dipendenti o ai dirigenti incaricati della istruttoria dei relativi procedimenti, cui gli stessi dovranno fornire una tempestiva risposta scritta.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può, altresì, in ogni momento motivatamente chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti e dirigenti su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

Le risultanze statistiche delle attività di monitoraggio svolte in tale contesto rifluiscono, quale misura aggiuntiva di trasparenza, nella relazione che il Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, pubblica sul sito web dell'amministrazione e trasmette al Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda.

1.51 Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera pone in essere le azioni e introduce ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché introduce e sviluppa - per tutte le aree di rischio individuate ai sensi del presente P.T.P.C. - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del suo particolare contesto di riferimento.

A tale fine, il presente P.T.P.C. disciplina - in aggiunta alle misure obbligatorie, la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altre fonti normative - misure ulteriori, da intendersi come misure che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel P.T.P.C. medesimo.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta dal Responsabile della prevenzione della corruzione con il diretto coinvolgimento dei dirigenti per le aree di competenza.

La individuazione e la scelta delle misure ulteriori è la risultante di un processo di costante confronto, basato sul coinvolgimento dei titolari del rischio, ossia dei soggetti con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.

Nella valutazione delle misure ulteriori sono esaminati i costi stimati, l'impatto sull'organizzazione ed il grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse. Il presente P.T.P.C. disciplina anche la tempistica per l'introduzione e per l'implementazione delle anzidette misure ulteriori.

Le misure ulteriori previste dal presente P.T.P.C. sono:

- a) la intensificazione e verifica dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti ai sensi degli artt. dal 46 al 49 del d.P.R. n. 445/2000 (artt. 71 e 72 del d.P.R. n. 445/2000);
- b) programmazione dell'attività di controllo del Nucleo Ispettivo Interno per l'anno 2016;
- c) la previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario; misura da attuarsi da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, a vario titolo competenti.
- d) Monitoraggio dell'attività circa gli orari di disponibilità dell'U.O. Gestione Risorse Umane – Ufficio U.P.D. durante i quali i funzionari addetti sono disponibili ad ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'Azienda su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari (art. 15, comma 3, d.P.R. n. 62/2013); misura da attuarsi - entro il mese di dicembre 2016 - da parte dei dirigenti che compongono l'U.P.D..
- e) Monitoraggio ed implementazione, nell'ambito delle strutture esistenti della rete U.R.P. dell'Azienda, degli uffici per curare il rapporto con le associazioni e le categorie di utenti esterni (canali di ascolto), in modo da raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione e segnalazioni di illecito, e veicolare le informazioni agli uffici aziendali competenti;
- f) lo svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'Azienda, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali.
- g) Verifica e monitoraggio, nell'ambito delle risorse disponibili, delle procedure di informatizzazione di gestione del personale; misura da attuarsi - entro dicembre 2016 - da parte del Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane e del Direttore dell'U.O. Sistemi Informatici Automatizzati (SIA).

Sezione Seconda del P.T.P.C.

2. Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione dell'A.S.L. di Matera.

La quarta sezione del P.T.P.C. dell'A.S.L. di Matera - intitolata "Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione dell'A.S.L. di Matera" - si articola in due paragrafi:

- 1) Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione;
- 2) Gestione ed uso dei dati raccolti in materia di politiche di prevenzione della corruzione.

2.1 Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione.

L'Azienda trasmette al D.F.P. i dati rilevanti di seguito indicati, che debbono essere trasmessi esclusivamente per via telematica, utilizzando modelli standardizzati, secondo istruzioni che saranno pubblicate sul sito del D.F.P. (www.funzionepubblica.it), sezione anticorruzione. Non è consentita la trasmissione di documenti cartacei. I termini entro i quali la trasmissione deve avvenire sono i seguenti:

- a) trasmissione del P.T.P.C.: 31 gennaio 2015, secondo quanto stabilito in sede di intesa in Conferenza unificata sancita in data 24 luglio 2013;
- b) trasmissione dati ulteriori: 31 luglio 2016 avendo a riferimento la situazione alla data del 30 giugno 2016 o termini diversi secondo successive comunicazioni in relazione a particolari tipologie di dati/informazioni.

I dati da comunicare riguardano:

- a) il P.T.P.C. ed i suoi aggiornamenti;
- b) la relazione del Responsabile della prevenzione della corruzione sull'attività svolta, redatta secondo lo schema che sarà indicato sul sito internet del D.F.P.;
- c) le misure di consultazione attuate in sede di elaborazione del P.T.P.C. ed i soggetti (interni e/o esterni) sentiti/consultati in sede di elaborazione del P.T.C.P.;
- d) il numero e la denominazione delle aree di rischio individuate e inserite nel P.T.P.C.;
- e) il numero e la denominazione delle aree di rischio individuate e inserite nel P.T.P.C. per le quali l'Azienda prevede ulteriori misure di prevenzione oltre a quelle obbligatorie per legge;
- f) la tipologia di misura adottata per assicurare la tutela del whistleblower;
- g) la tipologia di misura adottata per assicurare l'attuazione dell'art. 53, comma 16 ter, del d.lgs. n. 165 del 2001 (svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro);
- h) l'adozione del Codice di comportamento aziendale;
- i) la tipologia di misure attinenti al Codice di comportamento ulteriori rispetto a quelle disciplinate nel Codice di comportamento generale;
- j) la misura ulteriore introdotta, diversa da quelle previste come obbligatorie dalla legge, che a giudizio del Responsabile della prevenzione presenta il miglior livello di efficacia per la prevenzione;
- k) il numero delle sentenze di condanna dei Giudici penali e della Corte dei conti pronunciate nei confronti di funzionari dell'Azienda per ciascuna sottoarea tra quelle obbligatorie e comuni per tutte le amministrazioni e l'ammontare della condanna in riferimento a fatti corruttivi relativamente al triennio 2015-2017;
- l) le risposte a questionari sulla percezione della corruzione e sul valore dell'integrità.

2.2 Gestione ed uso dei dati raccolti in materia

di prevenzione della corruzione

I dati acquisiti ai sensi del P.T.P.C. sono utilizzati dall'Azienda per lo svolgimento delle competenze istituzionali. L'Azienda elabora i dati rilevanti e pubblica un report riepilogativo, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Le risultanze del report sono utilizzate dall'Azienda al fine di:

- a) valutare l'adeguatezza del P.T.P.C.;
- b) valutare lo stato di diffusione del Codice di comportamento aziendale;
- c) valutare la percezione della corruzione e del valore dell'integrità;
- d) promuovere iniziative di diffusione delle migliori pratiche per l'implementazione di sistemi di prevenzione più efficienti;
- e) proporre aggiornamenti o modifiche del P.T.P.C.;
- f) intraprendere le iniziative regolamentari e/o amministrative più adeguate in relazione alle aree a maggior rischio in base al monitoraggio.