



**AZIENDA SANITARIA LOCALE TARANTO  
FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE**

AOO: **ASL\_TA**

REGISTRO: **DELIBERAZIONI**

NUMERO: **297**

DATA: **31/01/2019**

OGGETTO: **Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021**

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

In assenza del Dr. Vito Gregorio Colacicco - Direttore Sanitario

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

**Su proposta della struttura: Comunicazione e Informazione**

Estensore: Giuseppe Pesare

Istruttore: Giuseppe Pesare

Dirigente/Dirigente S.S./S.S.D.: VITO GIOVANNETTI

Dirigente Ufficio/Direttore S.C.:

Direttore di Dipartimento:

PROPOSTA:

NUMERO: **DEL-303-2019**

DATA: **31/01/2019**

SEZIONE ALBERO TRASPARENZA:

CLASSIFICAZIONE:

DOCUMENTI:

*Documento*

*Impronta Hash*

**MOD DELIBERAZIONE ORIGINALE**

**d694150ec9ec7a3ac8c7471dad9c0d45e685b20190181ae  
debf1b0f9f8f250cb**

**Piano triennale della Prevenzione della  
Corruzione e della Trasparenza  
2019-2021**

**dd820e2de8489e61e8a48846fd665805e9c475bb84f67572  
90aaa2b1b38fe5d3**

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

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



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

**OGGETTO: Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2019-2021**

### **IL DIRETTORE GENERALE**

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

#### **VISTI**

il Decreto Legislativo n. 165/2001;

la Legge n. 116/2009;

la Legge n. 190/2012;

il Decreto Legislativo n. 235/2012;

il Decreto Legislativo n. 33/2013;

il Decreto Legislativo n. 39/2013;

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

la Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 1/2013;

la Circolare della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica n. 2/2013;

il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 16.01.2013;

il Piano Nazionale Anticorruzione e i successivi aggiornamenti;

la Determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015;

il Decreto Legislativo n. 97/2016;

la Delibera ANAC n. 831 del 03.08.2016;

la Delibera ANAC n. 1208 del 22.11.2017;

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

## **PRESO ATTO**

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

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

a) individuare le attività, anche ulteriori rispetto a quelle indicate nel Piano Nazionale Anticorruzione, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti;

b) prevedere, per tali attività, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

c) prevedere, con particolare riguardo alle stesse attività, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;

d) definire le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

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

f) individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge;

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

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

## **DATO ATTO**

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

## **RITENUTO**

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

## **RILEVATA**

la necessità, da parte dell'ASL Taranto, di adottare, entro il 31 gennaio 2019, come previsto dall'art. 1, comma 8, della Legge n. 190/2012, il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2019-2021, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale;

## **D E L I B E R A**

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

1. **di adottare** il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2019-2020-2021, allegato al presente provvedimento per farne parte integrale e sostanziale;
2. **di riconoscere** e di fare proprie le finalità di prevenzione della corruzione Legge n. 190/2012 e dalla normativa vigente, quali essenziali al perseguimento della mission aziendale e delle funzioni istituzionali;
3. **di stabilire** che tutti i dirigenti, dipendenti, collaboratori, convenzionati dell'Azienda sono tenuti a fornire ampia collaborazione e supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza al fine di mettere in atto quanto definito dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
4. **di dichiarare** il presente provvedimento immediatamente esecutivo;
5. **di dare atto** che dal presente provvedimento non derivano oneri per l'Azienda;
6. **di pubblicare** il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - 2019-2021 sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti – Prevenzione della corruzione";
7. **di dare mandato** al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza di notificare il presente provvedimento a:
  - Referenti della Trasparenza e Anticorruzione;
  - Direttori e Dirigenti Responsabili delle macrostrutture e unità organizzative dell'Azienda;
  - Assessorato alle Politiche della Salute della Regione Puglia;
  - Organizzazioni Sindacali aziendali;
  - Comitato Consultivo Misto dell'ASL Taranto;
  - tutte le Associazioni provinciali rappresentate nel Consiglio Nazionale dei Consumatori;
  - Comitato Unico di Garanzia;
  - Organismo Indipendente di Valutazione;
8. **di dare mandato** ai Direttori e Dirigenti Responsabili delle macrostrutture e unità organizzative dell'Azienda di rendere massima divulgazione, nelle forme e modalità più opportune, del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza - 2019-2021 nelle strutture di appartenenza.

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



**Piano triennale della  
Prevenzione della Corruzione e  
della Trasparenza  
2019-2021**

## **1. Premesse e processo di adozione**

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

Il piano triennale di prevenzione della corruzione deve essere adottato dalle pubbliche amministrazioni, in base all'art. 1, co.8, legge n. 190/2012, entro il 31 gennaio di ogni anno. Il presente piano costituisce aggiornamento del piano triennale 2018-2020 adottato con deliberazione n. 48 del 30/01/2018, secondo le vigenti disposizioni normative ed in esso sono indicati i progetti e le iniziative che l'Azienda intende perseguire per il periodo 2019-2021. Nel corso dell'aggiornamento del piano si è proceduto in base alla più ampia condivisione e collaborazione con i Responsabili delle diverse aree di rischio-strutture e titolari degli uffici coinvolti. Supporto teorico/pratico comune di stimolo è stato sicuramente il momento formativo organizzato nel corso del 2018, propedeutico alla definizione del catalogo dei processi e delle misure di prevenzione relative ai rischi specifici. Si procede all'adozione del presente piano con deliberazione del Direttore Generale, su proposta del dirigente Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza. E' prevista la diffusione del piano a tutte le strutture aziendali e la sua pubblicazione nel sito istituzionale a cura della S.C. URP e Relazioni Esterne.

## **2. Normativa di riferimento**

- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018 "Approvazione definitiva dell'aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione"
- Allegato n. 2 alla delibera Anac n. 1074/2018 Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)

- Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 “Richieste di parere all’ANAC sulla corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT)”
- LEGGE 30 novembre 2017, n. 179 - Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato
- Delibera ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017 approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione 2016
- Delibera ANAC n. 1309 del 28/12/2016 “Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all’accesso civico di cui all’art.5 comma2 del D.Lgs. 33/2013”
- Piano Nazionale Anticorruzione 2016, determina ANAC n. 831 del 03/08/2016 - D.Lgs. n. 97 del 25/05/2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della L.190 del 6/11/2012 e del D.Lgs. n.33 del 14/03/2013”
- Determinazione ANAC n.12 del 28/10/2015 “Aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Determinazione ANAC n.6 del 28/04/2015 “Linee guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti”; - Deliberazione ANAC 149/2014 “Interpretazione D.Lgs39/2013 nel settore sanitario”;
- Delibera CIVIT n. 72/2013 Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’ art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012,n. 190;
- D.P.R. 18 aprile 2013, n. 62 “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n.165”;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico”;
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 “Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;

- Linee di indirizzo del 13 marzo 2013 del “Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
- Circolare n.1 del 25/1/2013 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica;
- D.P.C.M. 16/1/2013 contenente le linee di indirizzo del Comitato interministeriale per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n.190;
- Legge 17 dicembre 2012, n. 221 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 18 ottobre 2012, n. 179, recante ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese;
- Legge 6 novembre 2012, n.190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Legge 28 giugno 2012, n. 110 Ratifica ed esecuzione della Convenzione penale sulla corruzione, fatta a Strasburgo il 27 gennaio 1999; - Schema di DPR recante: “Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, ai sensi dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165, come sostituito dall'articolo 44, della legge 6 novembre 2012 n. 190”;
- D.L. 18-10-2012 n. 179 “Ulteriori misure urgenti per la crescita del Paese” Art. 34-bis. “Autorità nazionale anticorruzione”;
- D.L 6 luglio 2012, n. 95 “Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini ((nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario))”. Decreto-Legge convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135;
- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni”;
- Legge 3 agosto 2009, n. 116 "Ratifica ed esecuzione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dalla Assemblea generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 con risoluzione n. 58/4, firmata dallo Stato italiano il 9 dicembre 2003, nonché norme di adeguamento interno e modifiche al codice penale e al codice di procedura penale”;

- Decreto Legislativo 30 marzo 2001, n. 165 “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;
- Codice Penale Italiano articoli dal 318 a 322.

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

Il presente aggiornamento si pone in continuità con l'aggiornamento del PNA (delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018) e nel rispetto dei contenuti e suggerimenti indicati nella determinazione ANAC n.12/2015 con la funzione di fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle aree di attività (intese come complessi settoriali di processi/procedimenti) al rischio di corruzione e stabilire gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio. Sono da tenere in considerazione i seguenti principi/obiettivi e individuare le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione. Ai fini di una migliore impostazione e realizzazione del processo di gestione cui si ispira, il P.T.P.C.:

- mira a realizzare l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza,
- è parte integrante del processo decisionale e deve interessare tutti i livelli organizzativi,
- tende ad assicurare l'integrazione con altri processi di programmazione e gestione, in particolare con il ciclo della performance e i controlli interni,
- è un processo di miglioramento continuo e graduale,
- implica l'assunzione di responsabilità, in particolare per gli organi di indirizzo, i dirigenti e il RPCT,
- tiene conto dello specifico contesto interno/esterno, è trasparente e inclusivo, è ispirato al criterio della prudenza,
- implica valutazioni sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo,
- non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive.

Il P.T.P.C. è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi. Per rischio si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'ente, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento. Per

evento si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'ente. Per gestione del rischio si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio.

I principi fondamentali consigliati per una corretta gestione del rischio sono desunti dai Principi e linee guida UNI ISO 31000:2010. La gestione del rischio:

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

#### **4. Definizione di corruzione**

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

## **5. Soggetti interni che concorrono alla prevenzione della corruzione**

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

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

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

### **5.1 Il Direttore Generale**

Il Direttore Generale:

- a) designa il Responsabile della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- b) adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti e ne dispone la pubblicazione nel sito aziendale e l'eventuale trasmissione ad autorità competenti ai sensi della normativa;
- c) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione.

## **5.2 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza**

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

### *Compiti in materia di prevenzione della corruzione*

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza:

- a) elabora la proposta di piano della prevenzione della corruzione;
- b) definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- c) verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità, anche definendo adeguate attività di monitoraggio;
- d) propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione;

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

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

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

#### *Responsabilità in materia di prevenzione della corruzione*

I compiti attribuiti al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo in vigilando

ma anche in eligendo. In caso di commissione, all'interno dell'amministrazione, di un reato di corruzione accertato con sentenza passata in giudicato, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza risponde ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165, e successive modificazioni, nonché sul piano disciplinare, oltre che per il danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, salvo che provi tutte le seguenti circostanze:

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

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

#### *Compiti in materia di trasparenza*

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

Ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 43 del D.Lgs. 33/2013 il Responsabile della Trasparenza svolge stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnalando alla Direzione generale, all'Organismo Indipendente di Valutazione, all'Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all'ufficio di disciplina i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione. Il Responsabile indica le strutture responsabili dell'adempimento di pubblicazione, prevedendo momenti di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di

trasparenza ed eventuali ulteriori misure ed iniziative di promozione della trasparenza. Il Responsabile, inoltre, controlla e assicura la regolare attuazione dell'accesso civico sulla base di quanto stabilito dal D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs.97/2016.

#### *Responsabilità in materia di trasparenza*

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

### **5.3 I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione**

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, individua quali Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, i Direttori di Struttura Complessa ed i Responsabili di Struttura Semplice Dipartimentale aziendali. L'ASL Taranto individua annualmente un collegamento tra gli adempimenti normativamente richiesti e gli obiettivi assegnati ai dirigenti in sede di negoziazione di budget (sistema della performance). Possono, altresì, essere individuati quali Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, in aggiunta a quelli precedentemente indicati, dirigenti in possesso di specifica professionalità o funzionari preposti ad uffici/competenze di particolari aree di rischio.

#### *Compiti*

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

concorrono inoltre con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza a:

- individuare le attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione attraverso la mappatura dei processi, la definizione delle misure di prevenzione e l'attuazione e il monitoraggio delle stesse;
- assicurare, con particolare riguardo alle attività sopra individuate, obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano anticorruzione, relazionando con cadenza annuale circa l'attività svolta;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- individuare specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Collaborano con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza anche:

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

## **5.4 I Dirigenti per l'area di rispettiva competenza**

### *Compiti*

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

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) osservano le misure contenute nel P.T.P.C.;
- f) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge, con diretta responsabilità in caso di omissione o incompletezza dei dati.

## **5.5 L'Organismo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno**

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

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

## **5.6 L'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari**

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

### **5.7 Responsabile aziendale Protezione Dati (R.P.D.)**

A seguito dell'entrata in vigore il 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 “*Relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali ...*” viene adeguato il codice in materia di protezione dei dati personali. Viene tra l'altro prevista la figura del RPD che non deve coincidere con il RPCT come previsto dal PNA, dove è indicato il rapporto di collaborazione interna da costituirsi tra le due figure attinenti i profili relativi alla protezione dei dati personali. E' stato nominato RPD aziendale il Dott. Vito Petrarolo, Responsabile S.S. Privacy, con delibera del Commissario Straordinario n. 218 del 24/05/2018.

### **5.8 Tutti i dipendenti dell'Azienda**

#### *Compiti*

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

#### *Responsabilità*

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

### **5.9 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. Anche il loro coinvolgimento è decisivo per la qualità del

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

## **6. Strumenti di raccordo e coordinamento tra i Soggetti coinvolti nella Strategia di prevenzione**

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

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

## **7. Processo di gestione del rischio**

### **7.1 Mappatura processi**

Al fine di consentire l'emersione delle aree nell'ambito dell'attività dell'intera amministrazione, tenuto conto della dimensione organizzativa e delle risorse disponibili, nel presente piano vengono individuate le aree di rischio che debbono essere presidiate più di altre mediante l'implementazione di misure di prevenzione. A tal fine, per ciascuna area di rischio, sono indicate le misure di prevenzione poste in atto per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi. Tali misure sono state definite in seguito a una mappatura di tutti i processi con il coinvolgimento dei Responsabili delle strutture organizzative. È previsto che la mappatura sia oggetto di revisione annuale da parte di ciascun Responsabile. I contenuti costituiscono apposita documentazione che è il fondamento dell'analisi del rischio nell'ambito delle attività di prevenzione della corruzione.

## **7.2 Aree di rischio**

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

## **7.3 Metodologia utilizzata per la gestione del rischio**

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

- mappatura dei processi attuati dall'amministrazione; la mappatura consiste nell'individuazione del processo, delle sue fasi e delle responsabilità per ciascuna fase;
- valutazione del rischio per ciascun processo; l'attività di valutazione del rischio deve essere fatta per ciascun processo o fase di processo mappato. Per valutazione del rischio si intende il processo di identificazione, analisi, ponderazione del rischio;

- trattamento del rischio; la fase di trattamento del rischio consiste nell'individuazione e valutazione delle misure che debbono essere predisposte per neutralizzare o ridurre il rischio e nella decisione di quali rischi si decide di trattare prioritariamente rispetto agli altri. Al fine di neutralizzare o ridurre il livello di rischio, debbono essere individuate e valutate le misure di prevenzione per migliorare le prassi e renderle maggiormente trasparenti ed efficienti.

## **8. Analisi dei rischi**

Di seguito, si indicano, per ciascuna struttura, le attività dell'ASL che possono presentare particolare rischio di corruzione.

Per ciascun processo sono indicati il responsabile o i responsabili, gli specifici rischi di corruzione, la valutazione del livello di rischio, le misure da porre in essere e le modalità di verifica.

### **8.1 Area Gestione del Personale**

- a. Processo: concorsi e procedure selettive, progressioni di carriera

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: abuso della discrezionalità da parte dei commissari al fine di favorire o sfavorire determinati candidati; comunicazione di informazioni riservate sulle tracce dei concorsi o comunque sullo svolgimento delle procedure

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: redazione e approvazione di un regolamento per le procedure di selezione che preveda, tra l'altro, il sorteggio e la rotazione dei membri di commissione e, eventualmente, la presenza di membri esterni all'amministrazione

Modalità di verifica: controllo da parte dei dirigenti interessati e del RPCT dell'effettiva approvazione del regolamento e della sua messa in atto

### **8.2 Area Gestione Tecnica**

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

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: utilizzo di tecniche finalizzate a restringere la platea dei possibili affidatari

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: inserimento della clausola “per equivalente” e ampliamento della possibile platea

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

- b. Processo: aggiudicazione di lavori e servizi manutentivi

Responsabile: Direttore Area

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: esatta applicazione di tutte le regole per le gare telematiche

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

- c. Processo: rapporti contrattuali

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: elusione delle norme sulle procedure ad evidenza pubblica per l'esecuzione dei lavori e servizi manutentivi

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: analisi e aggregazione delle richieste per assicurare le procedure di pubblica evidenza

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

### **8.3 Area Gestione del Patrimonio**

- a. Processo: definizione oggetto affidamento

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: utilizzo di tecniche finalizzate a restringere la platea dei fornitori

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: inserimento della clausola “per equivalente” e ampliamento della possibile platea

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

b. Processo: procedure di affidamento

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: utilizzo di consulenze e convenzioni non istituzionali per evitare gare di appalto

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: redazione e approvazione di un regolamento per l'affidamento in cui, tra l'altro, sono posti limiti al ricorso all'affidamento diretto

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

c. Processo: aggiudicazione

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: utilizzo difforme del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa al fine di avvantaggiare alcune imprese

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: previsione del divieto che l'estensore del capitolato sia anche componente della relativa commissione; esatta applicazione di tutte le regole per le gare telematiche

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

d. Processo: verifica dell'anomalia dell'offerta

Responsabile: Direttore Area

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: trasmissione dei dati al RPCT

Modalità di verifica: controllo da parte del RPCT

e. Processo: subappalto

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: accordo preventivo tra le ditte per l'esecuzione dei lavori o le forniture

Valutazione del livello di rischio: medio

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

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

f. Processo: rapporti contrattuali

Responsabile: Direttore Area

Rischio specifico: elusione delle norme sulle procedure ad evidenza pubblica per l'esecuzione dei servizi e forniture

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: analisi e aggregazione delle richieste per assicurare le procedure di pubblica evidenza

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

#### **8.4 Area Gestione Risorse Finanziarie**

a. Processo: gestione autorizzazioni di bilancio

Responsabile: Direttore Area

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

Valutazione del livello di rischio: alto

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

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

#### **8.5 Servizio Sistemi Informativi Telematici Aziendali**

a. Processo: affidamento di servizi manutentivi e forniture

Responsabile: Responsabile del Servizio

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: esatta applicazione di tutte le regole per le gare telematiche

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

#### **8.6 Dipartimento Dipendenze Patologiche**

a. Processo: inserimento in processi terapeutici

Responsabile: Direttore Dipartimento

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

Valutazione del livello di rischio: alto

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

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

## **8.7 Distretti Socio-Sanitari**

- a. Processo: erogazione di prestazioni sanitarie

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

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: monitoraggio delle prestazioni

Modalità di verifica: controlli sulle segnalazioni da parte dell'utenza

- b. Processo: attività di sportello al pubblico

Responsabile: dirigenti e preposti agli uffici

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

Valutazione del livello di rischio: basso

Misure da porre in essere: verifiche periodiche

Modalità di verifica: controlli sulle segnalazioni da parte dell'utenza

- c. Processo: verifica delle esenzioni per reddito

Responsabile: Direttore del Distretto e addetti al procedimento

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: controllo sulla corretta esecuzione delle misure dettate dall'Ufficio Recupero Crediti di prestazioni sanitarie

Modalità di verifica: controlli periodici

- d. Processo: gestione della raccolta e dello smaltimento dei rifiuti

Responsabile: coordinatori infermieristici e operatori addetti al servizio

Rischio specifico: mancanza di tracciabilità del ciclo dei rifiuti

Valutazione del livello di rischio: alto

Misure da porre in essere: redazione e approvazione di un protocollo per assicurare la corretta raccolta

Modalità di verifica: controllo sull'effettiva approvazione del protocollo e controlli periodici sull'effettiva messa in atto dello stesso

## **8.8 Area Gestione Servizio Farmaceutico**

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

Responsabile: Direttore Area Gestione Servizio Farmaceutico

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: controlli tecnici da parte di personale terzo esperto sull'effettiva rispondenza ai criteri di appropriatezza prescrittiva dei documenti predisposti

Modalità di verifica: effettivo svolgimento dei controlli

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

Responsabile: Direttore Area Gestione Servizio Farmaceutico

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: controlli tecnici da parte di apposita Commissione Tecnica sulle ricette SSN spedite dalle farmacie convenzionate

Modalità di verifica: effettivo svolgimento dei controlli

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

Responsabile: Direttore Area Gestione Servizio Farmaceutico

Rischio specifico: svolgimento non corretto e imparziale delle attività ispettive

Valutazione del livello di rischio: medio

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

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

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

Responsabile: Direttore Area Gestione Servizio Farmaceutico

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

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: controlli sull'attività istruttoria

Modalità di verifica: effettivo svolgimento dei controlli

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

Responsabile: Direttore Area Gestione Servizio Farmaceutico

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

Valutazione del livello di rischio: medio

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

Modalità di verifica: controlli sulle relazioni prodotte in materia di vigilanza

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

Responsabile: Direttore Area Gestione Servizio Farmaceutico

Rischio specifico: omessa distruzione dovuta di sostanze

Valutazione del livello di rischio: medio

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

Modalità di verifica: controlli sulla documentazione e sui verbali di distruzione

## **8.9 Presidi Ospedalieri**

- a. Processo: procedure di gare

Responsabile: Direttore Amministrativo dei Presidi Ospedalieri

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

Valutazione del livello di rischio: basso

Misure da porre in essere: controlli sull'esatta applicazione di tutte le regole per le gare telematiche

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

## **8.10 UVARP – Unità Valutazione Appropriatezza Ricoveri e Prestazioni**

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

Responsabile: Dirigente Responsabile UVARP

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

Valutazione del livello di rischio: alto

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

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

## **8.11 Area Socio Sanitaria**

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

Responsabile: Direttore Area Socio Sanitaria

Rischio specifico: svolgimento non corretto e imparziale delle attività di convenzionamento e gestione dei rapporti con soggetti privati convenzionati

Valutazione del livello di rischio: medio

Misure da porre in essere: controlli sul possesso dei requisiti per il convenzionamento; controlli sulle attività svolte dai soggetti privati convenzionati

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

## **9 Monitoraggio sull'attuazione delle misure**

Il ciclo di gestione del rischio si conclude e completa con l'attività di monitoraggio, diretta a verificare l'attuazione e l'efficacia della strategia di prevenzione definita nel Piano e delle relative misure. Sono stati definiti in tal senso responsabilità, strumenti, indicatori e tempi di verifica di tale azione, intesa anche a consentire al RPCT di relazionare sui risultati a fine processo. Partecipano a garantire l'attività di monitoraggio, oltre al RPCT, i Referenti (Direttori SS.CC. e Responsabili SS.SS.DD.), l'OIV, l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, la S.S.D. Medicina Legale – Rischio Clinico. Per garantire l'efficace attuazione e l'adeguatezza del Piano e delle relative misure saranno attivati momenti di comunicazione per realizzare un costante processo di monitoraggio, anche finalizzato al riallineamento ed eventuale aggiornamento delle misure previste visto anche il collegamento con il sistema delle performance.

La procedura definita a supporto del monitoraggio costituirà valido strumento di autovalutazione attraverso il quale i diversi soggetti interessati potranno vigilare sull'andamento e sullo stato di avanzamento delle varie fasi del ciclo di gestione del rischio, consentendo interventi di riallineamento anche in linea con le fasi previste dal sistema della performance. Costituiscono ulteriori strumenti di monitoraggio i report annuali riportanti: i dati quantitativi e qualitativi delle segnalazioni e dei procedimenti disciplinari; i dati quantitativi e qualitativi dei contenziosi promossi da e contro l'Azienda aventi ad oggetto fatti di natura corruttiva; i dati quantitativi e qualitativi dei reclami e segnalazioni ricevuti dall'URP; i dati relativi alle segnalazioni di azioni discriminatorie nei confronti dei whistleblower.

## **10 Misure di prevenzione previste**

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

## **10.1 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 in attuazione di quanto previsto dalla normativa in tema di Amministrazione digitale (D.Lgs. 82/2005 e s.m.i.) mediante:

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

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

## **10.2 Codici di comportamento**

L’Art. 54 comma 5 del D.Lgs. 165/2001, come modificato dall’art. 1 comma 44 della Legge 190/2012, ha assegnato al Governo il compito di definire un Codice di comportamento dei pubblici dipendenti “al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell’interesse pubblico”. A seguito di tale delega il Governo ha adottato il D.P.R. n. 62/2013, entrato in vigore il 19.6.2013. L’ASL Taranto, in ossequio a quanto stabilito dal predetto comma 5 art. 54 ed anche dal comma 2 art. 1 del Codice generale (DPR 62/2013) e alle Linee guida ANAC di cui alla delibera n. 358 del 29/03/2017, ha adottato il nuovo Codice

di Comportamento Aziendale con deliberazione n. 199 del 31.01.2017. I Dipendenti dell'ASL sono stati portati a conoscenza del predetto Codice di Comportamento mediante pubblicazione nel sito aziendale alla sezione Amministrazione Trasparente.

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

### **10.3 Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione**

La rotazione del personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione rappresenta una misura di importanza cruciale tra gli strumenti di prevenzione della corruzione. L'alternanza tra più professionisti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure, infatti, riduce il rischio dell'instaurarsi di relazioni particolari tra amministrazioni, utenti e soprattutto controparti contrattuali, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio e il possibile ingenerarsi di aspettative a risposte di favore, se non addirittura improntate a collusione o illegali. La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, co. 5, lett. b) della l. 190/2012.

La rotazione del personale è altresì prevista nell'ambito delle misure gestionali proprie del dirigente. Infatti, l'art. 16, comma 1, lett. l quater, del D. Lgs. n. 165/2001 prevede che i dirigenti dispongano, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva. L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. In tale prospettiva, l'Azienda cura la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne.

Il PNA 2018 ha ribadito l'importanza di questa misura di prevenzione e della necessità di compiere un'adeguata programmazione della disciplina della rotazione e dei criteri di applicazione della stessa, pur tenendo conto dei condizionamenti nell'applicazione della rotazione, quello della cosiddetta infungibilità, derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento. Sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce

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

Ad ogni modo, appare opportuno prevedere una predisposizione e una valutazione da parte dell'Area Gestione del Personale delle modalità di rotazione degli incarichi, con particolare riferimento alle attività ad alto rischio, garantendo comunque il principio di continuità dell'azione amministrativa. Possono essere individuati meccanismi mirati di rotazione per il personale sanitario non medico impiegato in attività di programmazione delle visite e/o delle liste di attesa per ricoveri o interventi, ovvero a costante contatto con l'utenza ovvero ancora in ambito libero-professionale intramoenia.

Il PNA definisce la formazione quale misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione. In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo. Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

#### **10.4 Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse**

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

o meno) del titolare dell'interesse, che potrebbe porsi in conflitto con l'interesse perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse di cui sono portatori il destinatario del provvedimento, gli altri interessati e contro interessati.

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

### **10.5 Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali**

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale. La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso. Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi. Per questi motivi, la L. n. 190/2012 regola il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001, in particolare prevedendo che:

- degli appositi regolamenti adottati su proposta del Ministro per la pubblica amministrazione e la semplificazione, di concerto con i Ministri interessati, ai sensi dell'art. 17, comma 2, della L. n. 400 del 1988, debbano individuare, secondo criteri differenziati in rapporto alle diverse qualifiche e ruoli professionali, gli incarichi vietati ai dipendenti delle amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001;

- le amministrazioni adottino dei criteri generali per disciplinare i criteri di conferimento e i criteri di autorizzazione degli incarichi extra-istituzionali; infatti, l'art. 53, comma 5, del D. Lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L. n. 190/ 2012, prevede che *“In ogni caso, il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione pubblica diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgono attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente”*.

#### **10.6 Inconferibilità ed Incompatibilità degli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario**

L'ANAC, con delibera 149 del 22/12/2014, a seguito di osservazioni formulate da alcune amministrazioni, ha fornito un'interpretazione ed applicazione del D. Lgs. n. 39/2013, recante disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico. La disposizione prevede che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art.1, commi 49 e 50 della legge 6/11/2012 n. 190 e dagli artt. 5,8,10 e14 del decreto legislativo n. 39/2013.

#### **10.7 Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors)**

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

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

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

I "dipendenti" interessati sono coloro che per il ruolo e la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs. n. 163/2006). I predetti soggetti nel triennio successivo alla cessazione del rapporto con l'amministrazione, qualunque sia la causa di cessazione (e quindi anche in caso di collocamento in quiescenza per raggiungimento dei requisiti di accesso alla pensione), non possono avere alcun rapporto di lavoro autonomo o subordinato con i soggetti privati che sono stati destinatari di provvedimenti, contratti o accordi.

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

- sanzioni sull'atto: i contratti di lavoro conclusi e gli incarichi conferiti in violazione del divieto sono nulli;

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

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

- il Direttore dell'Area Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale e nei contratti di conferimento di incarichi dirigenziali sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

- i Direttori e i Dirigenti Responsabili delle strutture che si occupano degli approvvigionamenti di beni, servizi e lavori sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto; all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;

- è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente.

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

La L. n. 190/2012 – in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione – ha 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. La norma in particolare prevede:

“1. Coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:

- non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;

- non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;

- non possono fare parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

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

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

- all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;

- all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del D.Lgs. n. 39/2013;

- all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del D.Lgs. n. 165/2001;

– 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. Se all’esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l’Azienda:

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

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

### **10.9 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower)**

Fuori dei casi di responsabilità a titolo di calunnia o diffamazione, ovvero per lo stesso titolo ai sensi dell’articolo 2043 del codice civile, il dipendente che denuncia all’autorità Giudiziaria o alla Corte dei Conti, ovvero riferisce al proprio superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla denuncia. Il comma 2 dell’art. 54-bis del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. così recita: *“Nell’ambito del procedimento disciplinare, l’identità del segnalante non può essere rivelata, senza il suo consenso, sempre che la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione. Qualora la contestazione sia fondata, in tutto o in parte, sulla segnalazione, l’identità può essere rivelata ove la sua conoscenza sia assolutamente indispensabile per la difesa dell’incolpato”*.

Inoltre, la Legge n. 179 del 30 novembre 2017 “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”, all’art.1, comma 3 dispone: “l’identità del segnalante non può essere rilevata. Nell’ambito del procedimento penale, l’identità del segnalante è coperta dal segreto nei modi e nei limiti previsti dall’art. 329 del Codice di procedura penale.” “nell’ambito del procedimento dinanzi alla Corte dei Conti, l’identità del segnalante non può essere rivelata fino

alla chiusura della fase istruttoria...” “Nell’ambito del procedimento disciplinare l’identità del segnalante non può essere rivelata ove la contestazione dell’addebito disciplinare sia fondata su accertamenti distinti e ulteriori rispetto alla segnalazione anche se conseguenti alla stessa”. La stessa norma prevede che la denuncia sia sottratta all’accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.

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

L’art. 2, comma 1 della Legge 179/2017 prevede che all’art.6 del D. Lgs. 8 giugno 2001, n.231, dopo il comma 2 siano inseriti i seguenti: comma 2 bis lettera c): il divieto di atti di ritorsione o discriminatori, diretti o indiretti, nei confronti del segnalante per motivi collegati, direttamente o indirettamente, alla segnalazione. L’art. 2, comma 1 della Legge 179/2017 prevede che all’art.6 del D. Lgs. 8 giugno 2001, n.231, dopo il comma 2 ter prevede che l’adozione di misure discriminatorie nei confronti dei soggetti che effettuano le segnalazioni di cui al comma 2 bis può essere denunciata all’Ispettorato Nazionale del Lavoro per i provvedimenti di propria competenza, oltre che dal segnalante, anche dall’Organizzazione sindacale indicata dal medesimo.

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

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

In tal caso, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza valuta la sussistenza degli elementi per effettuare la segnalazione di quanto accaduto:

- al dirigente sovraordinato del dipendente che ha operato la discriminazione. Il dirigente valuta tempestivamente l'opportunità/necessità di adottare atti o provvedimenti per ripristinare la situazione e/o per rimediare agli effetti negativi della discriminazione in via amministrativa e la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;

- all'Ufficio Procedimenti Disciplinari. Quest'ultimo, per i procedimenti di propria competenza, valuta la sussistenza degli estremi per avviare il procedimento disciplinare nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione;

- alla Struttura Burocratica Legale. Quest'ultima Struttura valuta, congiuntamente al Direttore Generale, la sussistenza degli estremi per esercitare in giudizio l'azione di risarcimento per lesione dell'immagine dell'ASL;

- all'Ispettorato della funzione pubblica con specifica richiesta di valutare la necessità di avviare un'ispezione al fine di acquisire ulteriori elementi per le successive determinazioni.

Il dipendente può, altresì, dare notizia dell'avvenuta discriminazione all'organizzazione sindacale alla quale aderisce o ad una delle organizzazioni sindacali rappresentative presenti nell'Azienda affinché l'organizzazione sindacale riferisca della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Può, inoltre, dare notizia dell'avvenuta discriminazione al Comitato Unico di Garanzia. Il Presidente del C.U.G. è, in tal caso, tenuto a riferire della situazione di discriminazione all'Ispettorato della funzione pubblica se la segnalazione non è stata effettuata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Può, infine, agire in giudizio nei confronti del dipendente che ha operato la discriminazione e dell'Azienda per ottenere:

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

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

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

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

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

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

Le segnalazioni che rientrano in questa fattispecie possono, invece, riguardare azioni o commissioni, commesse o tentate: penalmente rilevanti; poste in essere in violazione del Codice di Comportamento dei Dipendenti; suscettibili di arrecare un danno patrimoniale all'ASL Taranto o ad altri soggetti; suscettibili di arrecare pregiudizio all'immagine dell'ASL Taranto; suscettibile di arrecare un danno alla salute o alla sicurezza dei dipendenti o degli utenti.

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

#### **10.10 Controlli sull’attività libero professionale**

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

#### **10.11 La formazione**

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

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

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

Per il triennio 2019-2021 l'Azienda intende programmare attività di formazione/aggiornamento indirizzata ai Direttori di Struttura e Referenti delle strutture ad alto rischio, nonché ai neoassunti. Le attività formative verteranno su: normativa in materia di trasparenza e integrità, anticorruzione, reati contro la pubblica amministrazione, codici disciplinari, Codice di Comportamento, normativa per la disciplina dell'attività in libera professione intramuraria.

## **11. Trasparenza**

La trasparenza costituisce misura di prevenzione trasversale a tutte le aree a maggior rischio individuate dal presente P.T.P.C. e coinvolge tutti i processi aziendali, essendo strettamente correlata agli obblighi di informazione legislativamente previsti e alla pubblica conoscenza in ordine ai procedimenti amministrativi, ai rispettivi responsabili e relative tempistiche.

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

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

### **11.1 Referenti per la trasparenza e adempimento degli obblighi di pubblicazione**

Al fine di assicurare il conseguimento degli obiettivi di trasparenza previsti dalla normativa vigente è designato quale referente del procedimento nonché coordinatore delle relative iniziative e del flusso delle informazioni, tra le strutture responsabili dei processi sanitari

amministrativi e tecnici di cui è richiesta la conoscenza dei dati ed il monitoraggio in materia di trasparenza, il dirigente della S.S.D. Comunicazione e Informazione Istituzionale (Delibera n. 1396 del 12.12.2013).

Al Dirigente della S.S.D. Comunicazione ed Informazione Istituzionale spetta la conoscenza dei dati di competenza e la gestione sul sito internet aziendale, secondo quanto stabilito dal Regolamento Aziendale. La pubblicazione è normata attraverso un regolamento aziendale con attribuzione di ruoli per redattore di struttura e responsabile.

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

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

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

## **11.2 Descrizione del processo di coinvolgimento degli stakeholders.**

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

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

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

Al fine di assicurare la piena diffusione delle iniziative in materia di trasparenza e integrità avviate dalla Struttura di Comunicazione Informazione Istituzionale, saranno indette delle giornate della trasparenza per la presentazione del presente Piano.

### **11.3 Rispetto della privacy nelle pubblicazioni sul sito istituzionale ASL Taranto.**

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

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

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

### **11.4 Organo Indipendente di Valutazione (OIV) in materia di trasparenza**

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

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

La connessione fra gli obiettivi e le misure di trasparenza trova conferma nel D.Lgs. 33/2013, ove si è affermato che la promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un obiettivo strategico di ogni amministrazione (art.10): “L'OIV è tenuto a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel Piano delle performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione e delle performance (art.44)”. L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza, è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il RPCT segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43).

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

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

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

A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art. 6, nel novellare l'art. 5 del D.Lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla

titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalla pubblica amministrazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela degli interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

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

### **11.5 Trasparenza ed accesso**

Nell'articolo 2 del D.Lgs. 97/2016 si sottolinea il carattere radicalmente innovativo della disposizione: nella nozione di trasparenza viene incluso anche l'accesso ai "dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa". Come si vede, si ampliano in misura elevata gli spazi del diritto di accesso. Sono strettamente connesse le modifiche introdotte dall'art. 3, che fissano il principio della "libertà di accesso a chiunque ai dati ed ai documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni e le modalità per la loro realizzazione" ne sono lo strumento operativo ovvero, per riprendere la terminologia del provvedimento, il "tramite". Analogamente l'articolo 4 afferma il carattere pubblico dei dati e delle informazioni oggetto di "accesso civico".

### **11.6 Accesso Civico**

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

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

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

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

In modo molto preciso la disposizione individua le modalità operative. In primo luogo, la domanda può essere presentata ad uno dei seguenti 4 soggetti:

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

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

Ed ancora, l'amministrazione può richiedere solamente il "rimborso del costo effettivamente sostenuto e documentato dall'amministrazione per la riproduzione su supporti materiali" il che limita la stessa possibilità di chiedere il rimborso delle spese sostenute per il trattamento economico del personale utilizzato. Ed inoltre viene previsto l'obbligo di dare preventiva

informazione ai soggetti controinteressati, che entro 10 giorni possono opporsi al diritto di accesso. Spetta all'amministrazione, in tal caso, pronunciarsi. Il procedimento civico si deve comunque concludere entro 30 giorni dalla presentazione della richiesta; nel caso di risposta positiva occorre dare informazione al contro interessato.

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

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

- Sicurezza pubblica e ordine pubblico;
  - Sicurezza nazionale;
  - Relazioni internazionali;
  - Difesa e questioni militari;
  - Politica e stabilità finanziaria ed economica dello Stato;
  - Conduzione di indagini sui reati e il loro perseguimento;
  - Regolare svolgimento di attività ispettive;
  - Nei casi di segreto di Stato e di divieto di pubblicità;
  - In ragione della necessità di “evitare un pregiudizio concreto alla tutela di uno dei seguenti interessi privati
- a) protezione dei dati personali
  - b) libertà e segretezza della corrispondenza
  - c) interessi economici e commerciali di una persona fisica o giuridica ivi compresi la proprietà intellettuale, il diritto d'autore e dei segreti commerciali”.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

presenza di contro interessati per l'accesso generalizzato. L'accesso generalizzato si delinea come affatto autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione e come espressione, invece, di una libertà che incontra, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5 bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni (art. 5 bis, comma 3).

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

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

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

L'istanza va inviata attraverso:

- mail: indirizzo mail dell'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure [urp@asl.taranto.it](mailto:urp@asl.taranto.it);
- pec: indirizzo pec dell'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure [urp.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it](mailto:urp.asl.taranto@pec.rupar.puglia.it);
- posta ordinaria: indirizzo dell'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure URP – ASL TA, Via Bruno, 1 – Padiglione Vinci – 74121 Taranto;

- a mano, presso l'ufficio che detiene i dati o i documenti, oppure presso l'URP (Ospedale SS. Annunziata – Padiglione Vinci, Via Bruno 1 – Taranto) nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,30, il martedì e il giovedì dalle 15,00 alle 17,00

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

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

- mail: [trasparenza@asl.taranto.it](mailto:trasparenza@asl.taranto.it);

- posta ordinaria: Responsabile della Trasparenza ASL TA c/o URP – ASL TA, Via Bruno, 1 – Padiglione Vinci – 74121 Taranto

- a mano, presso l'URP (Ospedale SS. Annunziata – Padiglione Vinci, Via Bruno 1 – Taranto) nei seguenti orari: dal lunedì al venerdì dalle 8,30 alle 13,30, il martedì e il giovedì dalle 15,00 alle 17,00

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

## **12. Monitoraggio anticorruzione**

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

Il Piano ASL Taranto attualmente in vigore prevede un monitoraggio quadrimestrale, a cura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, a partire da giugno 2019, eseguendo un'analisi dei dati forniti dai dirigenti e responsabili delle aree e degli uffici indicati come a rischio corruzione, come individuati nel paragrafo relativo all'analisi dei rischi.

### **12.1 Modalità di svolgimento del monitoraggio. Le relazioni dei dirigenti**

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

Pertanto, saranno proposti modelli di relazione strutturata, che il RPCT provvederà a somministrare con cadenza semestrale ai dirigenti preposti ad aree a rischio corruzione, che li restituiranno debitamente compilati; attraverso tali questionari/relazioni saranno raccolte le informazioni relative alle misure e alle attività di prevenzione.

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

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

In sintesi, la relazione dovrà contenere almeno:

- 1) indicazioni sulla struttura: breve descrizione della struttura, con riferimento a funzioni, posizione nell'organigramma, personale assegnato, evidenziando gli eventi significativi del periodo di monitoraggio (lasso di tempo trascorso dal precedente monitoraggio), in particolare quelli che hanno comportato modifiche nell'organizzazione e nelle mansioni della struttura;
- 2) studio di ciascuno dei rischi individuati nella struttura dal PTA; per ognuno vengono descritti gli eventi, collegati alla categoria di rischio, verificatisi ed evitati, e il comportamento e le misure assunte dalla struttura in tali circostanze;
- 3) misure di prevenzione previste per la struttura dal PTA: si dovrà indicare se e come tali misure sono state adottate, eventuali problematiche e resistenze emerse nella messa in atto delle stesse, effetti delle stesse, ecc.; in caso di mancata o difforme o inadeguata adozione di una misura, si dovrà darne motivazione;
- 4) indicatori di risultato indicati nel PTA: si dà conto di tali risultati; in caso di mancato raggiungimento dei risultati previsti dagli indicatori, se ne forniscono le motivazioni, o almeno ipotesi sulle stesse;
- 5) eventi rilevanti sotto il profilo della corruzione e della legalità verificatisi ma non previsti dal PTA: vengono segnalati e descritti;
- 6) misure e provvedimenti per il contrasto della corruzione e dell'illegalità, adottati ma non previsti dal PTA: vengono descritte, con riferimento anche alla loro efficacia; queste misure,

come gli eventi indicati nel punto precedente, sono presi in considerazione dal RPCT per l'aggiornamento del PTA;

- 7) proposte di modifiche del PTA, relativamente alla sezione riguardante la propria struttura; le modifiche possono riguardare i rischi o il loro livello, le misure di prevenzione e gli indicatori;
- 8) esiti del monitoraggio dei tempi procedurali di cui all'art. 1, co. 9, lett. e) della L. 190/2012; in caso di mancato rispetto dei tempi procedurali, il dirigente ne indica le motivazioni; inoltre, indica se e quali misure ha messo in atto per ridurre i tempi procedurali.

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

## **12.2 Modalità di svolgimento del monitoraggio. L'attività del RPCT**

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

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

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

Vanno in particolare citati:

- 1) Controllo sulla conformità alla normativa anticorruzione e al codice di comportamento dei bandi di gara e nei contratti di acquisizione di beni, servizi e affidamento lavori. Si deve controllare, in particolare, che nei bandi e nei contratti sia inserita una clausola di rispetto del codice di comportamento. Inoltre, si deve verificare l'effettivo inserimento, nei contratti e nei bandi di gara o affidamenti, di una clausola rispondente a quanto disposto dall'art. 1, co. 42, lett. 1, della L. 190/2012, ossia il divieto, per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PP.AA., di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della P.A. svolta attraverso i medesimi poteri (cd. *pantouflage*). In relazione a specifiche procedure (per esempio: approvvigionamenti di farmaci), il controllo riguarda anche il rispetto della normativa specifica e/o dei relativi protocolli aziendali.

- 2) Controllo sulla conformità alla normativa anticorruzione dei bandi di concorso per la selezione di personale (compresi bandi di mobilità).

3) Controllo sui rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione. I controlli di questa categoria, disposti dall'art. 1, co. 9, lett. e) della L. 190/2012, vengono effettuati dal RPC chiedendo informazioni e documenti in caso di ipotesi di sussistenza di rapporti di questo tipo che possano influenzare l'azione amministrativa, sulla base di denunce, segnalazioni e notizie di qualunque provenienza. In modalità analoghe, il RPCT verifica le eventuali ipotesi dei rapporti di collaborazione con soggetti privati, di cui nell'art. 6 del D.P.R. 62/2013, di cui i dipendenti interessati non abbiano informato il dirigente dell'ufficio a norma dello stesso articolo.

4) Controlli sugli incarichi all'esterno. Nello specifico, i controlli concernono l'adeguatezza della motivazione della scelta di conferire incarichi all'esterno, e l'esistenza di rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti di collaborazione o consulenza o di incarico professionale di qualsiasi genere; per svolgere i controlli di quest'ultimo tipo, il RPCT può verificare eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari di incarico e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione, e la possibile rilevanza di tali relazioni nell'affidamento di incarichi.

5) Controllo sulle autocertificazioni dei dirigenti rilasciate ai sensi dell'art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 (assenza di condanne, anche con sentenze non passate in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, per membri di commissioni e per assegnati a uffici specifici).

6) Controllo sulle autocertificazioni dei dirigenti circa l'assenza di cause di inconferibilità e incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013. A norma dell'art. 7 del vigente Piano Anticorruzione, il RPCT trasmette i moduli di dichiarazione ai dirigenti, che dovranno restituirli debitamente compilati.

7) Controllo sugli incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti. Il RPCT controlla la regolarità delle autorizzazioni e, anche a campione, accerta l'assenza di conflitti di interessi tra le attività istituzionali e quelle esterne autorizzate. Dà conto, inoltre, dell'eventuale emersione di attività non autorizzate e delle conseguenti misure adottate.

8) Eventuali controlli su prescrizioni di farmaci da parte dei medici di famiglia, ulteriori a quelli automatizzati sul sistema informativo SIST.

9) Eventuali controlli sull'attività conseguente ai decessi intraospedalieri. In particolare, occorre verificare le eventuali relazioni da parte di dipendenti e dirigenti con imprese di onoranze funebri.

### **12.3 Modalità di svolgimento del monitoraggio. La relazione finale del RPCT**

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

Tale relazione contiene, in particolare:

- a. focus sulle singole strutture a rischio corruzione, a partire dalle relazioni dei dirigenti, di cui al par. 2, eventualmente completate con precisazioni, pareri, informazioni sugli accertamenti e altre informazioni a cura del RPCT;
- b. esiti dei controlli di cui al par. 3 e sulle altre attività svolte dal RPCT;
- c. informazioni su altre misure previste dal PTA, di livello generale o comunque non di competenza del RPCT.

### **13. Disposizioni finali**

Per quanto non espressamente previsto dal presente Piano trovano applicazione le norme dettate dalla Legge 190/2012. Il presente Piano verrà adeguato inoltre alle indicazioni che verranno fornite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con successivi atti di indirizzo.