



**REGIONE PUGLIA**  
Azienda Ospedaliero - Universitaria  
Consorziale Policlinico di Bari



---

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE**  
**DELLA CORRUZIONE E**  
**DELLA TRASPARENZA**  
**2019 - 2021**

*Responsabile Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza*  
*Dr. Pasquale Cassese*

**31/01/2019**



## SOMMARIO

<b>1. Aspetti generali.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1 Premessa.....</b>	<b>7</b>
<b>1.2 Situazione dell'anno 2017.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Prospettive.....</b>	<b>9</b>
<b>2. Analisi del contesto. Contesto interno.....</b>	<b>10</b>
<b>2.1 Situazione strutturale.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2 Centri di eccellenza e riferimento nel territorio.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3 Telemedicina e telecardiologia.....</b>	<b>12</b>
<b>2.4 Conclusioni.....</b>	<b>13</b>
<b>3. Analisi del contesto. Contesto esterno.....</b>	<b>14</b>
<b>3.1 Situazione ambientale.....</b>	<b>14</b>
<b>3.2 Stato dell'ordine e della sicurezza in ambito provinciale.....</b>	<b>14</b>
<b>3.3 Rete Ospedaliera Pugliese.....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 Conclusioni.....</b>	<b>16</b>
<b>4. Mappatura dei processi.....</b>	<b>18</b>
<b>4.1 Procedure attualmente definite.....</b>	<b>18</b>
<b>4.2 La valutazione del rischio.....</b>	<b>20</b>
<b>4.3 La graduazione del rischio di corruzione.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Nuove dinamiche per integrazioni e revisioni delle procedure e mappature del rischio.....</b>	<b>20</b>
<b>4.5 Aggiornamento dell'analisi dei procedimenti.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6 Le misure per la valutazione del rischio.....</b>	<b>24</b>
<b>5. Obiettivi.....</b>	<b>26</b>
<b>5.1 Obiettivi possibili per il triennio 2019/2021 e loro monitoraggio.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2 Il Piano della performance.....</b>	<b>27</b>
<b>6. Il codice di comportamento aziendale.....</b>	<b>27</b>
<b>7. Conflitti di interessi, inconfiribilità ed incompatibilità.....</b>	<b>29</b>

7.1	<i>Nuove linee per le dichiarazioni di interessi</i> .....	29
7.2	<i>Soggetti obbligati alle dichiarazioni</i> .....	29
7.3	<i>Modulistica e compilazione on line</i> .....	30
8.	<i>Il pantoflage</i> .....	32
8.1	<i>Definizione e normativa</i> .....	32
8.2	<i>Ambito di applicazione</i> .....	33
8.3	<i>Esercizio dei poteri autoritativi e negoziali</i> .....	33
8.4	<i>Le sanzioni</i> .....	34
8.5	<i>Interventi del RPCT dell'Azienda</i> .....	35
9.	<i>Whistleblowing</i> .....	35
9.1	<i>La normativa</i> .....	35
9.2	<i>Le procedure</i> .....	36
10.	<i>Rotazione del Personale</i> .....	39
11.	<i>Referenti per la Prevenzione della Corruzione</i> .....	42
12.	<i>Conferma del Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante</i> .....	43
13.	<i>Formazione</i> .....	44
13.1	<i>Considerazioni</i> .....	44
13.2	<i>Piano formativo Anticorruzione per l'anno 2019</i> .....	45
13.3	<i>Piano formativo Anticorruzione per l'anno 2019</i> .....	46
14.	<i>Piano della Trasparenza</i> .....	48
14.1	<i>Situazione del 2018</i> .....	48
14.2	<i>Legenda dei settori di competenza e Responsabili</i> .....	49
14.3	<i>Gli obblighi di pubblicità</i> .....	50
14.4	<i>Programmazione per il Piano della Trasparenza</i> .....	69
15.	<i>Accesso civico, l'accesso documentale e nuovi risvolti normativi</i> .....	70
16.	<i>La protezione dei dati personali e le azioni conseguenti</i> .....	72
16.1	<i>Aspetti generali</i> .....	72
16.2	<i>Attività avviate</i> .....	73

<b>16.3 Piano operativo per il 2019 .....</b>	<b>75</b>
<b>17. Aree a rischio specifiche nella sanità.....</b>	<b>80</b>
<b>17.1 Attività libero professionale e liste di attesa.....</b>	<b>80</b>
<b>17.2 Sperimentazioni cliniche .....</b>	<b>81</b>
<b>17.3 Regolamento percorso salme.....</b>	<b>83</b>
<b>18. Il comodato d'uso e la valutazione di prova .....</b>	<b>83</b>
<b>19. I Regolamenti aziendali.....</b>	<b>85</b>
<b>19.1 Regolamenti in materia Organizzativa .....</b>	<b>85</b>
<b>19.2 Regolamenti in materia Gestione Personale.....</b>	<b>86</b>
<b>19.3 I Regolamenti aziendali da programmare per il triennio 2019-21 .....</b>	<b>87</b>
<b>20. Cronoprogramma delle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2019 .....</b>	<b>88</b>
<b>21. Sanitaservice Policlinico Bari S.r.l.....</b>	<b>89</b>
<b>22. Disposizioni finali .....</b>	<b>89</b>



## 1. Aspetti generali

### 1.1 Premessa

L'ANAC, con l'aggiornamento del Piano Nazionale Anticorruzione 2018, ha affrontato approfondimenti di una serie di argomentazioni relative ai ruoli ed ai poteri del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, ribadendone i requisiti necessari per la nomina ed i criteri di scelta, già trattati ed evidenziati negli anni pregressi, al fine di sottolineare il rilievo che questa figura debba assumere nella organizzazione aziendale e la necessità che abbia un coinvolgimento attivo anche nella definizione degli obiettivi di performance.

A scopo di tutela dell'incarico di RPCT sono state ben delineate le indicazioni dei limiti previsti per la sua revoca.

Nella parte generale l'aggiornamento PNA 2018 ha accentrato l'attenzione sulle problematiche di pantouflage e rotazione, di cui si tratterà in appositi capitoli del presente Piano.

Le parti speciali, anche per quest'anno, non sono caratterizzate da tematiche d'interesse di questa Azienda (rivolte essenzialmente alle Agenzie fiscali, la Gestione dei rifiuti e la semplificazione per i piccoli Comuni).

Va sottolineato, ad ogni buon conto, che la maggior parte delle problematiche attinenti al settore sanitario è stata abbondantemente trattata nel corso dei precedenti anni sin dalla presentazione del Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 ed i successivi aggiornamenti intervenuti nel 2015, 2016 e 2017, evidenze che sono state affrontate nei precedenti PTPCT.

Quest'anno, pur non avendolo tra le misure obbligatorie da programmare, si ritiene di dover avviare anche un capitolo integrato relativo ai programmi e le criticità che dovranno essere definiti in tema di privacy, in considerazione della presenza collaterale nella recente gestione aziendale con i temi ed gli obblighi di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che talvolta si sfiorano e si intersecano nel loro processo evolutivo aziendale,

tanto da far decidere la Direzione Strategica dell'Azienda di far convergere entrambi gli Uffici all'interno della Unità di Affari Generali.

Il processo di adeguamento costante delle disposizioni sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza va gradualmente crescendo sin dal primo Piano Triennale 2014/2016 e deve seguire un percorso che, in tendenza, dovrà convergere verso un pieno e assoluto allineamento alle esigenze dettate dalla norma.

La presenza di una nuova risorsa all'interno dell'Ufficio Anticorruzione pone le premesse per uno studio di rilevazioni di analisi di processi maggiormente monitorato, puntando ad una riduzione di tempi di realizzazione degli obiettivi a medio termine con un investimento informatico.

Ad ogni modo nel presente piano si pongono in essere obiettivi da sviluppare nel breve periodo per l'anno in corso e nella prospettiva del medio termine sino al 2020, rivedendo nel contempo, gli obiettivi parzialmente raggiunti a causa di ritardi per dinamiche organizzative aziendali, come già indicato dalla relazione esposta dal RPCT alla Direzione Strategica con nota Prot. 1174 dell'08/01/2018.

## **1.2**     *Situazione dell'anno 2018*

Nel corso del 2018 sono stati indicati gli obiettivi di previsione della corruzione e di trasparenza alla Direzione Aziendale al fine di dare indirizzi nelle strategie per la performance.

L'Azienda è stata oggetto di una movimentata situazione di governo, avendo avuto un Commissario Straordinario ad acta, Dott. Giancarlo Ruscitti, sino alla nomina dell'attuale Direttore Generale, Dott. Giovanni Migliore, dalla data di insediamento avvenuta l'11/09/2018 (Deliberazione DG n. 1533/2018). Si è, inoltre, avuto nel mese di febbraio un avvicendamento delle figure di vertice quali il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario. Tutto questo non può chiaramente non aver influenzato la programmazione di inizio anno.

Tanto è stato realizzato, comunque, nel corso dell'anno, lasciando alcuni spunti per una continuità nel presente Piano. Ciò si evidenzia soprattutto nella costruzione di linee di regolamentazioni, anche se non sono stati aggiornati lo studio e l'analisi dei processi amministrativi a rischio ormai risalenti al 2014, cui dettagli maggiormente si tratteranno in avanti in questo documento.

Come già più volte sottolineato le fasi di messa a regime delle linee indicate dalla Legge 190/2012 e, di conseguenza, dall'ANAC necessitano di tempi medi, anche in considerazione delle difficoltà operative di assenza di una struttura aziendale interamente dedicata alla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

### **1.3** *Prospettive*

Nella programmazione aziendale assumono rilievo le operazioni di scorporo dello stabilimento pediatrico "Giovanni XXIII" dal Presidio Policlinico, a seguito delle decisioni prese dalla Regione Puglia, al fine di creare un nuovo soggetto giuridico rappresentante una struttura di un Polo Pediatrico Centrale con autonomia patrimoniale e gestione. A tale scopo è stata nominata dalla stessa Regione Puglia la Dott.ssa Baccalin come subcommissario deputata alla supervisione ed al coordinamento della predisposizione di tutti i conseguenti adempimenti organizzativi, giuridici, tecnici e burocratici.

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

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

Per tutto questo, nella programmazione del triennio, si tenderà a rendere un piano orientativo che, segua nel medio termine, risultati di efficienza ed efficacia in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, superando i gap ad oggi riscontrati.

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

### **2.1 Situazione strutturale.**

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

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

L'Azienda è attualmente costituita da due stabilimenti :

- Policlinico
- Ospedale Pediatrico "Giovanni XXIII"

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

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

Per quanto riguarda l'assetto organizzativo aziendale, questo si fonda sulla multidisciplinarietà e multi-professionalità, mirando al miglioramento delle competenze professionali, tecnico scientifiche e gestionali.

Il Dipartimento rappresenta lo strumento organizzativo di gestione, garante delle funzioni di governo clinico dei percorsi assistenziali (PDTA) e della tutela della salute collettiva. E' costituito da strutture omogenee, affini e complementari che perseguono comuni finalità tra loro indipendenti, mantenendo la propria autonomia e responsabilità riguardo gli aspetti assistenziali, ma organizzato come centro di responsabilità e di costo in modo da garantire unitarietà della gestione.

Il Dipartimento di Assistenza Integrata (DAI), è costituito da strutture complesse e strutture semplici, per l'utilizzo ottimale delle risorse umane e strumentali, destinate all'assistenza e per il coordinamento dell'attività assistenziale, di formazione e di ricerca proprie dell'area, nel rispetto delle competenze previste dall'ordinamento del Servizio Sanitario e dall'ordinamento universitario.

A ciascun DAI afferisce il personale universitario conferito in convenzione ed il personale del servizio sanitario, assegnato alle strutture da cui è costituito.

Le strutture complesse rappresentano l'articolazione interna del DAI. Ciascuna struttura complessa fa parte di un solo DAI e possiede autonomia tecnico professionale e gestionale-organizzativa, limitatamente alle risorse assegnate.

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

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

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

## **2.2 Centri di eccellenza e riferimento nel territorio**

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

Già maggior Presidio di Pronto Soccorso del territorio metropolitano, l'Azienda contiene la Centrale operativa e di coordinamento del Servizio Regionale 118.

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

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

Con esse vanno aggiunte le ricerche e specialistiche relative a numerose tipologie di malattie rare.

## **2.3 Telemedicina e telecardiologia**

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

In relazione a tale progetto, si determina la pianificazione per un lavoro di graduale deospedalizzazione con assistenza domiciliare, sulla base di controlli in remoto, con strumen-

ti web, al fine di agire in primis sulla prevenzione e quindi sulla diagnosi e cura di tipologie croniche.

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

## **2.4 Conclusioni**

La attuale Direzione strategica è alle prese con la revisione dell’*Atto Aziendale* adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 1878 del 28/12/2016 e Deliberazione DG n. 1879 in pari data, relativa alla ridefinizione delle strutture aziendali, dai quali risultati potrebbero verificarsi alcune modifiche dell’impianto organizzativo esistente al 2018, come ad esempio un nuovo Ufficio di staff competente in materia di Facility Management.

Il previsto spin off del Polo Pediatrico, come già accennato, determinerà dei radicali cambiamenti non solo strutturali ed organizzativi, ma, evidentemente, anche della gestione del personale, dovendo attuarsi una attenta redistribuzione del personale amministrativo e sanitario, con il monitoraggio dei relativi organi regionali.

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

#### **3.1 Situazione ambientale**

Come già sottolineato nei Piani precedenti, ed evidenziato dall'ANAC nella determinazione 12/2015, il settore sanitario è esposto a rischi specifici, in considerazione dell'entità delle risorse gestite, delle particolari dinamiche che si instaurano tra professionisti sanitari, utenti, fornitori di prodotti sanitari (grandi attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci) per le relazioni tra attività istituzionali e attività libero professionali dei dirigenti sanitari.

La prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio è l'analisi dell'impatto esterno relativamente all'ambiente in cui esso opera, in termini di variabili territoriali di tipo culturale, criminologico, sociale ed economico.

Gli effetti prodotti, quindi, rappresentano i rischi di conseguenti fenomeni corruttivi che si potrebbero ripercuotere all'interno del sistema aziendale.

A tale proposito rileviamo alcune delle componenti esterne che vanno ad incidere.

#### **3.2 Stato dell'ordine e della sicurezza in ambito provinciale**

Con riferimento al contesto della sicurezza pubblica nel quale quest'Azienda svolge le proprie funzioni istituzionali, si riporta un estratto dell'ultima Relazione del Ministero dell'Interno sull'Attività delle Forze di Polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica, presentato al Parlamento e pubblicato sul sito della Camera dei Deputati (Anno 2014):

*“La criminalità organizzata della provincia, in modo particolare nel capoluogo, continua ad essere caratterizzata dalla presenza di confederazioni di clan, connotati dal legame parentale, al cui interno svolgono ruoli di primo piano anche soggetti minori. La mancanza di un vertice comune ed aggregante, capace di impartire direttive univoche, provoca una continua scomposizione e ricomposizione dei nuovi gruppi fluttuanti, i quali, avendo come unico ele-*

*mento unificante il profitto, interagiscono anche con le altre organizzazioni criminali italiane e straniere.*

*Recentemente si è registrata una violenta escalation delittuosa, sulla spinta di gruppi criminali minori per la spartizione delle competenze criminali nei vari settori illeciti, sintomatica di un'assenza di leadership dotata di profilo strategico”*

In particolare le indagini hanno messo in luce la particolare "capacità d'impresa" del crimine organizzato che utilizza il flusso di denaro non solo nei mercati illeciti ma anche nell'economia legale, e le connivenze da parte delle organizzazioni criminali con colletti bianchi e professionisti, attivi nella gestione qualificata del denaro sporco attraverso investimenti, acquisti e creazioni di società e imprese.

*“Continuano a registrarsi azioni intimidatorie ai danni di amministratori pubblici che fanno ritenere che ci sia un tentativo di ingerenza della criminalità organizzata nell'attività della Pubblica Amministrazione”.*

### **3.3 Rete Ospedaliera Pugliese**

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

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

E' in questo quadro di adeguamento agli standard prescritti dalla normativa nazionale, che si colloca l'attuale Rete Ospedaliera Pugliese. I nuovi standard così come indicati dal Decreto Ministeriale n. 70 del 2015 e dalla Legge di stabilità 2016 hanno l'obiettivo di

portare le reti ospedaliere nazionali dentro omogenei parametri di sicurezza, efficacia di cura ed efficienza gestionale. La Puglia parte da una rete che offre, alla data del 21 gennaio 2016, 13mila posti letto, distribuiti tra 74 stabilimenti pubblici e privati accreditati.

Nel corso del 2018 la Regione Puglia ha emesso provvedimenti deliberativi sul nuovo assetto organizzativo degli ospedali e dei laboratori nel territorio.

### **3.4 Conclusioni**

L'Azienda rappresenta, per quanto detto innanzi, un riferimento essenziale per il territorio e, conseguentemente, assume in sé maggiori responsabilità nelle decisioni sia in materia di competenze specialistiche che nelle sue funzioni di coordinamento amministrativo e riferimento per progetti attuativi.

La presenza di funzioni e servizi che vedono l'Azienda territorialmente come riferimento (vedi il Coordinamento del 118, la Centrale di Telecardiologia, i Centri di Eccellenza), danno una maggiore rilevanza del ruolo assunto, ancor più per la coabitazione della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Bari e delle conseguenti interrelazioni per i progetti di studi scientifici e ricerche di respiro nazionale ed internazionale.

Questo causa anche una maggiore visibilità mediatica ed un percorso di controllo sulle attività e sulle procedure più puntuali ed a prova di errore, in quanto una problematica viene amplificata dall'importanza strategica nel territorio sin oltre i confini regionali.

Va evidenziato, inoltre, che a seguito di indirizzi regionali le procedure di acquisto vengono frequentemente condivise con altre aziende interessate a forniture analoghe per le apparecchiature sanitarie, per farmaci e presidi, rappresentando quindi un reciproco condizionamento nella scelta della tipologia di procedura di acquisti. Le finalità di tale strategia sono dettate con l'evidente necessità di dare migliore trasparenza alle operazioni e nella esigenza di ottenere una maggiore economicità nel quadro generale degli acquisti.

Per ultimo va sottolineato come il nuovo codice etico presentato dalla Assobiomedica nel corso del 2018 costituisce un gran passo avanti verso una maggiore trasparenza ed un de-

terrente alla corruzione, imponendo a tutte le società aderenti ad essa obblighi importanti, quale ad esempio quello di pubblicare sui propri siti tutti i trasferimenti di valore corrisposti durante l'anno (a partire da gennaio 2021) a favore di società scientifiche, provider, organizzazioni sanitarie. Inoltre dovranno essere esplicitati anche gli importi versati per borse di studio, progetti di ricerca e collaborazioni per l'innovazione e l'uso dei dispositivi medici.

## 4. Mappatura dei processi.

### 4.1 *Procedure attualmente definite*

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

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

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

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

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

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

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

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

<https://www.sanita.puglia.it/web/ospedalegiovannixxiii/tipologie-di-procedimento>, ed esattamente sotto la voce Amministrazione Trasparente > Attività e Procedimenti Tipologie di procedimenti, sono identificati quelle dei seguenti settori:

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

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

## **4.2** *La valutazione del rischio*

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

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

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

## **4.3** *La graduazione del rischio di corruzione*

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

Il range dei valori sono stati determinati in questo modo:

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

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

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

La Determinazione dell’ANAC n. 12/2015, fa un’ampia disamina sulle possibili misure per la valutazione del rischio di corruzione all’interno dell’Amministrazione aziendale, facendo in particolare riferimento ai settori più esposti come le Aree che gestiscono gli appalti

pubblici, analizzandoli nelle diverse fasi delle procedure (ben sei) ed evidenziando la realizzazione di indicatori per ognuna di esse, al fine di misurarne il rischio di corruzione e valutarne il criterio di trasparenza.

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

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

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

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

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

- presenza o meno dell'oggetto nell'appalto degli atti di programmazione, con indicazione dell'identificativo dell'atto di programmazione;
- oggetto e natura dell'appalto (lavori/servizi/forniture/misto con esplicitazione della prevalenza; in caso di contratto di global service comprensivo di diversi servizi, indicazione analitica dei diversi servizi, evidenziando eventuali beni e/o servizi ad esclusivo utilizzo della Direzione generale aziendale);

- procedura di scelta del contraente e relativi riferimenti normativi (aperta/ristretta/competitiva con negoziazione/negoziata senza previa pubblicazione del bando/procedura sotto soglia);
- importo dell'appalto, con specificazione anche dei costi derivanti dal ciclo di vita dell'appalto (ad es. per materiali connessi all'utilizzo e/o per manutenzioni);
- termini temporali dell'appalto: durata dell'esigenza da soddisfare con l'appalto (permanente/una tantum), durata prevista dell'appalto, se disponibili, decorrenza e termine dell'appalto;

*Set di dati oggetto di pubblicazione:*

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

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

#### **4.5    *Aggiornamento dell'analisi dei procedimenti***

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

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

Difatti, gli stessi regolamenti adottati in questi anni, per adeguare la realtà aziendale alle normative che si sono man mano susseguite, nonché a seguito dell'atto aziendale 2016 (attualmente soggetto a revisione), impongono un aggiornamento all'intera struttura dei processi.

Questo ufficio pertanto, contestualmente alle esigenze impellenti e sempre in ordine al controllo di tali processi da parte del DPO, Dr. Gianni Lucatorto, responsabile dell'adeguamento al GDPR-UE 679/2016, ha fatto richiesta alla Direzione Strategica di un software che possa consentire lo studio e l'analisi dei processi verticali e trasversali attraverso un sistema di integrazione con tutti i settori amministrativi e sanitari coinvolti nelle finalità degli obiettivi programmati. Ciò può consentire di avviare uno strumento di controllo di attività a rischio corruzione a disposizione del RPCT, di uno strumento di monitoraggio e continuo aggiornamento a disposizione del DPO, nonché un valido strumento nelle mani della Direzione Strategica per avere una visione di insieme e nello stesso tempo dettagliata che può permettere di fare valutazioni più precise su come vengono condotti i diversi settori dai loro dirigenti, di eventuali variazioni nelle dotazioni organiche e consentire tutte le possibili decisioni in materia di struttura e di organizzazione nel suo complesso.

Tale richiesta, attualmente ancora senza risultati concreti, ha costretto il RPCT a ricostruire, nelle more di tale avviamento, il modello di scheda del 2014 da cui si è partiti per la prima indagine ricognitiva ai fini dell'analisi dei processi a rischio di corruzione.

La nuova riformulazione del modello è la conseguenza naturale di una serie di aggiornamenti dovuti per nuovi dati informativi necessari allo studio per la valutazione del grado di rischio concertato con le informazioni da condividere con le finalità degli obblighi del rispetto della normativa privacy.

Il risultato finale è una scheda predisposta on line al link con accesso su credenziali da autorizzare:

<http://10.100.4.40/privacy/affarigenerali/login2019.aspx>

con il format presente nella pagina successiva.

#### ***4.6 Le misure per la valutazione del rischio.***

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



## REGISTRO ATTIVITA' DI TRATTAMENTO

AI SENSI DELL'ART. 30 DEL GDPR 2016/679



### Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza Censimento procedure amministrative

Denominazione

Descrizione

Area - Struttura

Unità Operativa  
Semplice

Ufficio competente

Centro di costo

 Dirigente Responsabile 

Funzionario  
Responsabile

Altro personale  
coinvolto

Norme di  
riferimento

Atti e provvedimenti  
relativi

Eventuale  
Area/Settore/Ufficio  
competente nella  
fase precedente:

## 5. Obiettivi

### *5.1 Obiettivi possibili per il triennio 2019/2021 e loro monitoraggio*

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

a) *Analisi della mappatura dei processi a rischio*

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

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

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

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

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

d) *Obblighi di pubblicazione*

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

e) *Elenchi trimestrali della situazione gare*

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

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

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

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

## **5.2** *Il Piano della performance*

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

## **6. Il codice di comportamento aziendale.**

Il codice di comportamento e il codice disciplinare, rappresentano una delle principali azioni e misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato e pertanto costituiscono elementi essenziali del piano triennale per la prevenzione della corruzione.

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

Nel codice di comportamento non ci si è avvalsi della possibilità di specificare in corrispondenza di ciascuna violazione il tipo e l'entità della sanzione, esplicitando che la violazione degli obblighi regolati dal codice di comportamento, e previsti nel piano triennale per l'anticorruzione, determina responsabilità disciplinari che verranno accertate a seguito di un procedimento disciplinare secondo quanto previsto dalla legge, dai regolamenti disciplinari e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

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

Completata la prima bozza a cura del RPCT, con parere favorevole del Direttore Amministrativo, la stessa è stata trasmessa all'esame dell'Organismo Indipendente di Valutazione e, contestualmente, pubblicato sul sito aziendale per la consultazione da parte degli stakeholders, come previsto dalla normativa.

Si può prevedere, pertanto, che nei primi mesi dell'anno sarà adottato con provvedimento del Direttore Generale.

Il PNA 2018 (all'articolo 8) ha rilevato l'intento dell'ANAC di promuovere l'adozione di nuove linee guida, tanto di carattere generale quanto di carattere settoriale. Pertanto, l'uscente Codice di Comportamento, potrebbe essere oggetto di alcune variazioni, nel breve periodo.

Parallelamente all'adozione del Codice di Comportamento, l'Azienda sta provvedendo ad una revisione del Codice disciplinare e della regolamentazione delle prestazioni extraistituzionali.

## **7. Conflitti di interessi, inconferibilità ed incompatibilità**

### **7.1 Nuove linee per le dichiarazioni di interessi**

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

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

### **7.2 Soggetti obbligati alle dichiarazioni**

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

Con Sentenza n. 5583 del 12/11/2014 il Consiglio di Stato – Sezione Terza ha escluso da responsabilità gestionali la figura del “Dirigente medico”, genericamente inteso, pur con incarico di struttura complessa. In tal senso con la Delibera n. 149 del 22/12/2014, l'ANAC conferma l'obbligo dell'incompatibilità ed inconferibilità esclusivamente per gli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario. Questi ultimi effettuano le dichiarazioni la cui pubblicità è a cura del RPCT.

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

### **7.3** *Modulistica e compilazione on line*

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

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

Per attivare la prima fase del procedimento di attivazione del software, l'Azienda ha trasmesso gli elenchi delle email dei dirigenti, sia ospedalieri che universitari in convenzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione reperiti gli indirizzi di posta aziendali degli interessati ha verificato che, purtroppo un numero elevato dei medici ospedalieri risultavano non utilizzarli, non consentendo alcuna comunicazione d'ufficio e, quindi, non in grado di ricevere le credenziali necessarie per l'accesso al sito AGENAS, per gli adempimenti connessi alla dichiarazione di assenza di conflitto di interessi.

Pertanto, con autorizzazione dell'AGENAS, il RPC ha individuato mail alternative personali per i casi delle anomalie riscontrate. Sono state in seguito recuperate la quasi totalità.

A tal proposito il Responsabile ha rilevato alla Direzione aziendale la necessità di impegnare gli uffici competenti ad attivarsi per la soluzione del problema.

Gli elenchi raccolti sono stati trasmessi all'AGENAS, che ha provveduto ad inserirne i nominativi nella banca dati per la compilazione della dichiarazione.

Tali elenchi aggiornati allo scorso anno dovranno nel corso dell'anno essere rivisti per trasmettere all'AGENAS un nuovo file alla luce dei nuovi assunti.

Il RPC con la trasmissione via mail ai singoli destinatari di una circolare esplicativa ed il recupero delle prime credenziali di accesso al sistema on-line, ha informato degli obblighi di adempimento della compilazione dei diversi moduli e la sottoscrizione digitale.

Ad oggi, purtroppo, solo una ridottissima percentuale di obbligati hanno completato sino alla firma digitale il documento.

Su questo, sicuramente ha inciso la farraginosità della compilazione, i quesiti richiesti che in molti casi danno difficoltà di risposta, la difficoltà a recuperare tutte le informazioni richieste per gli ultimi tre anni relativi a partecipazioni a congressi, corsi e studi clinici.

Da solleciti fatti da numerosi RPC di Aziende italiane, la speranza è quella di far semplificare la compilazione, oltre che consentire un incrocio con dati relativi a quelli che pervengono al Dipartimento della Funzione Pubblica attraverso gli uffici ispettivi che raccolgono comunicazioni e richieste di autorizzazioni di partecipazioni ad eventi sia gratuiti che a pagamento.

Purtroppo ad oggi non sono pervenute informazioni dall'AGENAS su evoluzioni della problematica, ma va sottolineato che questa Azienda continua a richiedere dichiarazioni integrative di assenze di conflitto di interesse nei casi di nuove assunzioni, di richieste di partecipazioni ad eventi sponsorizzati e nei casi di richieste di attività (da autorizzare e non) di prestazioni extraistituzionali.

## **8. Il pantouflage**

### **8.1 Definizione e normativa**

L'art.1 co.42 lett. L della L. 190/2012, prevede l'ipotesi relativa alla cd. "incompatibilità successiva" (pantouflage), introducendo all'art.53 del D.lgs. 165/2001, il comma 16-ter, ove è disposto il divieto per i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, abbiano esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PP.AA., di svolgere nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di lavoro, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

La violazione del divieto di Pantouflage prevede conseguenze sanzionatorie, quali la nullità del contratto concluso e dell'incarico conferito; inoltre ai soggetti privati che hanno conferito l'incarico è preclusa la possibilità di contrattare con le PP.AA. nei tre anni successivi, con contestuale obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti. Lo scopo della norma è impedire al dipendente di sfruttare la propria posizione nella Amministrazione per crearsi presupposti di situazioni lavorative vantaggiose, una volta cessato dal servizio, presso il soggetto privato con cui è entrato in contatto nell'ambito della sua attività lavorativa. Il divieto è finalizzato anche a ridurre il rischio che soggetti privati possano esercitare pressioni nello svolgimento dei compiti istituzionali, prospettando al dipendente di un'amministrazione opportunità di assunzione o incarichi una volta cessato dal servizio.

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

In materia di Pantouflage, l'Autorità ha inoltre una funzione consultiva riconosciuta dalla L. 190/2012, art.1,co.2,lett.e), potendo esprimere pareri facoltativi in materia di autoriz-

zazione allo svolgimento di incarichi esterni da parte dei dirigenti amministrativi statali e degli enti pubblici nazionali. L'attività di vigilanza dell'Autorità, a differenza della funzione consultiva (con carattere preventivo), si svolge spesso su segnalazione da parte di privati in merito a casi di possibile violazione della normativa. Tuttavia si ritiene che anzitutto spetti alle Amministrazioni di appartenenza del dipendente cessato dal servizio adottare giuste misure per verificare il rispetto della disposizione sul Pantouflage da inserire nel PTPC.

## **8.2** *Ambito di applicazione*

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

## **8.3** *Esercizio dei poteri autoritativi e negoziali*

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

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

#### **8.4 Le sanzioni**

Il regime sanzionatorio ha sollevato molti dubbi interpretativi poiché non sono ben identificati l'organo o l'autorità competente a garantire l'applicazione degli effetti sanzionatori, in considerazione della difficoltà per l'amministrazione di verificare il comportamento di un dipendente cessato dal servizio. Innanzitutto la violazione del divieto di Pantouflage causa la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti all'ex dipendente pubblico dai soggetti privati indicati nella norma. Inoltre al soggetto privato è preclusa la possibilità di stipulare contratti con la P.A.

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

Ulteriore misura sanzionatoria prevede l'obbligo di restituzione dei compensi percepiti ed accertati per lo svolgimento dell'incarico.

## **8.5** *Interventi del RPCT dell'Azienda*

Dovrà essere previsto l'obbligo per il dipendente, al momento della cessazione dal servizio o dall'incarico, di sottoscrivere una dichiarazione con cui si impegna al rispetto del divieto di Pantouflage, al fine di evitare eventuali contestazioni sulla conoscibilità della norma.

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

Il RPCT, qualora apprenda di un caso di violazione del divieto di Pantouflage da parte di un ex dipendente, dovrà segnalare tale violazione all'ANAC e alla Direzione Generale ed eventualmente anche all'ente presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

## **9. Whistleblowing**

### **9.1** *La normativa*

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

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

Per tali finalità il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione con una circolare Prot. n. 42157/UTA del 29/05/2014 ha reso noto e pubblicato sul sito web un "Modello per la condotta di segnalazioni illecite" diffuso dal Dipartimento della Funzione pubblica.

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

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

- il dipendente che segnala al RPC, all’ANAC o ancora all’Autorità Giudiziaria ordinaria o contabile le condotte illecite o di abuso di cui sia venuto a conoscenza in ragione del suo rapporto di lavoro, non può essere - per motivi collegati alla segnalazione - soggetto a sanzioni, demansionato, licenziato, trasferito o sottoposto a altre misure organizzative che abbiano un effetto negativo sulle condizioni di lavoro, qualora determinati dalla segnalazione (Art. 54-bis D. Lgs. 165/2001);
- Il dipendente segnalante viene reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. E’ a carico dell’amministrazione dimostrare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione.
- Non potrà, per nessun motivo, essere rivelata l’identità del dipendente che segnala atti discriminatori e, nell’ambito del procedimento penale, la segnalazione sarà coperta nei modi e nei termini di cui all’articolo 329 del codice di procedura penale (Obbligo del segreto). La segnalazione e’ sottratta all’accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni.
- L’ANAC, a cui l’interessato o i sindacati comunicano eventuali atti discriminatori, applica all’ente (se responsabile) una sanzione pecuniaria amministrativa da 5.000 a 30.000 euro, fermi restando gli altri profili di responsabilità. E’ prevista una sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del RPC che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

## **9.2 Le procedure**

Rinviando, pertanto, alle disposizioni indicate genericamente dall’ANAC nelle Linee guida della Determinazione 6/2015, questa Azienda da quest’anno ha definito oltre la precedente procedura anche quella on-line aderendo al progetto WhistleblowingPA di Transparen-

cy International Italia e del Centro Hermes per la Trasparenza e i Diritti Umani e Digitali e ha adottato la piattaforma informatica prevista per adempiere agli obblighi normativi dotandosi di uno strumento sicuro per le segnalazioni.

In particolare si espongono le due diverse procedure.

*a) Procedura senza l'uso di software*

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

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

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

[ufficio.anticorruzione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:ufficio.anticorruzione.policlinico.bari@pec.rupar.puglia.it)

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

2. Nel caso si ravvisino elementi di manifesta infondatezza del fatto, il Responsabile avvia l'istruttoria della procedura interna, inoltrando la segnalazione ai soggetti terzi competenti, anche per l'adozione dei provvedimenti conseguenti, a seconda del grado di rilevanza anche penale, quali:
  - il dirigente della struttura in cui si è verificato il fatto per l'acquisizione di elementi istruttori, solo laddove non vi siano ipotesi di reato;

- la Direzione Strategica per eventuali ulteriori aperture di indagini da parte degli organi decisionali dell'Azienda;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari, per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- l'Autorità giudiziaria, la Corte dei Conti e l'ANAC, per i profili di rispettiva competenza;
- il Dipartimento della funzione pubblica.

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

Nel caso il RPC, sulla base della valutazione dei fatti oggetto della segnalazione, ravveda circostanze di eventuale e manifesta infondatezza, può decidere di archiviare il caso.

#### *b) Procedura con l'utilizzo del software*

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

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

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

Successivamente, se il RPCT attesterà la segnalazione come degna di attenzione, potrà richiedere al whisterblower di identificarsi, al fine di avviare tutta la parte istruttoria.

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

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

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

## **10. Rotazione del Personale**

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione.

Il ricorso alla rotazione del personale, allontana la consuetudine e la prassi, che possono finire per favorire coloro che sono capaci, di intessere relazioni con i dipendenti e dirigenti, inamovibilmente inseriti in un certo ruolo, a discapito di altri. Non a caso, quest'ultima fattispecie risulta essere già un comportamento corruttivo, perché lede il principio di imparzialità e parità di condizioni.

Il Piano anticorruzione aziendale, nei suoi diversi aggiornamenti precedenti sin dal 2014, ha illustrato e rimarcato l'importanza che riveste la rotazione dei dirigenti e dei dipendenti, come ulteriore strumento per contrastare la corruzione, in quanto l'alternanza riduce il rischio che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazioni ed utenti, con il conseguente consolidarsi di situazioni di privilegio ed eventuale aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

In questo contesto, le diverse strategie di governo di questa Azienda hanno solo in parte attuato la prevista movimentazione del personale dirigente PTA (professionale, tecnico, amministrativo). A giustificazione di questo va detto che si è avuta una notevole movimentazione a causa del verificarsi di pensionamenti, di nuove assunzioni, di procedure di comando e di mobilità, che hanno provocato l'effetto conseguente di un naturale avvicendamento del personale, producendo di fatto un'applicazione del principio di rotazione.

L'assunzione recente di un notevole numero di dirigenti amministrativi (anche nel 2018) e di un ingegnere nei ruoli professionali ha avvalorato, comunque, lo spostamento di competenze e responsabilità di ruoli individuati in attività soggette a rischio corruttivo come l'Area Gestione del Patrimonio, l'Area Gestione Tecnica, l'Area Gestione delle Risorse Umane, l'Area Gestione Risorse Finanziarie.

Si consideri, inoltre, come sin dal Piano 2014, il RPCT ha programmato, in alternativa o in complementarietà, anche una possibile rotazione dei collaboratori amministrativi che abbiano responsabilità primarie nei settori soggetti a rischio corruttivo. In merito, dovrà essere sempre previsto l'affiancamento del personale subentrante a quello uscente e all'attivazione di percorsi formativi interni, finalizzati all'acquisizione di conoscenze e competenze nelle materie e nei settori di appartenenza.

Il PNA 2016 consiglia di programmare la rotazione attraverso la puntuale mappatura degli incarichi/funzioni apicali più sensibili (ad esempio quelli relativi a posizioni di governo delle risorse come acquisti, rapporti con il privato accreditato, convenzioni/autorizzazioni, ecc.), a partire dall'individuazione delle attività fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

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

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

Va infine sottolineato che il previsto scorporo dello stabilimento "Giovanni XXIII" per la creazione del nuovo Polo Pediatrico determinerà una necessaria incidenza su tutta l'organizzazione del personale con conseguenti ripercussioni in tema di rotazione.

In attuazione delle attività previste, si programma in questo Piano e per l'anno in corso la definizione del "*Regolamento sulla rotazione del personale nelle aree a rischio di corruzione*", secondo quanto previsto dalle linee di indirizzo ANAC con deliberazione n.13/2015 (orientamenti in tema di rotazione del personale nelle amministrazioni pubbliche che si aggiungono alle prescrizioni del Piano Nazionale) e dalle previgenti disposizioni legislative in materia di rotazione del personale (legge n. 190/2012 e D.P.R. n. 62/2013 art. 13 c. 6).

## 11. Referenti per la Prevenzione della Corruzione

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

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

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

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

Alla luce, quindi dei riscontri forniti, la composizione dei referenti con il presente Atto potranno essere considerati i seguenti nominativi:

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

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

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

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

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

## **13. Formazione**

### ***13.1 Considerazioni***

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

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

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

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

D'altra parte la prevenzione della corruzione basa un proprio punto cardine della conoscenza di tutte le argomentazioni che partono dalla Legge Severino (190/12) e da un pro-

cesso di educazione all'etica personale, aziendale e sociale dei soggetti che fanno parte del sistema.

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

Con la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 621 dell'11/04/2018 è stata stipulata una convenzione per l'utilizzo e la realizzazione di corsi di formazione in FAD asincrona di base ed avanzati.

A tal fine sono state programmate delle registrazioni di video lezioni da erogare in FAD, con un contestuale piano delle opere distinto per i temi trattati, utilizzando risorse professionali interne e ad ogni modo che determinino costi aggiuntivi all'Azienda.

### ***13.2 Piano formativo Anticorruzione per l'anno 2019***

Le video registrazioni previste, ma non ancora avviate, dovranno essere finalizzati a due categorie di soggetti finali:

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

Gli argomenti previsti sono rappresentati nelle seguenti sezioni:

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

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

Gli argomenti previsti sono rappresentati nelle seguenti sezioni:

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

Nel corso del 2019 il RPCT provvederà ad articolare le diverse sessioni e definire in dettaglio il numero dei moduli formativi e la durata complessiva del programma.

### ***13.3 Piano formativo Anticorruzione per l'anno 2019***

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

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

## 15) Il fascicolo sanitario elettronico

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

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

## **14. Piano della Trasparenza**

### ***14.1 Situazione del 2018***

Nel 2018 sono stati effettuati monitoraggi periodici verificando la presenza dei provvedimenti (deliberazioni e determinazioni dirigenziali) nel rispetto degli obblighi di pubblicazione.

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

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

Con la nomina del nuovo Responsabile Aziendale del Portale si sta provvedendo a redigere ed adottare un regolamento nella gestione del Portale e, per l'occasione, è stato rivisto lo schema degli obblighi della Trasparenza, provvedendo ad identificare il Responsabile della Produzione del dato ed il Responsabile della Pubblicazione, sulla base di quanto indicato dalla Deliberazione ANAC n. 1310 del 28/12/2016.

Di seguito si espongono la legenda delle aree gestionali responsabili e la Tabella degli obblighi di pubblicazione.

## 14.2 *Legenda dei settori di competenza e Responsabili*

Unità Affari Generali	Dr. Pasquale Cassese
Area Approvvigionamento e Patrimonio	Dr. Antonio Moschetta
Area Gestione del Personale	Interim: Dr.ssa Tiziana Dimatteo
Area Gestione Risorse Finanziarie	Dr. Vito Montanaro
Area Gestione Tecnica	Ing. Claudio Forte
Direzione Generale	Dott. Giovanni Migliore
Direzione Sanitaria	Dott.ssa Matilde Carlucci
Organismo Indipendente di Valutazione	
Responsabile diretto dell'incarico	
Responsabile del Procedimento	
RPCT	Dr. Pasquale Cassese
Struttura Burocratico-legale	Interim: Dr.ssa Tiziana Dimatteo
Settore competente	
Unità Controllo di Gestione	Dr. Rosario Reda
Ufficio Informatico	
Ufficio Ispettivo	Dr. Pasquale Cassese
Ufficio Relazioni con il Pubblico	Dr. Pasquale Cassese
Ufficio Procedimenti Disciplinari	
Unità Statistica ed Epidemiologia	Dr. Vincenzo Pignatelli
Ufficio Trasparenza -Anticorruzione	Dr. Pasquale Cassese

### 14.3 Gli obblighi di pubblicità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **14.4 Programmazione per il Piano della Trasparenza**

Per l'anno 2019 è stata avviata la procedura per l'adozione di un regolamento della gestione del portale con l'indicazione dei responsabili della pubblicazione ed un elenco aggiornato dei redattori, funzionari delegati alla materiale pubblicazione sul sito, per il cui accesso sono richieste delle credenziali concesse dalla gestione amministrativa regionale del "Portale della Salute", dominio a cui appartiene il Portale aziendale.

Nel corso dell'anno sono previste verifiche periodiche a campione nelle pagine del sito web aziendale, con particolare riguardo alla Sezione "Amministrazione trasparente", da parte del Dirigente Responsabile della Trasparenza e del Responsabile URP e RPP (Responsabile Procedimenti di Pubblicazione Aziendale). Quest'ultimo coadiuva tutti i redattori delle Aree aziendali che pubblicano documenti e atti prodotti al fine di facilitare e semplificare le procedure.

Qualora si potrà acquisire un sistema informatizzato completo per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, il RPCT programmerà un controllo più puntuale e secondo procedure più precise.

Il Piano è predisposto sotto la vigilanza dell'OIV, che pur effettua periodicamente verifiche e presenta annualmente una relazione sul grado di applicazione degli obblighi.

A seguito, comunque, delle modifiche apportate al D. Lgs 33/2013 con il D. Lgs. 97/2016, per il 2018 la scadenza della relazione ha data 31/03 con obbligo di pubblicazione delle schede di sintesi al 30/04, che al momento restano quelle indicate nell'allegato 1 della Deliberazione n. 50 del 04/07/2013 dell'ANAC.

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

A seguito del Decreto Legislativo n. 97 del 25 maggio 2016 con oggetto "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche", l'ANAC ha definito, adottando la Deliberazione 1309 del 28/12/2016, le "*Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D. Lgs. 33/2013*".

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

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

L'accesso civico si differenzia sostanzialmente dall'accesso documentale, previsto dall'art. 22 della Legge 241/1990, in quanto il secondo per poter essere esercitato necessita, nel soggetto richiedente, della presenza di un interesse giuridicamente protetto, sia esso un interesse legittimo o un diritto soggettivo.

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

Esistono due forme di accesso civico: semplice e generalizzato.

- L'accesso civico semplice consente a chiunque di richiedere all'Azienda documenti, informazioni e dati per cui sia stato previsto l'obbligo della pubblicazione, che risulta omessa;

- L'accesso civico generalizzato consente a chiunque di richiedere documenti, informazioni e dati detenuti dall'Azienda, oltre quelli per cui vige l'obbligo di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis del D. Lgs. 33/2013 (*Esclusioni e limiti all'accesso civico*).

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

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

In conseguenza alle nuove disposizioni di indirizzo, l'Azienda sta predisponendo un aggiornamento del "Regolamento per l'accesso agli atti", a cura del Responsabile URP in uno con il Responsabile della Trasparenza inserendo la parte dispositiva e procedurale anche della gestione dell'Accesso civico (semplice e generalizzato).

Gli adempimenti strettamente legati agli obblighi della Trasparenza vanno visti anche nei molti aspetti che coinvolgono la Prevenzione della corruzione.

Nel presente Piano si prevede l'adozione del nuovo regolamento nei primi mesi del 2019, a cui dovrà seguire la nuova procedura come disposto dalle normative

## **16. La protezione dei dati personali e le azioni conseguenti**

### ***16.1 Aspetti generali***

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **16.2 Attività avviate**

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

Sono stati definiti i ruoli e le responsabilità attraverso un funzionigramma e sono state prodotte, consegnate e condivise le relative lettere di nomina con le relative istruzioni operative al personale interno. La stessa attività è in corso di esecuzione con i soggetti esterni.

Attraverso delle riunioni ed eventi formativi sono state prodotte e condivise delle clausole contrattuali da indicare negli atti aziendali.

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

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

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

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

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

Sono state aggiornate le informative ed i consensi per le attività di ricovero e per le prestazioni ambulatoriali. Sono in fase di revisione tutte le informative relative agli studi e ricerche scientifiche.

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

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

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

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

Numerose sono le attività in corso per le quali, al fine di vigilare correttamente, è obbligatorio che il DPO sia tempestivamente e adeguatamente coinvolto in tutte le questioni riguardanti la protezione dei dati personali (Art. 38 GDPR). Inoltre si segnala l'importanza che il titolare del trattamento sostenga il responsabile della protezione dei dati nell'esecuzione dei compiti di cui all'articolo 39 fornendogli le risorse necessarie per assolvere tali compiti e accedere ai dati personali e ai trattamenti e per mantenere la propria conoscenza specialistica. (Art. 38 comma 2).

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

### ***16.3 Piano operativo per il 2019***

Per l'anno 2019 in continuità con le attività cominciate negli anni precedenti e finalizzate alla messa a regime delle normative regolate dal GDPR 679/2016 si presenta il seguente piano operativo.

## **1. MAPPATURA ORGANIZZAZIONE E RUOLI**

### **1.1 Definire chiaramente le responsabilità in Azienda, attraverso un funzionigramma privacy, ed emissione delle relative lettere di nomina/incarico**

#### **1.1.1. Titolare**

1.1.2. Contitolari e Autonomi Titolari

1.1.3. Responsabile Protezione Dati (RPD o DPO)

1.1.4. Amministratore di sistema

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

1.1.6. Responsabili interni

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

1.1.8. Incaricati interni

1.1.9. Incaricati esterni

### **1.2 Definire i fornitori di servizi esternalizzati che prevedono il trattamento di dati personali e predisposizione delle clausole contrattuali e delle relative nomine**

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

### **2.1 Esecuzione di audit presso tutte le UU.OO. sanitarie, tecniche ed amministrative al fine di eseguire un assessment privacy ed effettuare una gap analysis**

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

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

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

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

### **2.2 Compilazione DEL REGISTRO DEI TRATTAMENTI**

## **3. VIDEOSORVEGLIANZA**

### **3.1 Approvazione accordo sindacale (07/04/2017)**

### **3.2 Adozione Regolamento Videosorveglianza (05/05/2017)**

#### **3.3 Nomine:**

3.3.1 Responsabile della Videosorveglianza (P.I. Ruscigno Giuseppe)

3.3.2 Responsabile Esterno Sicurcenter

3.3.3 Manutentori degli impianti

3.3.4 Incaricati ad accedere alle immagini

### **3.4 FORMAZIONE per responsabile e incaricati della videosorveglianza**

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

## **5. IMPLEMENTAZIONE DI ADEGUATE MISURE DI SICUREZZA PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI**

### **5.1 Misure di sicurezza dei trattamenti (Art. 32)**

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

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

### **5.2 Procedure/regolamenti per l'utilizzo di strumenti informatici**

5.2.1 "Disciplinare tecnico per gli Amministratori di sistema"

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

#### **6.1 Sessioni formative sul GDPR per:**

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

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

## **7. REVISIONE DELLE INFORMATIVE (ART. 13)**

**7.1 per prestazioni ambulatoriali**

**7.2 per le attività di ricovero**

**7.3 per il DSE**

**7.4 per progetti/attività specifiche**

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

## **8. REVISIONE DEI CONSENSI (ART. 7)**

**8.1 per prestazioni ambulatoriali**

**8.2 per le attività di ricovero**

**8.3 per il DSE**

**8.4 per progetti/attività specifiche**

## **9. DIRITTI DELL'INTERESSATO**

### **9.1 Artt. 15-21**

- 9.1.1 Predisposizione delle procedure e relativa modulistica per consentire all'interessato di godere dei propri diritti tra i quali quanto previsto dal GDPR
- 9.1.2 verifica della relativa predisposizione, dei software e dell'organizzazione per soddisfare tali richieste

Nel caso in cui il Titolare dovesse trattare i dati personali per una finalità differente per la quale sono stati raccolti e per la quale l'interessato ha dato il consenso, l'interessato può far valere i propri diritti e far limitare il trattamento ulteriore.

## **10. ADOZIONE DI MISURE TECNICHE E ORGANIZZATIVE**

### **Responsabilità del Titolare del trattamento (Art. 24)**

## **11. PROTEZIONE DEI DATI FIN DALLA PROGETTAZIONE E PROTEZIONE PER IMPOSTAZIONE PREDEFINITA (ART. 25)**

Soddisfare il principio della privacy by design rappresenta l'elemento innovativo introdotto dal GDPR, infatti qualunque nuovo trattamento deve soddisfare i principi definiti dagli artt. 5 e 6, oltre che dall'Art. 32

- 11.1 Predisporre e adottare delle procedure che obblighino, tutti coloro che acquisiscano beni e servizi che trattino i dati personali e particolari, a far sì che le attività da predisporre soddisfino fin dalla progettazione i requisiti della protezione dei dati personali. (Patrimonio, Area Tecnica, ufficio Informatico, Direzione Sanitaria, ecc.)

## **AREE DI ATTIVITÀ**

## **12. DATA BREACH. NOTIFICA DI UNA VIOLAZIONE DEI DATI PERSONALI ALL'AUTORITÀ DI CONTROLLO (ART. 33)**

Il titolare del trattamento **entro 72 ore** dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'incidente deve **notificare l'accaduto all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali** (si segnala l'articolo dello scrivente sul Sole 24 Ore (Misure di sicurezza informatica)

- 12.1 E' **necessario** scrivere e adottare delle procedure al fine di individuare e comunicare l'accaduto
- 12.2 Al fine di documentare l'accaduto l'Azienda, per il tramite dell'Ufficio Informatico, deve dotarsi di strumenti adeguati di monitoraggio proattivo dei log

## **13. COMUNICAZIONE DI UNA VIOLAZIONE DEI DATI PERSONALI ALL'INTERESSATO (ART. 34)**

- 13.1 In seguito ad una violazione dei dati personali il titolare deve comunicare la violazione all'interessato, illustrando l'accaduto e dimostrando di aver fatto il possibile per mitigare i danni
- 13.2 E' necessario scrivere e adottare delle procedure al fine di individuare e comunicare l'accaduto

**14. VALUTAZIONE D'IMPATTO SULLA PROTEZIONE DEI DATI E CONSUL-  
TAZIONE PREVENTIVA (ART. 35)**

14.1 Per tutti i trattamenti esistenti il titolare deve effettuare una Valutazione di impatto al fine di:

14.2 individuare i rischi per i diritti e le libertà delle persone fisiche

14.3 individuare i rischi residui, che se elevati deve avviare una consultazione preventiva (Art. 36) all'Autorità Garante per la Protezione dei Dati Personali

14.4 Per tutti i trattamenti futuri deve essere eseguita prima dell'inizio del trattamento.

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

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

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

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

## **17. Aree a rischio specifiche nella sanità**

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

### **17.1 Attività libero professionale e liste di attesa**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **17.2    *Sperimentazioni cliniche***

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

Negli obiettivi aziendali si è posto una rivisitazione della distribuzione delle somme ottenute dagli sponsor, finalizzando queste ad un reinvestimento produttivo all'interno delle

procedure di studi e sperimentazioni cliniche, in modo da renderli non più legati alla persona ma alla struttura sanitaria che opera in tali attività.

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

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

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

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

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

Al momento è comunque allo studio un aggiornamento del regolamento ai fini di assicurare modifiche e integrazioni sia per la gestione del Comitato etico, sia per una proceduralizzazione amministrativa, sia per la gestione contabile-finanziaria.

Proposta una bozza da parte della Unità Affari Generali, la stessa è al vaglio della Direzione aziendale e del Comitato etico.

L'Unità Affari Generali, il cui responsabile è anche il RPCT, negli anni pregressi ha più volte trasmesso una bozza migliorativa del Regolamento attualmente esistente sia alla Direzione Strategica che a tutte le strutture coinvolte nelle procedure, non producendo alcuna conseguente iniziativa. Nel primo semestre del 2019, stante anche le nuove normative intervenute in materia di sperimentazioni cliniche e di privacy, sarà riproposto un aggiornamento da trasmettere alla nuova Amministrazione entro i primi mesi.

### **17.3    *Regolamento percorso salme***

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

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

## **18.    Il comodato d'uso e la valutazione di prova**

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

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

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

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

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

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

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

L'Azienda, nelle more di adozione di un regolamento aziendale che fornisca indicazioni omogenee e puntuali in materia, e preveda idonei strumenti e/o vigilanza e controlli successivi all'acquisizione, adotta procedure che mirano a prevenire ipotesi di conflitto di in-

teressi e garantiscano il rispetto dei principi generali di imparzialità, buon andamento e trasparenza necessari alla prevenzione della corruzione.

## 19. I Regolamenti aziendali

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

### 19.1 *Regolamenti in materia Organizzativa*

Oggetto	Delibera	Data
Regolamento di organizzazione Aziendale	821	24/09/1996
Regolamento per la Medicina Necroscopica	629	11/05/2009
Regolamento per l'esercizio dell'attività libero professionale intramoenia ed altre disposizioni per le attività a pagamento gestite dall'Azienda	742	29/05/2009
Piano Privacy Management. Regolamento interno per l'utilizzo del Sistema Informatico	115	07/02/2011
Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi su materiale biologico umano in vitro	847	30/06/2011
Regolamento per la gestione delle richieste risarcitorie e funzionamento del Comitato Valutazione Sinistri	1292	19/10/2011
Regolamento di Pubblica tutela	536	10/05/2012
Regolamento per la conduzione degli studi clinici sperimentali e osservazionali e degli studi su materiale biologico umano in vitro. Modifiche e integrazioni.	837	29/06/2012
Regolamento per la Disciplina del Servizio di Cassa Economale	1010	31/08/2012
Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi si importo inferiore alle soglie comunitarie	1011	31/08/2012
Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi si importo inferiore alle soglie comunitarie. Rettifica	1145	09/10/2012

Regolamento attuativo aziendale per la costituzione e per il funzionamento del Comitato Consultivo Misto	955	25/07/2014
Regolamento delle procedure delle convenzioni per le consulenze esterne attive e passive	1555	01/12/2014
Integrazione Regolamento per la disciplina del servizio di cassa economica (ex DG 1010/2012)	1941	04/12/2015
Regolamento per la definizione dei criteri di classificazione, iscrizione e cancellazione nel libro cespiti, la determinazione del valore, la rivalutazione e la ricognizione dei beni mobili aziendali	263	22/02/2016
Regolamento in materia di incarichi extraistituzionali	804	07/06/2016
Manuale delle procedure Amministrativo-Contabili	1031	15/07/2016
Regolamento in materia disciplinare	1578	11/11/2016
Atto aziendale	1878	28/12/2016
Regolamento per i sistemi di videosorveglianza 2017	609	05/05/2017
Regolamento per la gestione delle richieste risarcitorie	881	28.06.2017
Costituzione dell'elenco aperto di avvocati esterni per l'eventuale affidamento di incarichi professionali di rappresentanza e difesa dell'Azienda	1465	27/09/2017
Regolamento per la tutela dei dipendenti ed amministratori della Azienda Ospedaliero Universitaria Consorziale Policlinico di Bari	1467	27/09/2017

## 19.2 *Regolamenti in materia Gestione Personale*

Oggetto	Delibera	Data
Regolamento sul diritto di accesso ai documenti amministrativi	623	24/05/2012
A.G.T. – Formazione elenchi di professionisti per l'affidamento di incarichi professionali fino a 100.000,00€. Approvazione Avviso e Regolamento	1317	26.11.2013
Codice di comportamento	87	31/01/2014
Regolamento per il conferimento degli incarichi di Direzione di Struttura Complessa a Direzione Universitaria dell'A.O.U. Policlinico - Giovanni XXIII	656	05/05/2015
Regolamento dell'orario di lavoro personale dirigenziale	1397	07/10/2016
Protocollo applicativo di erogazione dei premi relativi alle performance organizzativa ed alla performance individuale. Area Comparto	1433	11/10/2016

Protocollo applicativo di erogazione dei premi relativi alla performance organizzativa ed alla performance individuale. Area Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	1434	11/10/2016
Protocollo applicativo di erogazione dei premi relativi alla performance organizzativa ed alla performance individuale. Area Dirigenza Medica	1435	11/10/2016
Adozione del nuovo regolamento in materia disciplinare	1578	11/11/2016
Regolamenti Aziendali per la graduazione delle funzioni dirigenziali del personale dell'Area della Dirigenza Medica e dell'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	1863	28/12/2016
Regolamenti Aziendali per il conferimento degli incarichi dirigenziali del personale dell'Area della Dirigenza Medica e dell'Area della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa	1864	28/12/2016
Regolamento graduazione delle funzioni di coordinamento	20	25/01/2017
Regolamento per l'graduazione e l'affidamento delle posizioni organizzative	21	25/01/2017
Regolamento per l'esercizio della libera professione dei dirigenti e dell'area a pagamento. Modifica e integrazioni ai sensi del Regolamento Regionale n. 2/2016 in materia di AL-PI.	280	06/03/2017
Regolamento per la costituzione e la ripartizione dei fondi di cui all'art. 113 D.Lgs. 50/2016	803	30/04/2018
Regolamento per la partecipazione del personale dipendente ad attività formative sponsorizzate	1080	21/06/2018

### ***19.3 I Regolamenti aziendali da programmare per il triennio 2019-21***

Codice di Comportamento (aggiornamento)

Regolamento Accesso Civico ed Accesso agli atti

Regolamento sulle Sperimentazioni cliniche (aggiornamento)

Regolamento per i conflitti d'interesse

Regolamento per whistleblowing

Regolamento della rotazione

## 20. Cronoprogramma delle attività della prevenzione della corruzione e della trasparenza per l'anno 2019

Competenze	Azione	Soggetti	Data
Relazione sulla Trasparenza per l'OIV	Sintesi sulla situazione della Trasparenza nel 2018	RPCT	31/03/19
Reportistica sui contratti	Riepilogo trimestrale sulla situazione delle gare	Direttori Area Patrimonio e Area Gestione Tecnica	31/03/19 30/06/19 30/09/19 31/12/19
Piano di formazione	Elenco Relatori	RPCT	31/03/19
	Programma dei moduli FAD per i diversi destinatari	RPCT	30/06/19
	Registrazioni video	Relatori interni	30/04/19
	Attivazione dei collegamenti in piattaforma e informativa ai destinatari per la formazione	RPCT	31/12/19
Audit Referenti	Incontri periodici per aggiornamenti sul Piano	RPCT - Referenti/Responsabili delle Aree/UU.OO.	28/02/19 30/06/19 30/09/19
Codice di Comportamento	Aggiornamento del Codice di Comportamento Aziendale	RPC -OIV- Direzione strategica- Stakeholders	31/03/19
Definizione dei processi/procedimenti amministrativi	Aggiornamento dell'elenco dei procedimenti	RPC - Referenti Settori coinvolti	30/06/19
	Revisione della valutazione del rischio di corruzione nelle procedure	RPC - Direzione strategica - OIV	30/09/19
	Controllo obbligo rispetto clausole contenute nei protocolli di legalità e patti di integrità dei bandi di gara	RPC - Dirigenti Aree Competenti	Periodico nell'anno
<i>Se acquisito software</i>	Avvio della informatizzazione per la costruzione dei processi	RPC - Tutte le Aree/UU.OO. interessate	30/06/19
	Analisi dei processi, individuazione indicatori e verifica del rischio	RPC - Tutte le Aree/UU.OO. interessate	30/12/19

Portale Aziendale	Regolamento sulla gestione del portale aziendale	RPC - Direzione strategica	30/06/19
Accesso civico	Revisione del Regolamento dell'accesso civico e agli atti	RPCT	30/06/19
Trasparenza	Controllo degli obblighi di pubblicazione	RPC - Dirigenti dei settori amministrativi competenti	costanti e tempestivi

## 21. Sanitaservice Policlinico Bari S.r.l.

A seguito dei controlli di rito sul sito web della SanitaService Policlinico, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la Direzione strategica hanno intimato all'Amministratore unico di provvedere ad adempiere agli obblighi imposti dalla Legge 190/2012 relativamente all'anti-corruzione ed alla trasparenza.

Nel triennio 2019-2021 si provvederà ad effettuare la verifica che siano state completati gli adempimenti intimati, confermando nella continuità i controlli al fine di allineare la Società controllata agli standard già attuati ed in corso di adeguamento dell'Azienda ospedaliera.

## 22. Disposizioni finali

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

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

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

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

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