

Sommario

<i>Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019 / 2021</i>	<i>4</i>
<i>(Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e s.m.i. e Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 Aggiornamento 2018 al PNA) ..</i>	<i>4</i>
INTRODUZIONE	Errore. Il segnalibro non è definito.
<i>Finalità generali del Piano.....</i>	<i>4</i>
<i>Quadro normativo di riferimento</i>	<i>5</i>
<i>Il processo di approvazione del PTPC.....</i>	<i>5</i>
<i>Attuazione del PTPC 2019-2021.....</i>	<i>6</i>
<i>Codice di Comportamento</i>	<i>6</i>
<i>Patti di Integrità per gli Appalti</i>	<i>7</i>
<i>Conflitto di Interesse</i>	<i>7</i>
<i>Conferimento di incarichi dirigenziali</i>	<i>7</i>
<i>Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro</i>	<i>7</i>
<i>Monitoraggio P.T.P.C.</i>	<i>8</i>
<i>Indicatori di Efficacia delle Misure</i>	<i>8</i>
<i>Attività di Formazione.....</i>	<i>8</i>
<i>Whistleblowing</i>	<i>9</i>
<i>Rotazione del Personale</i>	<i>9</i>
<i>Stato di Attuazione Misure specifiche per le singole Aree a Rischio.....</i>	<i>10</i>
PREMESSA.....	10
<i>Fasi del processo di gestione del rischio</i>	<i>11</i>
ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO	11
<i>Regione Basilicata.....</i>	<i>11</i>
<i>Provincia di Matera.....</i>	<i>11</i>
<i>Il contesto territoriale</i>	<i>13</i>
ANALISI DEL CONTESTO INTERNO	15
<i>Profilo strutturale-organizzativo</i>	<i>16</i>
IL MODELLO ORGANIZZATIVO E STRUTTURALE AZIENDALE.....	17
<i>Organigramma aziendale</i>	<i>19</i>
IL CICLO DELLA PERFORMANCE	23
IL SISTEMA DI MISURAZIONE E VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE AZIENDALE	23
RISORSE UMANE	26
RELAZIONI SINDACALI	27
ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE.....	27
SEZIONE PRIMA.....	30
<i>“ La Strategia di Prevenzione a livello decentrato ”</i>	<i>30</i>
<i>“ Azioni e Misure per la Prevenzione ”</i>	<i>30</i>
1.1 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021	30
<i>Introduzione.....</i>	<i>30</i>
1.2 Soggetti, ruoli e responsabilità della strategia di prevenzione.....	32
<i>a livello decentrato</i>	<i>32</i>
1.3 Il Direttore Generale	32
1.4 Il Responsabile della prevenzione della corruzione	32
1.4 bis Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)	33
1.4 ter Nomina del “Gestore” DM 25 Settembre 2015 Ministero Interno.....	33
1.5 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione	34
1.6 Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione	34
1.7 Nucleo Ispettivo Interno	34
1.8 I dirigenti per l'area di rispettiva competenza	35
1.9 Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte.....	35
1.10 L’Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) alla luce della Delib 831/2016 PNA e del DLgs 97/2016.....	36
1.11 L’Ufficio Procedimenti Disciplinari - U.P.D.....	36
1.12 Tutti i dipendenti dell'Azienda	37
1.13 Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione	37
1.14 I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda	37

1.15 Procedure di raccordo e coordinamento tra i Soggetti della strategia di prevenzione a livello decentrato	37
1.16 Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione	38
1.17 Oggetto, finalità ed ambito di applicazione del P.T.P.C.	38
1.18 Individuazione delle aree di rischio	39
1.19 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	42
1.20 Misure di prevenzione di carattere trasversale	43
1.21 Individuazione, per ciascuna misura, del responsabile e del termine per l'attuazione, stabilendo il collegamento con il ciclo delle performance.....	43
1.22 Il P.T.T.I. e gli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal DLgs 97/2016 ...	44
1.23 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	44
1.24 Forme di consultazione in sede di elaborazione e di verifica del P.T.P.C. e PTTI	45
1.25 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	45
1.26 Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del P.T.P.C.	46
1.27 Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento del P.T.P.C.	46
1.28 La gestione del rischio.....	46
1.29 Mappatura dei processi, valutazione dei rischi di corruzione e definizione delle conseguenti misure.....	47
Metodologia	47
Premessa	47
2 - LA MAPPATURA DEI PROCESSI	49
2.1 Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione di nuove Aree di rischio e/o Processi per l'amministrazione di appartenenza.....	49
2.2. Identificazione delle Strutture aziendali deputate allo svolgimento del Processo.	49
3 . ANALISI E VALUTAZIONE (DEI RISCHI) PROCESSI SPECIFICI	49
3.1 Valutazione dei processi esposti al rischio	49
4. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI	49
5 - IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE	51
5.1 Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.	51
5.2 Valutazione delle condizioni di idoneità delle misure	53
5.3 Indicazione delle modalità di attuazione delle misure	53
5.4 Le priorità di trattamento del rischio	53
5.5 Il monitoraggio e le azioni di risposta	54
5.6 Aree di rischio individuate e mappate.....	54
5.7 La trasparenza e il PTTI	54
5.8 Tracciabilità dei procedimenti	55
5.9 Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali	55
5.10 Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti	56
5.11 Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali	57
5.12 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors)	58
5.13 Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	59
5.14 Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile	61
5.15 Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione	61
SEZIONE SECONDA DEL P.T.P.C.....	62
6. Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione dell'A.S.L. di Matera.	62
6.1 Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione.....	62
6.2 Gestione ed uso dei dati raccolti in materia di prevenzione della corruzione	62

Aggiornamento Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019/2021

(Legge 6 novembre 2012 n. 190 e s.m.i.
e delibera Anac n. 1074 del 21.11.2018 aggiornamento 2018 al PNA)

Proponente: Responsabile della Prevenzione della Corruzione: Dott.ssa Maria MALVASI

Approvazione: Il Direttore ASM: Dott. Joseph POLIMENTI

Aggiornamento “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019 / 2021”

(Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e s.m.i. e Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 Aggiornamento 2018 al PNA)

L’aggiornamento al seguente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2019-2021 (di seguito PTPCT), è conseguente alla nota prot. n. 0037391 del 10/05/2019 trasmessa dall’ANAC, avente ad oggetto “Comunicazione di avvio di procedimento di vigilanza sulle misure di prevenzione della corruzione – diffida” (Fascicolo UVMAC/P.O./1698/2019)”.

Nello specifico si è proceduto ad individuare l’agenda delle azioni in corso di predisposizione nelle aree così specificate:

- Rotazione del Personale;
- Conferimento di incarichi dirigenziali
- Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro
- Astensione in caso di conflitto di interesse
- Attività di Monitoraggio

INTRODUZIONE

Ai sensi dell’art. 1 commi 5 e 59 della Legge n. 190 del 6/11/2012, tutte le amministrazioni pubbliche indicate all’art. 1 comma 2, del D.Lgs. 165 del 30/3/2001, devono adottare il piano Triennale di Prevenzione della corruzione e dell’illegalità. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2019-2021 (di seguito PTPCT), in continuità con i precedenti, rappresenta un documento “programmatico” che definisce le strategie per la prevenzione della corruzione e mira a rendere l’ambiente lavorativo più organizzato ed efficiente. Si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Con Deliberazione n. 1074 del 21/11/2018 l’Autorità Nazionale Anticorruzione ha approvato l’aggiornamento al PNA 2018. Il documento non contiene indicazioni specifiche per il contesto sanitario, rinviando per tale specifico contesto all’approfondimento di cui alla Determinazione N. 12 del 28/10/2015 e alla Deliberazione ANAC N.831 del 3/8/2016 - PNA 2016, ma fornisce comunque suggerimenti ed indicazioni sulle modalità di approvazione del PTPCT e sui suoi contenuti sostanziali, integrando alcune indicazioni sull’applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione.

Finalità generali del Piano

Riprendendo quanto scrive il PNA, il PTPC è lo strumento attraverso il quale l’amministrazione sistematizza e analizza un processo articolato in fasi, finalizzato a formulare una strategia di prevenzione del fenomeno di corruzione e di illegalità.

Nel Piano si descrivono una serie di attività che devono condurre alla prevenzione partendo dall’analisi dei processi dell’organizzazione aziendale. Il Piano di prevenzione della corruzione e dell’illegalità è finalizzato a fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e di illegalità, mediante l’individuazione delle attività nell’ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera (di seguito ASM) si presenta, anche quest’anno, come significativo percorso di crescita e strumento di

approfondimento nell'impegnativa azione di prevenzione della corruzione, nel senso più ampio ed ormai consolidato della materia.

Il presente documento contiene oltre all'aggiornamento del PTPC 2019/2021, in conformità con le nuove disposizioni normative, il Piano Triennale Trasparenza ed Integrità allegato quale specifica sezione divenendo parte integrante del PTPC.

Quadro normativo di riferimento

Nel corso degli ultimi anni sono intervenute importanti novità legislative nonché atti di indirizzo e linee guida che hanno aggiornato il quadro normativo di riferimento. Di seguito si elencano gli atti più rilevanti:

1. decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 « Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture»;
2. decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 «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»;
3. delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
4. delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 di approvazione delle "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.AC. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili";
5. delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 di approvazione delle "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013.";
6. delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 di approvazione delle «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016».
7. delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 su corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.
8. delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 di approvazione dell'Aggiornamento 2018 al Piano nazionale Anticorruzione.
9. delibera ANAC n. Delibera n. 907 del 24 ottobre 2018 di approvazione Linee Guida recanti "Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici".

Il processo di approvazione del PTPC

Il processo è così articolato:

- **comunicazione** formale ai Responsabili delle UU.OO. delle Aree a Rischio per le eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie per la predisposizione del PTPC e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex d.lgs 33/2013 e s.m.i. con le Aree di Rischio;
- **comunicazione** formale al Responsabile Piano Performance in ordine alla necessità di delineare il piano in modo da coordinare gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel PTPC con il c.d. Ciclo della Performance;
- **comunicazione** formale al Responsabile Formazione in ordine alla necessità di attivare le procedure necessarie alla predisposizione del nuovo Piano Triennale della Formazione;

- **pubblicazione** avviso per la consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento della struttura organizzativa e degli Stakeholder;
- **predisposizione** di una Bozza del PTPC da parte del RPC, contenenti le principali novità e aggiornamenti, da trasmettere al Direttore Generale per il cosiddetto “doppio passaggio” (quale organo di indirizzo politico amministrativo) per un processo condiviso di formazione dei Piani stessi;
- **adozione** del PTPC e PTI, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale, quale organo di indirizzo politico dell'Azienda;
- **pubblicazione** sul sito dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera in una apposita sezione;
- Trasmissione PTPC al Dipartimento Funzione Pubblica.

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 allorché si sia proceduto a modifiche dello stesso.

Il PTPC dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, entra in vigore successivamente all'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.

Il Piano 2019-2021, 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 "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Atti contenuti":

1. deliberazione del Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 827 del 24 Settembre 2018 di individuazione della Dirigente Dott.ssa Maria Malvasi quale Responsabile della prevenzione della corruzione;

2. deliberazione del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 79 del 30/01/2018-avente ad oggetto "Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2018/2020 ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012 " .

Attuazione del PTPC 2019-2021

Stato di attuazione delle misure non correlate ad Aree Specifiche

Di seguito si descrivono le misure di prevenzione e non correlate ad una specifica Area a rischio:

Codice di Comportamento

L'ASM di Matera, con deliberazione n. 50 del 17/01/2014, ai sensi del D.P.R. n. 62/2013 e s.m.i. avente ad oggetto "Regolamento recante Codice di Comportamento dei dipendenti a norma dell'art. 54 del D.Lgs. n°165/2001" ha provveduto a redigere il primo "Codice di Comportamento" per il personale dipendente dell'ASM.

Con Deliberazione n. 836 del 4.09.2017, ha provveduto ad approvare il nuovo "Codice Etico e di Comportamento dell'Azienda Sanitaria di Matera"- anno 2017- quale implementazione – aggiornamento del precedente Codice di comportamento alla luce della Determinazione n. 358 del 29 marzo 2017 dell'ANAC recante "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN".

Si dà atto che:

- si è provveduto alla pubblicazione della Bozza del nuovo Codice Etico e di Comportamento sul sito aziendale www.asmbasilicata.gov.it che è avvenuta dal'11 luglio 2017 all'11 agosto 2017, tempo utile previsto per inoltrare contributi;
- sono pervenuti contributi da parte di stakeholder interni, a mezzo email in data 02/08/2017;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione "OIV" ha inviato la nota in data 26/06/2017 con prot. n° 20170046565, nella quale si evince che il documento redatto risulta, "sotto il profilo formale e sostanziale", aderente alle normative e disposizioni vigenti.

Patti di Integrità per gli Appalti

Con deliberazione n. 439 del 4.04.2014, in attuazione del PTPC 2014/2016 è stata attuata la misura di cui all'art. 1 c. 17 della L. 190/2012 finalizzata alla predisposizione ed all'utilizzo di Patti di Integrità, ed è stato approvato il documento "Tipo" quale "Patto di Integrità" dell'ASM di Matera.

Conflitto di Interesse

L'Azienda, nell'intraprendere adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, ha adottato il modello standard reso disponibile da AGENAS, per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Il modello è stato reso disponibile già dal 2016, dopo aver informato e formato tutto il personale dirigente. Non sono mancate contestazioni da parte di dirigenti medici che hanno contestato ed in alcuni casi lamentato la difficoltà di compilazione, anche in ordine alle richieste retrodatate di tre anni. Molti non hanno ritenuto aderire nonostante i solleciti.

Si procederà ad istituzionalizzare la procedura AGENAS per la dichiarazione pubblica di interesse ed a sollecitare i dirigenti all'utilizzo.

Secondo quanto previsto dalle Linee Guida ANAC, l'Azienda Sanitaria di Matera ha redatto ed approvato un Regolamento Aziendale sulla "Gestione del Conflitto di Interessi", con delibera n° 553 del 13/06/2019, con la definizione di procedure, tempi e modalità per la rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi e per la dichiarazione di astensione, adottando specifica modulistica aziendale per le varie casistiche di conflitto.

Conferimento di incarichi dirigenziali

In riferimento agli incarichi dirigenziali, si provvede ad inoltrare richiesta annuale di dichiarazione di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconfiribilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi. Per i nuovi incarichi, la U.O.C. Gestione Risorse Umane provvede agli opportuni adempimenti di verifica presso gli Enti preposti.

Si provvederà ad una verifica annuale sulle dichiarazioni rese e quindi sulla presenza di eventuali situazioni di incompatibilità, attraverso procedure di controllo attivate come nei casi di conferimenti di nuovi incarichi dirigenziali, presso Agenzia delle Entrate e Tribunale competente nella istituzione del Casellario Giudiziario.

Indicatori di attuazione: verifica a campione sulla base di criteri così prestabiliti:

- Classificazione in fasce degli incarichi dirigenziali, secondo la normativa vigente "non generali, strutture semplici dipartimentali, strutture complesse";
- Il campionamento sarà stratificato e rispetterà la classe di venti (20) per ogni fascia;

Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

E' stato effettuato il controllo sulle misure di verifica delle acquisizioni del c.d pantouflage o revolving doors" presso le UU.OO. competenti;

Dalle verifiche effettuate si è riscontrato che solo l'U.O.C. "Gestione delle Risorse Umane" da maggio 2018, ha predisposto un modulo allegato al provvedimento di risoluzione del rapporto d'impiego per collocamento in pensione (modello che si allega alla presente)(all. 4) con riferimento all'art. 53, comma 16-ter D.Lgs 165/2001.

Riscontrata l'assenza del modello, presso le UU.OO preposte all'indizione di gare, si è predisposto un modulo di dichiarazione sostitutiva, da allegare al disciplinare di gara, per gli operatori economici contenente la clausola di divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter D.Lgs 165/2001. Annualmente, seguiranno procedure di controllo a campione da attivarsi presso l'Agenzia delle Entrate.

Monitoraggio P.T.P.C.

Con riferimento al monitoraggio delle misure il RPC riferisce altresì che a far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure. Con detto software ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso ed ha potuto indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

Per i Dirigenti delle U.O. considerate a rischio, al fine di individuare gli indicatori utili ad una valutazione oggettiva dell'attuazione delle misure, verrà avviato uno specifico Piano di Formazione, come da Piano della Formazione in materia di anticorruzione 2019-2021 pubblicato nel sito aziendale alla voce "Amministrazione trasparente", sottosezione "Altri contenuti", dei Dirigenti delle U.O. considerate a rischio.

Indicatori di Efficacia delle Misure

In ordine alla individuazione di indicatori di efficacia delle misure negli anni precedenti e nel 2018 è stata utilizzata la modalità della comunicazione semestrale ai Dirigenti delle UU.OO. con la quale si chiedeva conto dell'attuazione delle misure e relativi adempimenti del PTPC; gli indicatori sono stati i riscontri puntuali che sono stati trasmessi dagli stessi in relazione allo stato di attuazione (ad es. la misura della rotazione, dell'acquisizione della dichiarazione di assenza di conflitto di interesse, patti di integrità, formazione ecc.). In ordine alla verifica dell'efficacia della misura e capacità di adeguamento, il riscontro si è avuto in sede di aggiornamento del PTPC quando i Dirigenti hanno comunicato la necessità di modificare o meno le misure adottate. A far data dalla fine del 2016 con l'introduzione del software di monitoraggio il riscontro (quale indicatore), è avvenuto attraverso la verifica dello stato di attuazione ed adempimento del PTPC; il software richiede l'indicazione della % di attuazione della misura e motivazione di eventuale scostamento, oltre alla possibilità di comunicare al RPC la necessità di implementare, variare, eliminare o altra azione da compiere in relazione alla misura stessa.

Attività di Formazione

L'attività di formazione nell'anno 2018, sulla base dell'indirizzo del RPC, giusta deliberazione n. 1031/2016 di approvazione del "Piano aziendale di Rotazione del Personale" e Determinazione n. 3035/2016, ha riguardato la formazione specifica dei Dirigenti e P.O., appartenenti alle Aree a rischio Amm.va, Tecnica e Professionale, e si è svolta dal Gennaio al Giugno 2018, secondo il calendario e le tematiche di seguito indicate.

Corso di Formazione per Dirigenti e PP.OO. dell'area amministrativa, tecnica e professionale Promo P.A. Fondazione	Corso rivolto a tutti i dipendenti ASM 28/06/2018	Matera
---	--	--------

Whistleblowing

In ossequio a quanto previsto dall'art. 1 Comma 51 della Legge n. 190/2012 che ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell'ambito del d.lgs. 165/2001, rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", nonché in attuazione del PTPC 2014/2016 (Sez. Terza par. 3.44) con Deliberazione n. 438 del 4 Aprile 2014, è stata approvata la procedura per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità da parte del dipendente (Policy Whistleblowing).

Ogni dipendente, accedendo alla intranet aziendale, trova l'applicativo dedicato " Whistleblowing" cui può accedere mediante il proprio n. di matricola. Cliccando su "questionario di integrità" accede al questionario che è completamente anonimo ed ha anche la funzione di valutare la percezione della corruzione e raccogliere suggerimenti per migliorare l'organizzazione dell'Azienda.

Il questionario viene trasmesso e può essere visionato solo ed esclusivamente dal RPC attraverso una PW Criptata in sua esclusiva disponibilità opportunamente modificata successivamente alla consegna da parte del programmatore del software.

La scelta di limitare al solo RPC la possibilità di visionare le segnalazioni è dovuta all'assenza di collaboratori dedicati ed alla esclusiva responsabilità in capo al RPC in caso di violazione dell'anonimato del segnalante. Dal 2015 è in disponibilità il software specifico funzionante ed operativo, riservato al personale dipendente.

Rotazione del Personale

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione 2016/2018, adottato con deliberazione n. 101 del 28.1.2016 ha previsto, nel rispetto delle indicazioni dell'autorità nazionale anticorruzione (ANAC), la rotazione del personale fra le misure idonee a contrastare il rischio di comportamenti riconducibili ad una o più delle fattispecie in cui il fenomeno corruttivo può manifestarsi.

L' ANAC ha fornito per il 2016 precise indicazioni sulle tappe per l' attuazione della misura preventiva della rotazione degli incarichi "...mediante un processo di **pianificazione della rotazione** e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la **costruzione di competenze...**"

Con deliberazione n. 1031 del 30.08.2016 è stato approvato atto di indirizzo per la predisposizione del "Piano aziendale di rotazione del personale".

Con nota prot. n. 20160079819 del 28.09.2016, a riscontro della deliberazione n. 1031 del 30.08.2016, è stata trasmessa la proposta di Piano Aziendale di rotazione del personale conforme alle prescrizioni del PNA 2016, contenente i criteri per la rotazione.

Con deliberazione n. 1165 del 12.10.2016 è stato adottato il "Piano aziendale di rotazione degli incarichi". Con il predetto provvedimento è stato dato mandato ai Direttori di Dipartimento e per essi, nei casi previsti, ai Direttori di U.O., di predisporre entro il 15.12.2016 i piani dipartimentali e/o di unità operativa concernenti la rotazione del personale, con precisa indicazione:

- a) delle figure professionali da avviare a rotazione;
- b) delle misure organizzative adottate al fine di non determinare rallentamenti o inefficienze amministrative/tecniche/sanitarie;
- c) delle azioni attuate, nei casi di infungibilità e/o impossibilità di ricorrere alla rotazione, per prevenire il rischio di fenomeni corruttivi (es. segregazione delle funzioni etc.);
- d) del percorso di formazione/mentoring utile ad accrescere la professionalità del personale interessato alla rotazione e garantire la continuità della qualità delle prestazioni in ogni ambito aziendale.

Stante il quadro organizzativo sopra descritto, si elencano di seguito gli atti deliberativi conseguenziali già adottati:

- Deliberazione n. 115/2018 per i Dirigenti apicali dell'Area P.T.A;
- Delibera n. 661/2018, come rettificata dalla Delibera n. 663/2018, la dr.ssa Maria Addolorata Malvasi, già Responsabile UOSD URP, Comunicazione, Ufficio Stampa, Privacy – Trasparenza, ha assunto la funzione di Direttore di U.O.C. Gestione Risorse Umane;

Considerate le specifiche condizioni in cui si è trovata l'Azienda a seguito delle vicende giudiziarie occorse nel luglio 2018 e data la necessità di assicurare l'espletamento delle funzioni amministrative fondamentali, sono stati successivamente adottati i seguenti atti secondo la regolazione vigente:

- Delibera n. 827/2018 di modifica e completamento Piano Rotazione Dirigenti P.T.A.

Inoltre anche nell'anno 2019 sono state poste in essere ulteriori azioni di rotazione per il completamento del dispositivo occorrente ad assicurare l'espletamento delle funzioni delle aree del Dipartimento Amministrativo.

Ciò detto, si predisporrà uno schema riepilogativo sugli esiti dell'attività svolta relativa alla Rotazione del Personale.

Stato di Attuazione Misure specifiche per le singole Aree a Rischio

Durante l'anno 2018 è stata svolta un'azione di monitoraggio e supporto finalizzata a favorire l'attuazione delle misure previste nel PTPC 2019-2021 nel rispetto delle tempistiche stabilite.

Nell'Allegato 2 viene riportato il reporting di monitoraggio di attuazione delle misure del Piano per l'annualità 2018 relative alle singole Aree a Rischio.

PREMESSA

Il precedente RPC avendo maturato, anno dopo anno, maggiore consapevolezza su ruolo e funzioni che lo permeano, ed avendo agito in conseguenza, non solo di fronte ed insieme all'intera struttura sanitaria, ma anche fuori di essa (si pensi ad Autorità Nazionale Anticorruzione – di seguito Autorità o ANAC –, stakeholder, ecc), ha potuto trasferire, nel passaggio di consegne ad altro responsabile, avvenuto nel mese di ottobre 2018, esperienze e best practice che il nuovo RPC si impegna sin dall'avvicendamento a consolidare nell'alveo della buona condotta e della cultura della legalità.

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 ai PPNNAA 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 volti 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.

Fasi del processo di gestione del rischio

Le principali fasi del processo di gestione del rischio sono:

1. *analisi del contesto esterno ed interno;*
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.*

ANALISI DEL CONTESTO ESTERNO

L'ANAC ha ritenuto, come prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio, quella relativa all'analisi del contesto, sia interno che esterno. Attraverso questa analisi si possono, infatti, ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, in termini di condizioni sociali, economiche e culturali (determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015).

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 Puglia, dalla Campania e dalla Calabria.

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. Mentre l'incidenza criminale degli stranieri sul territorio regionale risulta limitata.

Provincia di Matera

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

L'area jonica, oltre che terra di transito, sembra essere diventata "terra di conquista": gruppi criminali allogeni 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 perseguite appaiono circoscritte allo spaccio degli stupefacenti, alle estorsioni di media rilevanza e al gioco d'azzardo.

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'ASM, si evidenzia che le aree di possibili influenze e pressioni a cui la struttura può essere interessata sono, da un lato il **tentativo di condizionamento dell'amministrazione pubblica da parte delle locali consorterie**, 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.

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. Tratto da Fonte - incontri condotti in prefettura dal precedente Responsabile RPC.

Il caporalato, 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 favoreggiamento dell'immigrazione clandestina e nello sfruttamento quale manodopera in nero di cittadini di origine maghrebina, pakistana e bengalese.

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 consorterie**) 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).

Il contesto territoriale

L'ASM di Matera, con 198.867 abitanti, comprende il 35% circa della popolazione regionale: poco più del 30% della suddetta popolazione è concentrato nel capoluogo, poco più del 40% in 7 Comuni ed il restante 30% nei Comuni più piccoli del comprensorio.

I Comuni facenti parte del comprensorio dell'ASM di Matera, sono in tutto 31 per una superficie complessiva pari a kmq 3.449, circa il 34% del territorio regionale (pari a 10.073 Km²), con una densità media di 57,2 abitanti per kmq, leggermente superiore al valore medio regionale (56,3).

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 ne definiscono e ne rappresentano lo spazio fisico 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 (Irsina, Tricarico, Grassano, Grottole, Miglionico, Pomarico e Montescaglioso).

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.

La bassa densità della popolazione costituisce 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.

Al fine di consentire un raffronto omogeneo con la realtà territoriale dell'altra Azienda Sanitaria Provinciale della Regione Basilicata, si riportano, nella seguente *Tabella n. 1*, i dati relativi alla popolazione al 31/12/2017, alla superficie e alla densità degli abitanti per kmq, distinti per singola ASL.

Tabella n. 1 – Raffronto con le altre Aziende Sanitarie Regionali

AZIENDA SANITARIA	Popolazione al 31.12.2016	Popolazione al 31.12.2017	Differenza 2017 vs 2016		% su popolazione 2017	Superficie Km ²	%	Densità
								Ab/km ²
ASP POTENZA	370.680	368.251	-2.429	-0,7%	64,93%	6.594,44	65,46%	55,8
ASM MATERA	199.685	198.867	-818	-0,4%	35,07%	3.478,89	34,54%	57,2
REGIONE BASILICATA	570.365	567.118	-3.247	-0,6%	100%	10.073,33	100%	56,3

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.

La successiva *Tabella n. 2*, evidenzia, per singolo Comune del comprensorio di questa ASL, la popolazione residente al 31/12/2017, la superficie in km², la densità abitanti/km² e l'altitudine in metri sopra il livello del mare.

Tabella n. 2 – Territorio aziendale

Comune	Popolazione	Superficie	Densità	Altitudine
	residenti	km ²	abitanti/km ²	m s.l.m.
MATERA	60.403	392,09	154	401
Policoro	17.694	67,66	262	25
Pisticci	17.602	233,67	75	364
Bernalda	12.453	126,19	99	126
Montescaglioso	9.877	175,79	56	352
Ferrandina	8.593	218,11	39	497
Scanzano Jonico	7.624	72,18	106	21
Montalbano Jonico	7.208	136	53	288
Nova Siri	6.810	52,75	129	355
Tricarico	5.202	178,16	29	698
Grassano	5.077	41,63	122	576
Tursi	4.981	159,93	31	210
Irsina	4.909	263,47	19	548

Stigliano	4.112	211,15	19	909
Pomarico	4.084	129,67	31	454
Salandra	2.745	77,44	35	552
Rotondella	2.592	76,72	34	576
Miglionico	2.454	88,84	28	461
Grottole	2.116	117,15	18	482
Accettura	1.807	90,37	20	770
Valsinni	1.486	32,22	46	250
San Mauro Forte	1.473	87,06	17	540
Colobraro	1.203	66,61	18	630
San Giorgio Lucano	1.157	39,26	29	416
Garaguso	1.038	38,61	27	492
Aliano	967	98,41	9,83	555
Gorgoglione	960	34,93	27	800
Calciano	739	49,69	15	420
Craco	725	77,04	9,41	391
Oliveto Lucano	417	31,19	13	546
Cirigliano	359	14,9	24	656
TOTALE	198.867	3.479	57,2	

Policoro è il comune più densamente popolato (con 262 abitanti/kmq) della provincia di Matera ed il secondo di tutta la Basilicata, dopo Potenza.

Matera, con 392,09 kmq, è il comune con estensione maggiore del territorio regionale.

Cirigliano è il comune più piccolo per dimensione (14,90 kmq) della provincia di Matera ed il terzo in Regione Basilicata, preceduto da Campomaggiore e Ginestra.

Stigliano, con un'altezza di 909 metri sul livello del mare è il Comune più alto di tutta la Provincia di Matera.

ANALISI DEL CONTESTO INTERNO

L'analisi ha riguardo gli 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.

Si precisa che a luglio del 2018 l'Azienda è stata investita da una indagine giudiziaria circa presunte irregolarità ed episodi di corruzione relativamente a concorsi e appalti. L'indagine ha coinvolto 13 dipendenti, tra dirigenti e personale del comparto.

Al momento in cui si sta redigendo il presente aggiornamento del Piano, è in corso l'iter processuale giudiziario, mentre sono stati avviati procedimenti disciplinari secondo la regolazione vigente, il cui iter è sospeso attese la complessità delle vicende come accertata dalle competenti articolazioni UPD.

Profilo strutturale-organizzativo

L'ASM - Azienda Sanitaria Locale di Matera, ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D.Lgs. 229/99, 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 ed autonomia imprenditoriale, la cui organizzazione è disciplinata con atto aziendale di diritto privato.

Sotto l'aspetto organizzativo il 2017, da un lato, ha rappresentato un anno di consolidamento del modello di organizzazione e funzionamento definito nell'Atto Aziendale, la cui piena adesione è adottata con delibera ASM n. 1099 del 21/11/2017, aggiornato con delibera ASM n. 169 del 20/02/2018 e approvato con DGR n. 132 del 14/02/2018 dall'altro, è stato l'anno in cui si è data attuazione al processo di riforma del Sistema Sanitario Regionale di Basilicata, avviato con la L.R. n. 2 del 12/01/2017, che ha ridefinito l'assetto strutturale, organizzativo e funzionale

della rete sanitaria lucana, in risposta alla rapida evoluzione degli scenari sociali, economici e normativi, che ha caratterizzato gli ultimi anni, con l'obiettivo di coniugare la sostenibilità economica con la tutela dei Livelli Essenziali di Assistenza, in una logica e secondo una prospettiva di difesa dell'identità regionale e di adeguamento alle disposizioni normative vigenti.

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.

Le attività di gestione sono prevalentemente delegate agli uffici nell'ambito delle prerogative e delle responsabilità della qualifica dirigenziale. E' attivo il dispiegamento dei controlli interni, ivi compreso il Nucleo Ispettivo e l'UPD secondo le varie articolazioni delle tipologie contrattuali.

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.

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

I principali **Organismi Collegiali** dell'Azienda rivisti dall'Atto Aziendale vigente (DGR n. 132 del 14/02/2018) 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 (attivo fino al 2014, successivamente all'adozione degli AA 2015 e 2018, non è stato ancora riattivato);
- 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. E' stato avviato l'iter per la ricomposizione del CUG, per cui sono state acquisite le designazioni di parte sindacale nel mese di novembre 2018;

- 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. Sono in corso le procedure per la nuova del nuovo OIV;

- 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

Nel corso del 2017 quest'Azienda ha provveduto a dare attuazione agli indirizzi programmatici definiti dalla Regione Basilicata attraverso la su richiamata normativa, adottando, con successive deliberazioni aziendali n. 906/2017 e n. 1099/2017, l'aggiornamento dell'Atto Aziendale che, coerentemente alle prescrizioni regionali, definisce il nuovo assetto organizzativo e strutturale dell'ASM, come da delibera ASM n. 169 del 20/02/2018 e approvato con DGR n. 132 del 14/02/2018.

L'aggiornamento dell'Atto Aziendale dell'ASM formalizzato con la suddetta delibera aziendale n.906/2017, come modificata dalla deliberazione n. 1099/2017, è stato di fatto approvato dalla Regione Basilicata nel corso del 2018, con D.G.R. n. 132 del 14/02/2018 concernente l'approvazione dell'Aggiornamento dell'Atto Aziendale dell'ASM, ragion per cui l'assetto organizzativo aziendale per tutto l'anno 2017 è rimasto quello definito nell'Atto Aziendale originario, adottato con deliberazione n. 773 del 19/05/2015, così come integrata da successive deliberazioni n. 1123 del 03/08/2015 e n. 1161 del 24/08/2015, ed approvato dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 1077 del 10/08/2015.

Nello specifico nell'ultimo Atto Aziendale approvato dalla Regione Basilicata e vigente per tutto il 2017 sono state analiticamente **individuate, oltre ai Dipartimenti, 60 Strutture Complesse nella fase transitoria, che diventano 52 a regime, e 57 Strutture Semplici Dipartimentali nella fase transitoria, che diventano 53 a regime**. Tale nuovo assetto organizzativo riveniente dall'Atto Aziendale in applicazione degli standard sopra citati, ha consentito all'Azienda di ridurre in maniera significativa i propri costi.

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.

L'organizzazione aziendale si articola in **quattro macro livelli**:

- la direzione strategica, composta dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, a cui compete l'esercizio delle funzioni strategiche;
- la tecnostruttura a cui spetta garantire le funzioni di supporto al processo decisionale ed al processo produttivo;
- il management con il compito di fungere da collegamento tra direzione generale e nucleo operativo, coincidente con le macro-articolazioni territoriali ed organizzative dell'Azienda previste dalla L.R. 39/2001 e s.m.i., ossia con i Direttori di Presidio, di Distretto e di Dipartimento;
- il nucleo operativo per la produzione ed erogazione di servizi e prestazioni assistenziali.

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).

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.

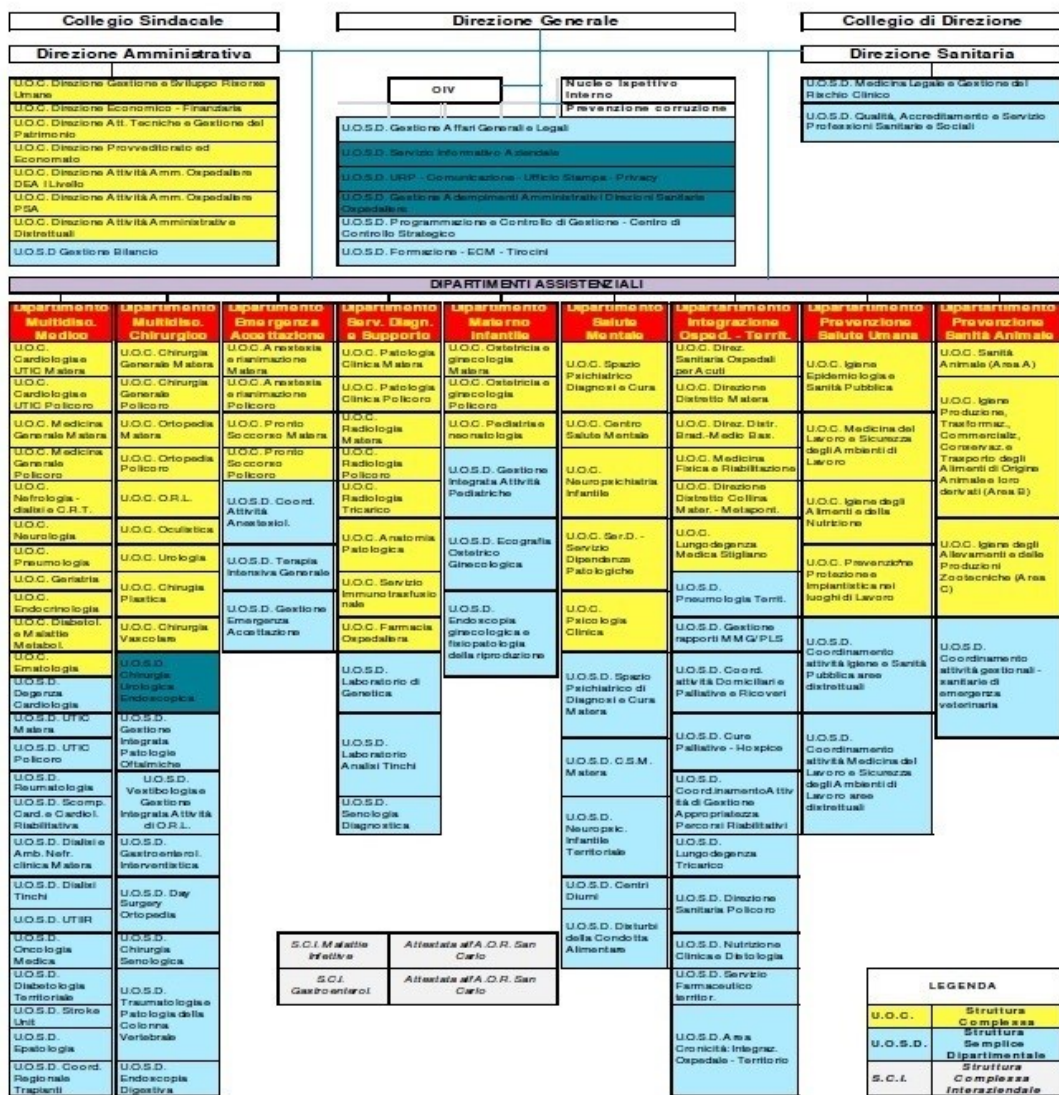
(Si veda, per il dettaglio, l'Atto Aziendale al seguente link:

<http://www.asmbasilicata.gov.it/servizi/Menu/dinamica.aspx?idSezione=17695&idArea=17697&idCat=17730&ID=48289&TipoElemento=pagina>)

Si riporta di seguito lo schema dell'articolazione organizzativa dell'ASM prevista per la fase a regime dall'Atto Aziendale:

Organigramma aziendale

Organigramma Aziendale



Assetto strutturale dell'assistenza ospedaliera

L'assistenza Ospedaliera dell'Azienda, come previsto dalla programmazione regionale, si articola in:

- Presidio ospedaliero per acuti "Madonna delle Grazie" Matera
- Presidio ospedaliero per acuti "Giovanni Paolo II" Policoro

- Ospedali Distrettuali

L'assistenza Ospedaliera dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera è erogata secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

OSPEDALI PER ACUTI	ORDINARI	DH/DS	TOTALI
Presidio Ospedaliero Matera	302	62	364
Presidio Ospedaliero Policoro	92	17	109
TOTALE	394	79	473

OSPEDALI DISTRETTUALI	ORDINARI
Ospedale Tricarico	99
Ospedale Stigliano	24
Ospedale Tinchì	
TOTALE	123

Con riferimento all'**assistenza territoriale dell'ASM**, nelle varie branche di attività in cui essa si articola, è erogata sia mediante presidi a gestione diretta, sia mediante strutture convenzionate. Nello specifico con riferimento alle strutture a gestione diretta si riporta il numero di strutture erogatrici per singola branca di attività assistenziale:

- N. 5 Poliambulatori specialistici all'interno dei 5 Ospedali aziendali che erogano attività clinica, diagnostica strumentale e per immagini ed attività di laboratorio
- N. 21 sedi distrettuali comunali che erogano attività specialistiche ambulatoriali
- N. 2 CSM che erogano attività di assistenza ai disabili psichici
- N. 2 SERT che erogano attività di assistenza ai tossicodipendenti
- N. 2 Centri Diurni, 1 a Matera e 1 a Policoro che erogano attività semiresidenziale di assistenza ai disabili psichici
- N. 1 consultorio con 7 sedi territoriali che erogano attività di consultorio familiare all'interno delle sedi distrettuali
- N. 1 Hospice che eroga assistenza ai malati terminali, situato nell'Ospedale di Stigliano
- N. 60 farmacie convenzionate aperte al pubblico.

Le attività del **Polo Riabilitativo** consistono in:

- 48 posti letto per riabilitazione (cod. 56)
- 16 posti letto per lungodegenza riabilitativa (cod. 60)
- 20 posti letto per R.S.A. per anziani non autosufficienti e con prevalenza di problematiche neurodegenerative e dementigene: a partire dal 2014 vi è stato l'incremento di altri 2 posti letto destinati a pazienti solventi in proprio, oltre alla riconversione di 10 dei posti letto dal codice R3 medio-bassa intensità al codice R2 elevata intensità (deliberazione aziendale n. 838/2014), in ottemperanza alle linee di indirizzo programmatiche regionali

- attività ambulatoriali per disabilità importanti e con esiti permanenti nonché per disabilità minimali e transitorie

Oltre al Polo Riabilitativo di Tricarico, altro centro di riabilitazione ex art. 26 L. 833/78 gestito direttamente dall'Azienda è l'U.O. di Neuropsichiatria Infantile Territoriale che eroga attività di riabilitazione neuropsichiatrica infantile in regime ambulatoriale.

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

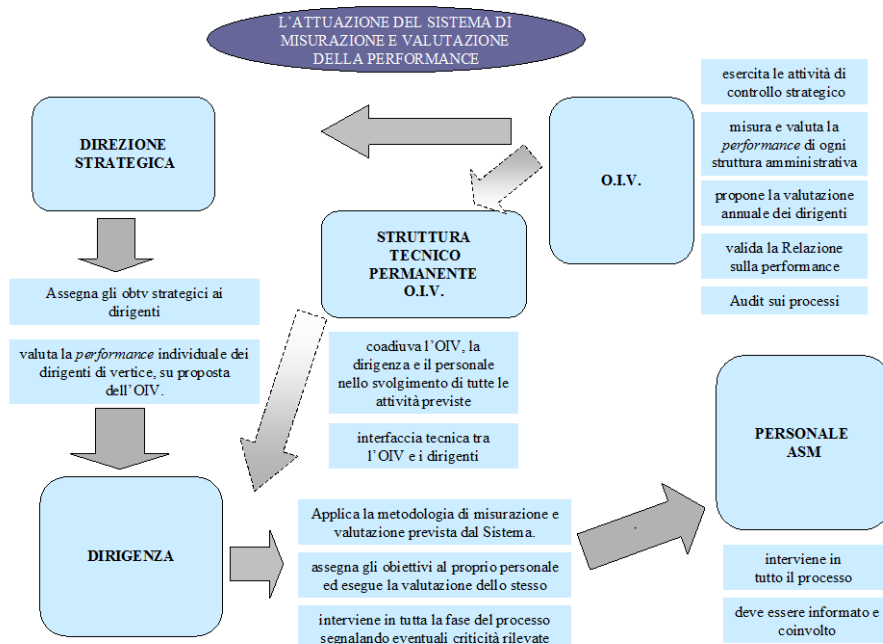
- N. 4 Centri Privati Accreditati che erogano attività di diagnostica strumentale e per immagini
- N. 7 Centri Privati Accreditati che erogano attività di laboratorio
- N. 6 Centri Privati accreditati che erogano attività di Fisiokinesi Terapia
- N. 11 Case Alloggio e/o Gruppi Appartamento che erogano attività residenziale di assistenza ai disabili psichici
- N. 1 Medico singolo convenzionato che eroga attività clinica.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati ex art. 26 L. 833/78 sono 4, di cui 3 erogano attività di assistenza riabilitativa ambulatoriale, extramurale e/o domiciliare ed 1, oltre alle precedenti, anche attività di tipo semiresidenziale.

Dai primi mesi del 2015, prima tra le Aziende Sanitarie meridionali, l'ASM di Matera ha avviato le attività della **R.E.M.S. (Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza) presso Tinchì**, portando a compimento in soli 100 giorni, un importante investimento finanziato dalla Regione Basilicata. Tale intervento che ha consentito alla Regione Basilicata di essere la prima regione del meridione ad aver rispettato la tabella di marcia avviata dal Decreto Legge n. 211/2011 sulla chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari (OPG) e la loro riconversione in residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza.

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 grafico che segue riporta l'attuazione del Sistema di misurazione e valutazione delle performance aziendali

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	Direzione Strategica ASM e dirigenza di vertice
2) Adozione del Sistema	Direzione Strategica ASM
3) Attuazione del Sistema	- Direzione Strategica ASM - Dirigenza

	▪ Personale ▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente)
4) Monitoraggio e audit del Sistema	▪ OIV (Struttura Tecnica Permanente) ▪ Personale, dirigenziale e non

Il S.M.V. è in corso di rivisitazione anche per tener conto del nuovo CCNL del comparto Sanità e per considerare il progetto regionale Bocconi da parte di apposita CDC istituita con nota prot. n. 20180069000 del 20.11.2018 coordinata dalla dott.ssa Di Grottole.

1) Definizione/aggiornamento del Sistema: le strategie aziendali sono definite dalla Direzione all'interno della mission

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.

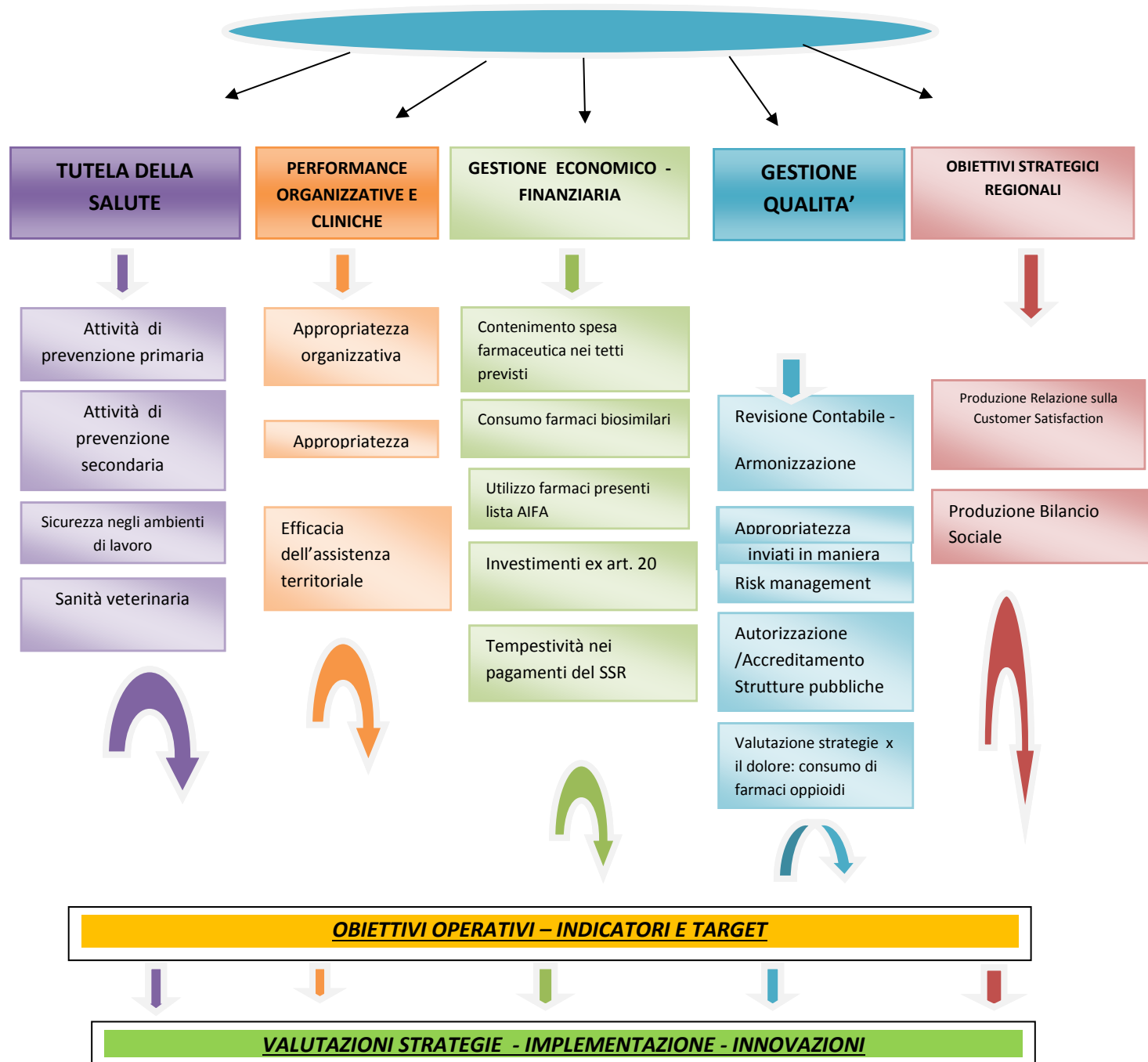
2) Adozione e 3) Attuazione del Sistema: la Direzione Strategica promuove la cultura della responsabilità per il miglioramento della performance. Gli obiettivi aziendali vengono definiti dalla Direzione Strategica con cadenza annuale, sulla base degli obiettivi stabiliti dalla Regione e delle risultanze 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

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. Si riporta di seguito ***l'Albero della performance***, costituito da un diagramma che rappresenta graficamente i legami tra missione, aree strategiche, obiettivi strategici e obiettivi operativi, da cui si evince come gli obiettivi, ai vari livelli e di diversa natura, contribuiscano, all'interno di un disegno strategico complessivo coerente, alla missione. Gli obiettivi annuali assegnati dai documenti di programmazione nazionali e regionali sono costituiscono la base di partenza per l'elaborazione dell'albero della performance sviluppato nel Piano della Performance della ASM. Gli obiettivi regionali sono stati integrati con le esigenze strategiche aziendali correlate all'analisi del contesto interno ed esterno e quindi tradotti in obiettivi strategici, a loro volta declinati in obiettivi operativi assegnati ai Dirigenti. Gli obiettivi operativi sono stati dettagliati in Piani operativi (schede di budget) in cui all'obiettivo vengono associati indicatori, target, orizzonte e articolazione temporale, responsabili e risorse assegnate.

La definizione del piano della performance è stata quindi sviluppata in base a diverse componenti che influenzano il mercato di riferimento. Già da alcuni anni è in uso in ambito aziendale il “processo di budgeting” nell’ambito del sistema di programmazione e controllo di gestione, per la verifica della produttività delle strutture sulla base degli obiettivi assegnati ai corrispondenti Centri di Responsabilità (CdR). L’individuazione e l’assegnazione degli obiettivi strategici rappresenta comunque la prima fase del processo, muovendo dal livello Direzionale e dagli uffici di Staff, e prevedendo per ogni obiettivo assegnato ai Dipartimenti Aziendali e ai CdR, opportunamente pesato, gli indicatori attraverso cui misurare il risultato raggiunto rispetto a quello atteso.

L'ALBERO DELLA PERFORMANCE

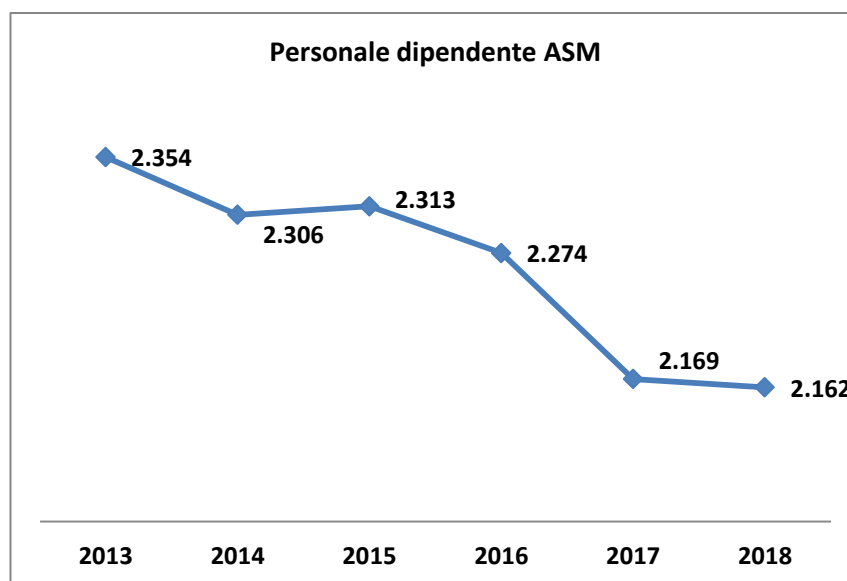


RISORSE UMANE

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera rappresenta la principale azienda della provincia per numero di dipendenti (2.164 al 31/12/2018) cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito fondamentalmente da 176 Medici di Medicina Generale, 25 Pediatri di Libera Scelta, 124 Medici della Continuità Assistenziale, 33 Specialisti Interni, di cui 22 medici e 11 veterinari. Le risorse umane dell'ASM, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale. Seppure con la suddetta riduzione della dotazione organica rispetto al passato, l'ASM dispone di risorse umane che popolano in numero adeguato le strutture organizzative, con ruoli e profili professionali diversi, secondo una distribuzione sostanzialmente congrua all'espletamento degli specifici compiti e attribuzioni per ciascuna area strategica.

La tabella ed il grafico seguenti rappresentano in maniera efficace il trend decrescente del numero di personale dipendente

Personale dipendente	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Presenti Fine Periodo						
DIRIGENTI RUOLO AMMINISTRATIVO	6,00	6,00	6,00	6,00	4,00	6,00
DIRIGENTI RUOLO PROFESSIONALE	3,00	2,00	3,00	4,00	7,00	7,00
DIRIGENTI RUOLO TECNICO	12,00	10,00	9,00	8,00	7,00	5,00
DIRIGENTI SANITARI NON MEDICI	51,00	53,00	54,00	51,00	51,00	45,00
DIRIGENTI MEDICI	441,00	452,00	450,00	445,00	449,00	450,00
PROFILI RUOLO AMMINISTRATIVO	194,00	224,00	213,00	209,00	202,00	203,00
PROFILI RUOLO SANITARIO	1.158,00	1.154,00	1.135,00	1.153,00	1.064,00	1.070,00
PROFILI RUOLO TECNICO	489,00	405,00	443,00	398,00	385,00	376,00
Totale complessivo	2.354,00	2.306,00	2.313,00	2.274,00	2.169,00	2.162,00



Con riferimento alla tipologia del rapporto di lavoro al 31/12/2018 il personale dell'ASM risulta composto da 2.116 dipendenti a tempo indeterminato e 46 dipendenti a tempo determinato.

PERSONALE DIPENDENTE AL 31/12/2018					
Tipo Assunzione	RUOLO AMMINISTRATIVO	RUOLO PROFESSIONALE	RUOLO SANITARIO	RUOLO TECNICO	Totale complessivo
A Tempo Determinato	3		40	3	46
A Tempo Indeterminato	198	7	1522	389	2116
Totale complessivo	201	7	1562	392	2162

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 2016 le relazioni sindacali si sono concretizzate in numerosi incontri che hanno affrontato vari temi, tra cui, a mero titolo esemplificativo, produttività 2016, 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.

Con delibera aziendale n. 999 del 28.11.2018, è stato istituito il Comitato Paritetico ASM/OO.SS./RSU per la redazione della proposta di contratto integrativo aziendale comparto 2016/2018. E' stata predisposta una bozza e il Comitato si insedia il 23.01.2019.

ATTIVITÀ DI FORMAZIONE PER IL PERSONALE

Le attività di Formazione riguardano l'implementazione, organizzazione e gestione degli interventi e delle attività inerenti la formazione continua, la formazione obbligatoria, la formazione in sede e fuori sede, i tirocini formativi e volontari, formazione in favore di Enti pubblici e privati, progetti formativi per conto della Regione, convenzioni per tirocini e formazione, consulenze inerenti progetti ed eventi formativi aziendali.

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.

Le attività formative svolte nel corso del 2018 sono state quelle previste dal Piano Formativo Aziendale (P.A.F). Il PAF aziendale è stato implementato sulla base delle indicazioni dei direttori di dipartimento e delle strutture complesse. Le attività inerenti le professioni sanitarie sono state accreditate ai fini del riconoscimento dei crediti ECM essendo questa azienda Provider.

Nel corso dell'anno 2018 sono stati svolti progetti ed eventi formativi congruenti con gli obiettivi aziendali e regionali. Le attività ECM sono state organizzate presso le sedi di Policoro e Matera.

Nella tabella successiva sono riportate le attività di formazione aziendale svolte nel 2018.

Tipologia	Numero	Partecipanti	Crediti ECM
Eventi RES Accreditati ECM	50	1800	12.556,00
Corso ex Lg. 135/90	1	18	-
Corsi fuori sede	48	86	
Totale	99	1904	12.556,00

In ottemperanza alle politiche aziendali e alle disposizioni nazionali e regionali sul contenimento della spesa, la formazione è stata organizzata ed erogata nelle sedi aziendali, le docenze sono state effettuate da personale interno in possesso delle competenze necessarie a sviluppare l'attività formativa specifica.

Per quanto riguarda la formazione obbligatoria, è stata focalizzata su quella inerente la prevenzione della corruzione in entrambe le tipologie sia generale che specifica.

Per l'aggiornamento specifico/specialistico, solitamente organizzato da Agenzie dedicate e accreditate a livello nazionale per la Pubblica Amministrazione, le cui sedi sono ubicate presso altre città, si registra un significativo contenimento delle richieste e delle relative autorizzazioni.

Sono stati realizzati eventi in collaborazione con l'Ordine dei Medici, e con Associazioni di utenti /pazienti presenti sul territorio provinciale e regionale.

Il Corso di Laurea Triennale in Scienze Infermieristiche, attivato presso la sede ASM di Matera dall'Università degli Studi di Foggia per l'A.A. 2017-2018, ha contato un numero di iscritti per i tre anni di corso pari a 99.

Un impegno straordinario viene svolto dal personale della segreteria del Corso di Laurea che persegue l'obiettivo di rendere il più agevole possibile gli adempimenti amministrativi e offrire agli studenti gli stessi servizi della segreteria centrale.

Nell'A.A. 2017-2018 si è concluso il corso OSS per n.30 partecipanti e per l'anno 2019 non è stata fatta richiesta di attivazione di un nuovo corso.

Si registra, inoltre, un notevole aumento delle richieste di attivazione di Convenzioni di tirocinio di formazione ed orientamento da parte delle Università, Scuole di Specializzazione, per l'attivazione di Tirocini curriculari, post laurea e di specializzazione previsti dai corsi di studio.

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

Dal 2016 a seguito della Lg. N°107/2015 c.d. "Buona Scuola" si registra un notevole incremento di tirocini richiesti dagli Istituti di Scuola Superiore di secondo grado finalizzate alla frequenza degli studenti per favorire l'esperienza, prevista dall' Alternanza Scuola-lavoro".

La spesa sostenuta per la formazione e aggiornamento in sede e fuori sede al 30.11.2018 ammonta ad € 86.126,17

SEZIONE PRIMA

“ La Strategia di Prevenzione a livello decentrato ”

“ Azioni e Misure per la Prevenzione ”

1.1 Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2019-2021

Introduzione

L'Azienda Sanitaria Locale 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 Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione da quelle “generali” a quelle “ulteriori” e “specifiche”, 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.

A causa dell'indagine in corso dell'Autorità Giudiziaria e degli eventi accorsi luglio 2018 sugli episodi di presunte irregolarità ed episodi di corruzione relativamente a concorsi e appalti, l'Azienda ha subito un rallentamento della programmazione a medio-lungo termine e, pertanto, la gestione è stata prevalentemente concentrata sulle attività ordinarie. In tale contesto i dirigenti delle aree a rischio individuate nel Piano della Prevenzione della Corruzione 2018-2020, deputati al monitoraggio e all'aggiornamento del ‘catalogo delle misure’ hanno ritenuto di confermare le medesime misure già previste anche in sede di aggiornamento del presente Piano.(1. catalogo dei rischi).

In particolare il RPC e i Dirigenti delle UU.OO. delle Aree a Rischio hanno convenuto sulla necessità di riadeguare le misure agli specifici eventi rischiosi utilizzando le “Buone Pratiche” e i “Protocolli Istituzionali” quali misure esse stesse, specificando al contempo “gli indicatori” di efficacia.

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 e sostanzialmente confermato con l'Aggiornamento al PNA con la Delibera n. 1074/2018, 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:

P

Processo di adozione del P.T.P.C.

- ✓ Trasmissione Bozza di PTPC all'Organo di Indirizzo Politico Amm.vo "doppio passaggio";
- ✓ Data e documento di approvazione del Piano da parte del Direttore Generale;
- ✓ 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 "general" 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

- ✓ Indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice di Comportamento;
- ✓ Indicazione dell'ufficio competente a emanare pareri sulla applicazione del codice di comportamento.
- ✓ Indicazione al neo assunto delle disposizioni contenute nel Codice e consegna dello stesso.

Altre iniziative

- ✓ Attuazione del Piano Aziendale di rotazione del personale;
- ✓ adozione di misure per la tutela del whistleblower;
- ✓ 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 31.01.2019, giusta disposizione ANAC), 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 2019, 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;
- ❖ 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.

Il 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-amministrativa dell'Azienda:

- a) designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- b) adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti;
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;

1.4 Il Responsabile della prevenzione della corruzione

“Deliberazione n. 827 del 24 settembre 2018 di individuazione del Dirigente Dott.ssa Maria Malvasi quale Responsabile della prevenzione della corruzione”

Con la DDG n. 827 si è provveduto alla unificazione delle figure RT ed RPC in capo alla dott.ssa Malvasi dal 01.10.2018. Il passaggio di consegne tra il precedente RPC, dott. Ierone ed il nuovo RPC, dott.ssa Malvasi, è avvenuto in data 15.10.2018. Il Responsabile della prevenzione della corruzione è stato nominato dall'organo di indirizzo politico-amministrativo, quindi dal Commissario ASM, nella persona del Responsabile di struttura semplice, Dipartimentale “UOSD” Dott.ssa Maria Malvasi, e il relativo nominativo è stato comunicato all' ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione).

Il Responsabile predispone ogni anno entro il 31 Gennaio, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione che sottopone al Direttore Generale, prima in Bozza in ossequio al principio del “doppio passaggio” per eventuali

osservazioni (giusta Determinazione n. 12 ANAC), quindi in via definitiva per l'approvazione e 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 ogni anno sul sito web aziendale una relazione recante i risultati dell'attività, secondo le indicazioni ANAC.

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. Con delibera n. 938 del 05.11.2018 è stato approvato il Regolamento aziendale recante norme e criteri del fondo incentivante per le funzioni tecniche di cui all'art. 113 del D.lgs. n. 50/2016 e simili.

Con delibera n. 944 del 05.11.2018 si è preso atto del verbale della delegazione trattante CCNNLL dirigenza medico/veterinaria SPTA.

Con delibera n. 945 del 05.11.2018 si è preso atto del verbale della delegazione trattante CCNNLL comparto sanità.

Con delibera n. 1120 del 20.12.2018 sono state approvate le procedure di approvvigionamento di beni e servizi e relativi adempimenti dei RUP e dei DEC. Tale delibera è stata inviata con lettera circolare a tutti i RUP in data 28.12.2018.

1.4 ter Nomina del “Gestore” DM 25 Settembre 2015 Ministero Interno

Con Deliberazione n. 1062 del 3.11.2017 è stato individuato e nominato il “gestore” delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamenti del terrorismo, nella persona del Dr. Michele Viggiano, Direttore UOC Provveditorato ed Economato.

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.

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 inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

a) segnalano al Responsabile del Piano Anticorruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconferibilità 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 Nucleo Ispettivo Interno

Con delibera n. 1063 del 03.11.2017 di rettifica della deliberazione aziendale n. 1459/2016 è stata formalizzata la composizione del Nucleo Ispettivo Interno istituito con delibera aziendale n. 901 del 30.07.2014 e che risulta così costituito:

o Direttore Sanitario P.O. Matera, nonché Direttore Dipartimento Integrazione Ospedale – Territorio, in qualità di Presidente;

O

Direttore U.O.C. Economato e Provveditorato, in qualità di Componente;

o Direttore U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione Patrimonio, in qualità di Componente;

o Direttore U.O.C. Farmacia Ospedaliera, in qualità di Componente;

o Dirigente Amministrativo U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione, in qualità di Componente;

o Posizione Organizzativa - Responsabile Rilevazione e Gestione Presenze personale dipendente ASM, in qualità di Componente;

o Posizione Organizzativa – Supporto Direzione Amministrativa -Responsabile Programmazione e Sviluppo Organizzativo U.O.S.D. Sistema Informativo Aziendale ASM, in qualità di Componente – Segretario.

I compiti del NII sono i seguenti:

- opera alle dirette dipendenze della Direzione Generale e la relativa attività rientra nei compiti istituzionali della ASM;
- la sua istituzione non elimina o sostituisce compiti e funzioni di responsabilità e controllo già previsti da disposizioni normative o regolamentari in capo a singole strutture od altri organismi aziendali, nei confronti dei quali il Nucleo Ispettivo Interno può essere chiamato a svolgere attività di consulenza o di supporto;
- può avvalersi della collaborazione di Direttori o dipendenti di altre strutture aziendali;
- provvede sia ad una attività ordinaria (consistente in una attività di verifica a campione, previo sorteggio), sia ad una eventuale attività straordinaria (su specifica richiesta della Direzione Generale o del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, sulla base delle segnalazioni o denunce in applicazione della Policy del Whistleblowing attivo per i dipendenti dell'ASM), nei confronti sia del personale dipendente dei diversi ruoli che del personale convenzionato.

1.8 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..

Il RPC ha sottoposto all'attenzione del Nucleo Ispettivo in data 24.10.2018 la nota di segnalazione di un cittadino circa l'illegittimità di procedure di liquidazione per la verifica di quanto appena esposto. Si è in attesa della conclusione procedurale.

Il RPC ha anche avviato una indagine ispettiva presso altre aziende per verifiche su quanto indicato in una ulteriore segnalazione di un cittadino relativa alle procedure di convenzione.

1.9 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.

1.10 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 Responsabile della prevenzione della corruzione è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il Responsabile della prevenzione della corruzione 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).

1.11 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.

L'UPD è articolato, giusta DDG n. 925 del 29.10.2018, come segue:

- comparto ruolo sanitario: quattro componenti dipendenti ASM di cui un presidente, un segretario e due sostituti;
- comparto ruolo amministrativo: quattro componenti dipendenti ASM di cui un presidente, un segretario e due sostituti;
- comparto ruolo tecnico e professionale: quattro componenti dipendenti ASM di cui un presidente, un segretario e due sostituti.

1.12 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.

1.13 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 del comparto 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).

1.14 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.

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

Il 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) di tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il percorso 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 sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità, 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;

3) 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.

1.16 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, per 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.

1.17 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 in particolar modo, fornisce in modo sistemico:

- **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;
- **gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;**
- **le 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;

- **le attività individuate a prevenire il rischio di corruzione;**
- **le attività individuate finalizzate agli obblighi di informazione** nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- **le procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini**, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- **le 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;
- **gli specifici obblighi di trasparenza** ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

Il Piano 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 (pantouflage - revolving doors);
- ✓ Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- ✓ Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - 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);
- ✓ 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.

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 rischio 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.

1.18 Individuazione delle aree di rischio

L'individuazione delle aree di rischio ha la finalità di analizzare quelle aree che nell'ambito dell'attività aziendale hanno necessità di specifiche 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

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

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:

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

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

Il presente PTPC 2019/2021 tiene conto dell'aggiornamento operato con il PTPC 2018/2020 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 Aree:

- *Acquisizione e progressione del personale*
- *Contratti Pubblici (ex Det. n. 12/2015*
- *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.
- *Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.*

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 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. *Assistenza Sanitaria di base (Coordinamento Attività Territoriale e Distretti)*
2. *Gestione Strutture private Accreditate e Convenzionate*
3. *Area Direzione Sanitaria Ospedaliera*
4. *ALPI*
5. *Attività conseguenti al decesso ospedaliero*
6. *Ricerca sperimentazioni e sponsorizzazioni non rientra tra le competenze aziendali*
7. *Farmacia Ospedaliera*
8. *Farmacia territoriale*
9. *Gestione risorse Finanziarie*
10. *Gestione delle entrate e delle spese*
11. *Gestione del rischio clinico e Medicina Legale*
12. *Sanità Animale - Area A*
13. *Sanità Animale - Area B*
14. *Sanità Animale - Area C*
15. *SIAN - Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione*
16. *S.I.S.P. - Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica*
17. *SPILL - Servizio di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei luoghi di lavoro*
18. *Medicina del Lavoro e Sicurezza degli ambienti di lavoro*

Il dettaglio relativo alle suddette aree a rischio è sviluppato integralmente nel 'Catalogo dei Processi e dei Rischi' – Allegato 1 al presente Piano.

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.

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.

1.19 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 mutate dall'attività operativa e concreta esplicita e dalle buone pratiche in essere per fini istituzionali che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente P.T.P.C.;

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'ASM con il presente P.T.P.C. - che integrano misure di prevenzione diverse da quelle obbligatorie per legge e, considerate in un'ottica strumentale alla riduzione del rischio di corruzione, sono le seguenti:

- a) 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, come modificato con la deliberazione n. 1459 del 20.12.2016;
- b) 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;
- c) 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 2018 - da parte dei dirigenti e dipendenti che compongono l'U.P.D.;
- d) 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 2019;
- e) 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;

- f) disciplinari a carico di un soggetto ovvero si sta svolgendo nei suoi confronti un procedimento disciplinare, per la:
- 1) preclusione allo svolgimento di incarichi aggiuntivi o extraistituzionali;
 - 2) valutazione della performance e del riconoscimento della retribuzione accessoria ad essa collegata.

La presenza di un procedimento disciplinare pendente, deve essere considerata - anche in relazione alla tipologia di

illecito, per il conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali ed sia quale irrogazione di sanzioni disciplinari, determinando un 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.

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.

1.20 Misure di prevenzione di carattere trasversale

Il presente P.T.P.C. individua ed implementa anche delle misure di carattere trasversale da considerare ulteriori ed obbligatorie.

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 procedurali*, in quanto attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

1.21 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.
- Il Regolamento sulle funzioni tecniche approvato con delibera n. 938 del 05.11.2018, disciplina compiti RUP e DEC (DDG n. 1120 del 20.12.2018).

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.

1.22 Il P.T.T.I. e gli obblighi di trasparenza previsti dal D. Lgs. n. 33/2013 come modificato dal DLgs 97/2016

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

La sezione del Piano relativa alla Trasparenza è impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari a garantire la trasmissione e pubblicazione dei dati e, caratteristica essenziale di tale sezione è l'indicazione dei soggetti responsabili della trasmissione dei dati.

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.

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

1.23 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 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;
- i RUP, i DEC e i collaboratori secondo il Regolamento sulle funzioni tecniche;
- il Nucleo Ispettivo Interno.

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 disciplinarmente.

1.24 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 ha organizzato la “Settimana della Trasparenza” sul Blog aziendale dal 18 al 22 Dicembre 2017 per un maggiore 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 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.

1.25 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).

1.26 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.

L'utilizzo dell'applicativo è andato a regime nell'anno 2017 ed ha consentito di verificare lo stato di attuazione del Piano e la corrispondente applicazione delle misure proposte nonché la loro % di realizzazione.

Per l'anno in corso, attraverso il sistema di monitoraggio realizzato si intende perseguire l'obiettivo di inserire "in via sperimentale" oltre alla % di realizzazione delle misure, anche gli indicatori di efficacia che consentiranno di verificare l'adequazione delle misure stesse. I Responsabili e/o loro delegati delle Unità Operative hanno la possibilità di accedere all'applicativo nella Intranet Aziendale.

1.27 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 "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti – Prevenzione della 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.

1.28 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 nonché al PNA predisposto e adottato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con delibera n. 1208 del 22.11.2017, 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".

Particolare attenzione è stata dedicata, in quanto propedeutica alla gestione del rischio, all'analisi del contesto esterno ed interno, giusta Det. n. 12/2015 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-

implementazione del PTPC 2019-2021, 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-implementazione del precedente.

Il lavoro svolto ha confermato la positività della metodologia sperimentata negli anni precedenti 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 nonché di un necessario adeguamento del PTPC per tutti i dirigenti responsabili coinvolti.

Il RPC ha sottoposto all’attenzione del Nucleo Ispettivo in data 24.10.2018 la nota di segnalazione di un cittadino circa l’illegittimità di procedure di liquidazione per la verifica di quanto appena esposto. Si è in attesa della conclusione procedurale.

Il RPC ha anche avviato una indagine ispettiva presso altre aziende per verifiche su quanto indicato in una ulteriore segnalazione di un cittadino relativa alle procedure di convenzione.

Tutti i dipendenti hanno l’obbligo di attenersi al Regolamento aziendale per l’utilizzo delle risorse informatiche, della rete internet e della telefonia, approvato con DDG n. 1157 del 28.12.2018.

I responsabili dei punti di protocollazione hanno l’obbligo di attenersi alle procedure di protocollo e gestione corrispondenza-archiviazione digitale e conservazione sostitutiva, come da nota prot. n. 20180068098 del 15.09.2018.

Inoltre, al fine di rafforzare la semplificazione burocratica e la speditezza dell’azione amministrativa, è stata adottata la DDG n. 1044 del 05.12.2018 a modifica della DDG 781/2017.

1.29 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, nonché il PNA adottato con delibera n. 1074/2018 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 4 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.
4. **Individuazione delle misure** di prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

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.

2 - LA MAPPATURA DEI PROCESSI

2.1 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, 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 nonché al PNA predisposto e adottato con delibera n. 1074/2018 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.

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

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

3 . ANALISI E VALUTAZIONE (DEI RISCHI) PROCESSI SPECIFICI

3.1 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.

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".

4. IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

4.1 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.

4.2 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'ASM nei precedenti 3 anni.

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

5 - IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

5.1 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. In particolare, sono state individuate misure ulteriori mutate dall'attività operativa e concreta esplicata e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente P.T.P.C.. 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					

Misura	Descrizione	Fasi	Tempi	Ufficio Resp	Soggetto Resp
2					

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

Indicazione dei Processi;

- 1) **Indicazione degli Eventi Rischiosi** associati ai Processi a rischio, tenuto conto della matrice relativa al singolo evento rischioso;
- 2) **Indicazione dei Servizi/Uffici** che risultano essere maggiormente esposti al rischio;
- 3) **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);
- 4) **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:

- eventuali controlli interni previsti;
- 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;
- altri regolamenti/procedure, etc. che si è ritenuto potessero presidiare il rischio.

5) 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), in particolare sono state individuate misure ulteriori mutuata dall'attività operativa e concreta esplicita e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali;

6) 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 mutuata dall'attività operativa e concreta esplicita e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali)

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

8) 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);

5.2 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?

5.3 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;
- c. Servizio - Dirigente/Posizione Organizzativa – Responsabile PO – Responsabile del procedimento.

5.4 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.

5.5 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 delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte.

A decorrere dall'anno 2016, si è inteso implementare il sistema di monitoraggio ed è stata avviata una fase sperimentale di sviluppo in house di un software dedicato.

Con detto software si è inteso dotarsi di uno strumento a disposizione dei singoli dirigenti che consentisse agli stessi di riferire sullo stato di attuazione delle misure attraverso l'indicazione di una percentuale di realizzazione e di una motivazione di eventuale mancata completa attuazione, oltre che alla possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

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.

Il monitoraggio sarà svolto ad opera del responsabile di ciascuna Unità considerata a rischio, attraverso una relazione semestrale che fornisca indicazioni circa le procedure e le attività avviate. Con una relazione annuale si attesterà l'attuazione o meno della misura adottata, al fine di eventuali implementazioni e/o modifiche da apportare per la redazione del Piano per l'anno successivo.

5.6 Aree di rischio individuate e mappate

Per redigere il presente Piano Triennale della prevenzione della corruzione (triennio 2019/2021) 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 (Vedi Tabelle Allegate).

5.7 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. 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.

L'ASM ha ritenuto necessario l'unificazione delle figure di Responsabile della Trasparenza e Integrità e di Responsabile

della Prevenzione della Corruzione per uniformare le relative funzioni di monitoraggio e controllo ed assicurare una

più distinta differenziazione rispetto alle funzioni di gestione, secondo la regolazione vigente.

Il P.T.T.I. costituisca una sezione del PTPC, così come indicato nell'Aggiornamento al PNA con la Determinazione n. 12 ANAC.. 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 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 2019 e contestualmente provvede alla loro pubblicazione sul proprio sito istituzionale, con evidenza del nominativo del Responsabile della prevenzione della corruzione e 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.

5.8 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.

5.9 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 I, 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 rappresentanti 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.

Con DDG . 969 del 30.06.2015 è stato approvato il Regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi non compresi nei compiti e doveri di ufficio.

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

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

- a) delle particolari ipotesi di inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 all'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.

5.11 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 nei 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 interpellati 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.

Per l'anno 2018 l'Ufficio preposto ha ritenuto sufficiente la dichiarazione di insussistenza resa ai sensi di legge.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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
- c) 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 ascriviti alla loro responsabilità;
- d) è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- e) 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.

5.13 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 interpelli 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.

5.14 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 del cittadino 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 Responsabile U.O. URP Ufficio Relazioni con il Pubblico, d'intesa con il Responsabile della prevenzione della corruzione .

Il Responsabile 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.

5.15 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.

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) programmazione dell'attività di controllo del Nucleo Ispettivo Interno per l'anno 2016;
- b) 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.
- c) Monitoraggio dell'attività circa gli di "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..

- d) 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;
- e) 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.

SEZIONE SECONDA DEL P.T.P.C.

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

La seconda sezione del P.T.P.C. dell'ASM - intitolata "Coordinamento, raccolta ed analisi dei dati sull'attività di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria 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.

6.1 Trasmissione ed elaborazione dei dati relativi alla pianificazione, all'attuazione e all'impatto delle politiche anticorruzione.

L'Azienda trasmette al D.F.P. (www.funzionepubblica.it) il Piano della Prevenzione della Corruzione 2019-2021.

6.2 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.