DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Nominato con Deliberazione della Giunta Regionale n. 100 del 07/02/2022

N. 152 del 29/04/2022

OGGETTO

Aggiornamento e Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e per l'attuazione della Trasparenza (P.T.P.C.T.) triennio 2022-2024.

Struttura Proponente	**STRUTTURA DIPARTIMENTALE AFFARI GENERALI e TUTELA PRIVACY**

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	n. pag.
Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione e Piano aziendale per l'attuazione della Trasparenza triennio 2021-2023.	51
Analisi dei rischi all. 1	50
Priorità trattamento rischio all. 2	14
Stato attuazione misure anticorruzione al 31.12.2020 all. 3	118
Scheda Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione all. 4	9
Organigramma AOU di Foggia all. 5	1
Obblighi di pubblicazione all. 6	25
Programmazione misure di mitigazione rischio all. 7	29

☑ **Dichiarazione di immediata esecutività**

Spese previste	
Conto Economico n.	
Descrizione conto economico	
Bilancio	
Dirigente – RESPONSABILE ANTICORRUZIONE	Dott.ssa Laura Silvestris

Destinatari dell'atto per conoscenza

☑ Direzione Amministrativa	☑ Direzione Sanitaria
☐ Struttura Controllo di Gestione	☐ Struttura Economico-Finanziaria
☐ Struttura Affari Generali e Tutela della Privacy	☐ Struttura Politiche del Personale
☑ Altro (specificare) Tutte le Aree e Strutture di cui all'allegato A del Piano.	

La presente Deliberazione, tenuto conto delle fonti normative relative alla disciplina della privacy ovvero della tipologia degli atti allegati, è pubblicata con le seguenti modalità:

☐ solo frontespizio
☑ integrale
☐ solo deliberazione

Premesso che:

- con deliberazione n. 183 del 31/03/2021 è stato aggiornato il Piano triennale 2021-2023 della Prevenzione della Corruzione e Piano aziendale per l'attuazione della Trasparenza e l'integrità, in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge n. 190/2012 e s.m.i.;
- il predetto Piano è stato predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza individuato con deliberazione n. 260 del 22.2.2018, nella persona della dott.ssa Laura Silvestris, la quale a norma dell'art. 4 del Piano triennale della Prevenzione della Corruzione oltre alla stesura del piano sottopone alla Direzione Aziendale gli aggiornamenti annuali;

Evidenziato che:

- con determinazione n. 831 del 08.03.2016, l'A.N.A.C., definendo l'adeguamento al Piano Nazionale Anticorruzione 2016 dedica un ampio allegato al settore della sanità, redatto in collaborazione con il Ministero della Salute e l'AGENAS (Agenzia Nazionale per i servizi sanitari Regionali);
- il Piano costituisce la sezione del costituendo P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "Rischi corruttivi e Trasparenza" per il periodo 2022-2024, del "Policlinico Riuniti" Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia, in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- il documento si inserisce nell'ambito di un processo di rinnovamento che l'Azienda ha intrapreso al fine di garantire una gestione efficace ed efficiente delle risorse pubbliche, assicurando ai cittadini ed alla collettività un servizio sanitario di elevata qualità;
- il succitato documento oltre delineare meglio la figura del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, rappresenta un compendio di azioni volte a prevenire i fenomeni corruttivi con particolare riguardo agli acquisti ed appalti in ambito sanitario, al conferimento, valutazione, revoca e conferma degli incarichi al personale, rotazione del personale, sperimentazioni cliniche ed attività libero-professionale intramoenia;

Rilevato che l'A.N.A.C. con delibera n. 1 del 12 gennaio 2022 ha stabilito che il termine ultimo per la presentazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza 2022-2024 da parte delle pubbliche amministrazioni, è fissato al 30 aprile 2022 ed inserito all'interno del costituendo PIAO;

Ritenuto necessario integrare il Piano della Prevenzione della Corruzione e il Piano aziendale per l'attuazione della Trasparenza per il triennio 2022-2024 in relazione ad alcuni aspetti rilevati dal Responsabile della Corruzione nella succitata deliberazione dell'A.N.A.C.;

Dato atto che il Piano della Prevenzione della Corruzione e il Piano aziendale per l'attuazione della Trasparenza per il triennio 2021-2023 è in linea con i contenuti del Piano triennale delle Performance 2022-2024 approvato con DDG n. 60 del 01.02.2022 ed entrambi andranno inseriti, eventualmente nel PIAO;

Preso atto che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza del Policlinico Riunti di Foggia in data 31.01.2022 ha predisposto e pubblicato nella sezione Amministrazione Trasparente del Sito Aziendale la Relazione annuale del RPCT per l'anno 2021;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, ciascuno per la parte di rispettiva competenza;

DELIBERA

1. di approvare il Piano triennale della Prevenzione della Corruzione e il Piano aziendale per l'attuazione della Trasparenza 2022-2024 allegato alla presente deliberazione unitamente ai sottoallegati per formarne parte integrante e sostanziale;

2. di notificare il presente provvedimento a tutte le Strutture di cui all'allegato 9 del piano, all'O.I.V., al Collegio Sindacale, all'Organo di Indirizzo, al CUG e al C.C.M.;

3. di provvedere alla pubblicazione del presente provvedimento sul sito istituzionale dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Riuniti" di Foggia, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" predisposta per gli adempimenti anticorruzione.

Il presente provvedimento, non essendo soggetto al controllo previsto dalla vigente normativa, è esecutivo ai sensi di legge.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
dott.ssa Laura Silvestris

Firmato digitalmente da
LAURA SILVESTRIS

Il Direttore Sanitario
dott. Franco Angelo Mezzadri

Firmato digitalmente da: MEZZADRI FRANCO ANGELO
Data: 29/04/2022 10:11:47

Il Direttore Amministrativo
dott.ssa Elisabetta Esposito

Documento firmato da:
ELISABETTA ESPOSITO
28.04.2022 13:10:52 UTC

Il Commissario Straordinario
dott. Giuseppe Pasqualone

Firmato digitalmente da
GIUSEPPE PASQUALONE

CN = PASQUALONE GIUSEPPE
C = IT

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

Il presente atto viene posto in pubblicazione in data odierna sull'Albo Pretorio informatico dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria "Policlinico Riuniti" di Foggia.

F.to IL FUNZIONARIO ADDETTO

Firmato digitalmente da: COCOMAZZI MICHELE
Data: 29/04/2022 10:26:15

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DEL POLICLINICO RIUNITI DI FOGGIA PER IL TRIENNIO 2022-2024

"La corruzione è la ruggine che ci corrode". (Papa Francesco)

30 aprile 2022

Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza:
Dott.ssa Laura Silvestris - Dirigente SSD Affari Generali e Privacy
Azienda Ospedaliero Universitaria – Policlinico Riuniti di Foggia
Viale Luigi Pinto, 1, 71122 Foggia (FG)

INDICE

1. Introduzione 8
2. Processo di elaborazione del Piano 9
3. Obiettivi strategici 9
4. Collegamento con il Piano delle Performance 10
5. Modello Organizzativo 12
6. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione 13
7. Contesto esterno 17
8. Contesto interno 21
9. Mappatura dei processi 25
10. Valutazione del Rischio corruttivo 26
11. Monitoraggio e Riesame periodico 30
12. Le Misure di prevenzione 30
13. Patto di integrità 32
14. Conflitto di interessi 33
15. Codice di Comportamento 35
17. Incompatibilità successiva 37
18. Segnalazioni illeciti 38
19. Inconferibilità ed incompatibilità 40
20. Rotazione del Personale 40
21. Incarichi extra-istituzionali 41
22. Monitoraggio tempi procedimentali 42
23. Formazione del Personale 42
24. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante 43
25. Sponsorizzazioni 44
26. Attività conseguenti al decesso 44
27. Donazioni e comodati d'uso 44

28. Attività libero professionale - ALPI 45
29. Referente monitoraggio Opere Pubbliche 45
30. Gestore procedure antiriciclaggio 45
31. Flussi informativi periodici 46
32. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) 46
33. Trasparenza amministrativa 47
34. Coinvolgimento degli stakeholder 48
35. Obblighi di pubblicazione 48
36. Trasparenza e Privacy 49
37. Accesso civico semplice e generalizzato 49
38. Clausola di rinvio 50
39. Entrata in vigore 51
40. Allegati 51

1. Introduzione

Il presente Piano costituisce la sezione del P.I.A.O. (Piano integrato di attività e organizzazione di cui al d.l. 80/2021 e s.m.i.) dedicata ai "**Rischi corruttivi e Trasparenza**" per il periodo 2022-2024, del "Policlinico Riuniti" Azienda Ospedaliero-Universitaria di Foggia (d'ora in avanti anche "Azienda"), in linea di continuità con i precedenti Piani di prevenzione della corruzione e disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità, in attuazione della Legge 190/2012 avente ad oggetto: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".

Il documento si inserisce nell'ambito di un processo di rinnovamento che l'Azienda ha intrapreso al fine di garantire una gestione efficace ed efficiente delle risorse pubbliche, assicurando ai cittadini ed alla collettività un servizio sanitario di elevata qualità. In particolare, lo scenario normativo-istituzionale, con il quale l'Azienda deve confrontarsi, ha visto un profondo rinnovamento derivante dalle recenti tendenze legislative finalizzate a contrastare i fenomeni corruttivi, nonché a rafforzare il sistema dei controlli interni della P.A..

Il presente Piano predisposto secondo il PNA 2019 e alla cui elaborazione ha partecipato l'intera Struttura aziendale, altresì recependo gli ultimi orientamenti dell'ANAC per la pianificazione dell'anticorruzione e trasparenza, prevede:

- **Valutazione di impatto del contesto esterno**
- **Valutazione di impatto del contesto interno**
- **Mappatura dei processi**
- **Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi potenziali e concreti**
- **Progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio**
- **Monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure**
- **Programmazione dell'attuazione della trasparenza**

Il presente Piano:

- presenta un carattere "dinamico" ed è pertanto suscettibile di modificazioni e adeguamenti su proposta del Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, in presenza modifiche normative o di sopraggiunte esigenze connesse alle modifiche organizzative aziendali;
- è preceduto da una pubblica consultazione che vede la partecipazione delle Associazioni operanti su scala provinciale oltre ad eventuali suggerimenti provenienti da tutti gli stakeholder aziendali (cittadini/utenti, sindacati, fornitori, enti e istituzioni, associazioni del terzo settore, professionisti) e successivamente sottoposto al vaglio dell'Organo di Indirizzo interno (O.I.V.) al fine di acquisire eventuali ulteriori contributi circa la sua stesura;
- si articola in tre sezioni: la prima sezione è dedicata alla presentazione del modello organizzativo aziendale, contesto interno ed esterno; la seconda sezione è dedicata alla gestione del rischio e alla programmazione delle misure generali e specifiche di mitigazione del rischio; la terza sezione è dedicata al tema della trasparenza amministrativa.

SEZIONE I

2. Processo di elaborazione del Piano

Al fine di assicurare un adeguato supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, con deliberazione del Direttore Generale n. 160 del 22 febbraio 2018 sono stati individuati quali Referenti del RPCT tutti i Direttori di Dipartimento e i Dirigenti di Struttura complessa e semplice dipartimentale.
Per l'elaborazione del presente Piano sono stati infatti coinvolti tutti i Dirigenti, per quanto di competenza, nell'aggiornamento della mappatura dei processi/rischi/misure con relativi monitoraggi di I livello *(self assessment)*.
Il presente Piano è oggetto di consultazione pubblica aperta a tutti gli stakeholder, al fine di consentire la formulazione di proposte di integrazione e contributi di aggiornamento rispondenti a specifiche esigenze.
In considerazione del ruolo centrale assegnato dalla normativa in materia di prevenzione della corruzione ai Dirigenti Responsabili di Struttura, l'Istituto si è dotato di un applicativo informatico che prevede e favorisce il più ampio decentramento delle attività di:

- mappatura dei processi a rischio con conseguente valutazione del rischio (in relazione alle probabilità ed all'impatto organizzativo);
- aggiornamento e gestione dei dati e delle informazioni;
- individuazione delle misure di prevenzione;
- aggiornamento e verifica delle misure attuate tramite assegnazione di target di adempimento della misura che sarà oggetto di consuntivo a fine anno utile per l'aggiornamento complessivo del Piano.

Il "cruscotto" a disposizione dell'utente fornisce inoltre strumenti ed indicatori di autovalutazione del grado di raggiungimento delle azioni e delle misure correlate nonché di una serie di indicatori di monitoraggio.

Obiettivi strategici

In coerenza con gli obiettivi strategici di prevenzione individuati dal PNA (ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione, promuovere maggiori livelli di trasparenza), la Direzione Aziendale, nel condividere e fare propri tali obiettivi, promuove:

- **l'incremento della formazione** in materia, al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità tra tutti i dipendenti;
- **il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;**
- Intensificazione delle attività di sensibilizzazione e dei controlli in materia di "**conflitto di interessi**" nell'ambito delle procedure di gara e concorsi, costituzione commissioni e nell'ambito delle sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- il rispetto, da parte del personale dipendente, degli adempimenti relativi alle dichiarazioni previste dal **Codice di Comportamento aziendale**;
- l'intensificazione delle azioni relative ai **controlli**;

- l'implementazione delle **misure preventive** in essere, anche tramite il completamento delle procedure PAC ("Percorso Attuativo della Certificabilità"), che prevedono sistemi di controllo e misure organizzative efficaci anche per la riduzione dei rischi corruttivi.

In materia di Trasparenza, il Policlinico Riuniti di Foggia ha attuato uno degli obiettivi strategici di prevenzione individuati dal PNA 2019, riguardo allo stato di informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente". Come obiettivo strategico in materia di Trasparenza, nel corso del triennio 2022-2024 il Policlinico Riuniti di Foggia ha in programma di avviare uno studio di fattibilità per la realizzazione del "Registro degli accessi" in modalità informatica centralizzata, mediante il sistema del protocollo informatico aziendale, conformemente al disposto della Circolare FOIA n. 2/2017 e alla successiva Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2/2019. A conferma del forte coinvolgimento che la Direzione Generale ha sia nella definizione del contenuto del Piano, sia nelle indicazioni date all'Amministrazione tutta (dirigenti e dipendenti) sulla necessaria e piena attuazione delle misure di prevenzione, in fase di adozione è stato condiviso un primo schema di Piano (bozza) e successivamente quello definitivo.

3. Collegamento con il Piano delle Performance

In conformità al D. Lgs. 150/2009, il Policlinico Riuniti di Foggia adotta il ciclo di gestione delle Performance ed i relativi strumenti di programmazione, monitoraggio e controllo della performance organizzativa ed individuale che consente di ricondurre l'intero sistema delle decisioni e della gestione nella corretta direzione del soddisfacimento dei bisogni pubblici in un quadro di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa.
Il Piano Nazionale Anticorruzione stabilisce che "l'efficacia del Piano triennale per la prevenzione della corruzione dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'amministrazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'amministrazione".
In particolare, "risulta importante stabilire gli opportuni collegamenti con il ciclo della performance, tali collegamenti devono essere reali e non dei meri richiami/rinvii tra i Piani.
Le amministrazioni, a tal fine, devono procedere, come da indicazioni della delibera ANAC n. 6 del 2013, alla costruzione di un ciclo della performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

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

Il contenuto del presente Piano è integrato con il Piano delle Performance e con gli altri strumenti di programmazione annuale del Policlinico Riuniti di Foggia, così come richiesto dalla normativa vigente.
Il Piano della Performance sottolinea infatti come la valutazione dei dirigenti tenga conto non solo degli obiettivi operativi assegnati in relazione all'attività propria della struttura a cui sono preposti, ma anche degli obiettivi correlati alle misure di prevenzione della corruzione.

La coerenza tra il Piano della Performance ed il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è definita garantendo l'attuazione della trasparenza e dell'integrità quale responsabilità organizzativa oggetto di valutazione logistica e individuale. In particolare, mediante:

- l'inserimento sistematico e diretto nel sistema di valutazione previsto dal Piano della Performance di obiettivi direttamente correlati alle misure contenute nel Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.
- la pubblicità di informazioni all'esterno (tramite l'utilizzo delle potenzialità derivanti dall'attivazione della sezione "Amministrazione Trasparente" nel sito web istituzionale) che consenta una effettiva valutazione della efficacia, efficienza ed economicità dell'attività dell'Azienda.

Il Piano delle Performance, per l'area progettuale Legalità e Trasparenza, prevede i seguenti obiettivi:

- Aggiornamento del Piano con le modalità e nei termini previsti
- Relazione RPCT entro il 31 gennaio
- Riscontro avvenuta istituzione del registro protocollo riservato
- Notifica relazione rendicontazione trimestrale sullo stato di attuazione degli adempimenti
- Adozione e rimodulazione del Piano con le modalità e nei tempi previsti
- Verifica adempimenti in materia di Trasparenza con il rispetto delle regole in materia di privacy
- Verifica, a campione, sulla corretta applicazione della disciplina in materia di privacy
- Condivisione tra tutte le strutture impegnate, del documento relativo al bilancio sociale.

Nel corso del 2021 sono già state inserite nelle schede di budget, sia per l'area sanitaria sia per quella amministrativa, gli indicatori per Legalità e Trasparenza come di seguito:

a) "Attuazione del Piano dell'Anticorruzione e della Trasparenza. Adempimenti correlati." (peso 5).

b) Il Responsabile della Prevenzione della corruzione procede alla valutazione del rispetto degli obiettivi di Trasparenza ed Anticorruzione da parte dei Dirigenti Responsabili, secondo i seguenti criteri:

- livello di completezza e aggiornamento delle informazioni e dei dati riguardanti la trasparenza e l'anticorruzione;
- rispetto delle tempistiche di comunicazione delle informazioni e dei dati suddetti;
- rispetto da parte dei dirigenti responsabili e di tutti i dipendenti delle norme contenute nei documenti di contrasto alla corruzione, ovvero PTPCT e Codice di Comportamento Aziendale;
- livello di collaborazione e supporto al RPCT, nella gestione della prevenzione della corruzione e nel fornire le informazioni che il RPCT ritiene necessarie.

Al fine di facilitare tale percorso, i Dirigenti responsabili sono tenuti a fornire al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, con cadenza semestrale, una rendicontazione (monitoraggio di I livello), attraverso la piattaforma collaborativa implementata dall'Azienda, che attesti lo stato di attuazione delle misure in tema di trasparenza e di anticorruzione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha il compito di esaminare la suddetta rendicontazione (monitoraggio di II livello), segnalare eventuali mancanze e/o criticità e procedere entro il mese di gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento a valutare il rispetto delle misure di prevenzione indicate nelle schede di budget.
Le valutazioni effettuate dal RPCT sono trasmesse alla Direzione aziendale per eventuali riscontri e validazioni.

4. Modello Organizzativo

L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Foggia, costituita nel 1997, ha personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale ed è dotata di quattro stabilimenti ospedalieri: il "Col. D'Avanzo", la "Maternità", gli "OO.RR" e il P.O. "Lastaria" di Lucera. Il suo patrimonio è composto da tutti i beni mobili ed immobili ad essa trasferiti dalla Regione Puglia con l'atto di costituzione. L'Azienda garantisce l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria attraverso il ricovero urgente, il ricovero programmato, anche in day hospital, nonché prestazioni sanitarie specialistiche ambulatoriali, di prevenzione e di cura, comprese quelle di diagnostica strumentale e di laboratorio nonché le altre prestazioni sanitarie non tariffate concordate con la Regione Puglia.
L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Foggia è stata classificata dalla Regione Puglia tra i Presidi a più elevata complessità assistenziale e garantisce, altresì, la integrazione delle attività di assistenza sanitaria necessaria per le attività di didattica e di ricerca, proprie della facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Foggia.
Il Piano di riordino, approvato da ultimo con la DGR n. 239 del 28 febbraio 2017, ha classificato l'Azienda come DEA di II livello.
La classificazione è stata operata in base a quanto stabilito dal DM n. 70 del 2 aprile 2015, ove è previsto che "Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli a complessità crescente". In particolare la classificazione introdotta è la seguente, secondo un criterio di complessità crescente: ospedali di base, ospedali di I livello e ospedali di II livello.
Questi ultimi, posti quindi all'apice di una gerarchia basata su una via via maggiore capacità di rispondere alle complessità assistenziali, devono essere in grado di garantire ogni possibile intervento di natura diagnostica o terapeutica nonché di fungere da Hub di varie reti cliniche.
Con particolare attenzione alla gestione dell'attività assistenziale integrata con l'Università ed al coinvolgimento di questa e della Facoltà di Medicina e Chirurgia in tutte le attività di programmazione, l'Azienda persegue obiettivi di efficacia e qualità delle prestazioni e dei servizi da rendere. Promuove l'integrazione con le strutture sanitarie del territorio di riferimento (provinciale ed extraprovinciale), utilizzando gli strumenti giuridici messi a disposizione dalla normativa nazionale e regionale in vigore, con particolare riferimento all'organizzazione dipartimentale ad attività integrata e a quella dipartimentale - assistenziale intra aziendale e interaziendale.
L'organizzazione dipartimentale rappresenta il modello organizzativo con il quale l'Azienda eroga assistenza.

I Dipartimenti ad Attività Integrata del Policlinico Riuniti di Foggia assicurano l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca attraverso una composizione coerente tra attività e

settori scientifico-disciplinari. In particolare, la strutturazione dipartimentale di un'Azienda sanitaria favorisce il coordinamento del percorso di cura e lo sviluppo di comportamenti clinico-assistenziali basati sull'evidenza, costituendo per tal guisa l'assetto nell'ambito del quale debbono contestualizzarsi le attività di governo clinico nelle sue principali estensioni, ovvero la misurazione degli esiti, la gestione e la promozione della sicurezza del paziente, l'adozione di linee guida e protocolli diagnostico-terapeutici, la formazione continua, il coinvolgimento del paziente e l'informazione corretta e trasparente.

Con delibera del Direttore Generale n. 571 del 31/7/2018, si è definito il nuovo assetto organizzativo dipartimentale aziendale, modificando i contenuti della deliberazione n. 341 del 18 dicembre 2015 per l'allineamento alle disposizioni regionali miranti alla riduzione e alla razionalizzazione dei servizi ed al vigente protocollo d'Intesa Regione Puglia-Università. L'organizzazione dipartimentale, quale organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini e complementari, ciascuna con obiettivi specifici ma tutte concorrenti al perseguimento di comuni obiettivi di salute, ai sensi dell'art. 17 bis del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., rappresenta il modello di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende Sanitarie. Tale organizzazione è finalizzata ad assicurare, oltre che una migliore gestione amministrativa e finanziaria, la concreta attuazione alle politiche di governo clinico ed a garantire il miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni.
A seguito dell'individuazione dei Direttori dei Dipartimenti, con gli stessi sono stati stipulati appositi contratti, successivi al contratto principale di lavoro, nell'ambito dei quali:

- sono state individuate le specifiche responsabilità e le funzioni proprie dei Direttori di Dipartimento;
- sono stati elencati gli obiettivi da perseguire;
- ai fini delle valutazioni sull'operato svolto e sui risultati raggiunti, sono state indicate le modalità ed i criteri di valutazione.

Il riavvio dell'organizzazione dipartimentale ha consentito un continuo e proficuo confronto su diverse tematiche di interesse aziendale.

5. Soggetti coinvolti nella prevenzione della corruzione

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale autorità di indirizzo politico-amministrativa del Policlinico:

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

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) esercita i seguenti compiti attribuiti dalla legge e dal presente Piano, ex art. 1, co. 7 della Legge n. 190/2012, ed assume, in caso di inadempienza, le relative responsabilità. In particolare, come previsto dall'**allegato n.3 del PNA 2019** "Riferimenti normativi sul ruolo e sulle funzioni del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)" provvede a:

- definire il Piano triennale di prevenzione della corruzione, contenente una specifica sezione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità ex art. 10 c, 2, D. Lgs. n. 33/2013 e diffusione di dati, informazioni e documenti aziendali, oltre ai successivi aggiornamenti annuali, da sottoporre alla Direzione Aziendale;
- diffondere il presente Piano a tutto il personale dipendente attraverso il sito aziendale;
- vigilare sull'attuazione, osservanza e funzionamento del Piano, in particolare:
  - ✓ verificando l'efficace attuazione dello stesso, proponendo modifiche, ove vengano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'Azienda;
  - ✓ verificando, d'intesa con la Direzione Strategica, l'eventuale rotazione del personale con funzioni di responsabilità operativa negli Uffici, in cui è più elevato il rischio di corruzione;
  - ✓ definendo, in collaborazione con il Dirigente della Formazione, corsi di formazione per il personale particolarmente esposto a rischio di corruzione;
- esercitare compiti di vigilanza, monitoraggio e controllo, affinché siano rispettate le disposizioni del D.Lgs. n. 39/2013, sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi.

Nel caso in cui, nello svolgimento della sua attività, il Responsabile della prevenzione della corruzione riscontri dei fatti suscettibili di dar luogo a responsabilità penale, deve presentare tempestiva denuncia alla Procura della Repubblica o ad un ufficiale di polizia giudiziaria secondo le modalità previste dalla legge), dandone informazione all'Autorità Nazionale Anticorruzione.
Ove riscontri dei fatti che rappresentino responsabilità amministrativa, deve presentare tempestiva denuncia alla competente Procura della Corte dei Conti, per le eventuali iniziative in ordine all'accertamento del danno erariale.
Ove, invece, riscontri dei fatti che possano presentare una rilevanza disciplinare deve darne tempestiva informazione al Dirigente della Struttura di appartenenza del dipendente, nonché alla Struttura Procedimenti Disciplinari, affinché possa essere avviata con tempestività l'azione disciplinare.
In caso di inadempimento delle sue attribuzioni, in caso di mancata predisposizione del Piano ed in caso di mancata adozione delle misure per la formazione dei dipendenti, il Responsabile della prevenzione della corruzione incorre nelle responsabilità amministrative e/o disciplinari previste dalla legge.
In sede di delibera di approvazione del Piano, per ciascun settore in cui si articola l'organizzazione dell'Azienda, sono automaticamente individuati, per gli adempimenti anticorruzione, secondo le rispettive competenze, i dirigenti delle aree/strutture/uffici cui sono preposti. I singoli dirigenti (Referenti del RCPT), possono, per gli adempimenti di cui sopra individuare appositi incaricati.
I Referenti curano la tempestiva comunicazione delle informazioni nei confronti del Responsabile, secondo quanto stabilito nel Piano. I referenti coincidono, di norma, con i Direttori/Dirigenti delle macro-strutture (Dipartimenti) e delle strutture organizzative (complesse e semplici) in cui è articolata l'Azienda.
A garanzia dello svolgimento delle funzioni di Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione in condizioni di autonomia ed indipendenza, è d'obbligo seguire, nell'attribuzione dell'incarico, un criterio di rotazione /alternanza prevedendo la durata correlata alla durata del contratto sottostante all'incarico dirigenziale.
Lo svolgimento del ruolo di impulso che la legge affida al Responsabile della prevenzione della corruzione richiede che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle

responsabilità per procedimento, processo e output finale e che le strutture organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto. In tal senso in sede di contrattazione di budget, in linea con il Piano triennale della performance, saranno individuati obiettivi specifici da misurare ai fini della valutazione delle attività e dei dirigenti.
Tutte le articolazioni dell'organizzazione aziendale svolgono un ruolo fondamentale nel prevenire fenomeni corruttivi e di malfunzionamento dei servizi, talché anche singole figure professionali che svolgono ruoli intermedi e di coordinamento debbono farsi carico del miglioramento della qualità dei servizi e del benessere organizzativo che da tali iniziative viene prodotto.
Gli obiettivi annuali di performance posti ai Dirigenti devono prevedere l'utilizzo degli strumenti dell'integrità e della trasparenza quali strategie di crescita e di sviluppo per delineare nuovi obiettivi organizzativi e individuali.
Il Responsabile della prevenzione della corruzione identifica modalità di raccordo con le attività dell'Organismo Indipendente per la Valutazione dell'Azienda (in particolare per ciò che concerne il monitoraggio sulla trasparenza ed integrità dei controlli interni).

I Dirigenti

Il Direttore di Dipartimento, il Direttore di Struttura Complessa o Dirigente di Struttura Semplice Dipartimentale o Semplice nell'ambito della propria competenza, hanno poteri propositivi e di controllo e obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta in materia di prevenzione della corruzione. In particolare, dovrà:

a) proporre misure di carattere generale idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione, anche con l'introduzione di adeguate forme interne di controllo, specificamente dirette alla prevenzione e all'emersione di possibili esposizioni al rischio corruttivo;
b) fornire al Responsabile della prevenzione della corruzione le informazioni necessarie e le proposte adeguate per l'adozione di misure di verifica e di controllo;
c) avanzare proposte per la rotazione del personale soggetto a procedimenti penali e/o disciplinari per condotta di natura corruttiva, qualora emergesse un effettivo e concreto rischio di reiterazione della corruzione;
d) fare un attento censimento di tutta l'area di propria competenza, in particolare attraverso una verifica delle risorse umane disponibili, degli incarichi e delle responsabilità, dei singoli obiettivi affidati, dei processi che coinvolgono i poteri di spesa e quelli di acquisizione delle entrate e delle vertenze in corso, al fine di verificarne la congruità in materia di lotta alla corruzione;
e) formalizzare, nel rispetto delle prescrizioni legislative e delle disposizioni aziendali, precise disposizioni interne in ordine alle procedure di competenza della struttura, prevedendo puntuali e vincolanti sequenze di comportamenti e di responsabilità, allo scopo di standardizzare e di orientare i procedimenti;
f) adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di conoscere e rispettare le prescrizioni contenute nel Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza;
g) adottare misure volte alla vigilanza sull'attuazione delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi;
h) adottare misure di verifica dell'attuazione delle disposizioni di legge, in materia di autorizzazione di incarichi esterni;

i) proporre la programmazione di specifiche attività di formazione del personale e relativa individuazione, in collaborazione con il Responsabile della prevenzione della corruzione e con la Struttura Formazione;

j) prevedere forme di diffusione del Piano triennale di prevenzione della corruzione ai dipendenti/collaboratori/consulenti a qualsiasi titolo dell'Azienda

k) rendicontare annualmente al RPCT lo stato di attuazione delle misure di mitigazione del rischio corruttivo tramite portale web dedicato per il governo del sistema di prevenzione della corruzione aziendale.

Ciascun Direttore di Dipartimento, Dirigente di Struttura Complessa, Semplice o Dipartimentale, in qualità di Referente, relazionerà annualmente (entro il mese di novembre) al Responsabile per la prevenzione della corruzione, sullo stato di attuazione relativamente ai punti di cui alle lettere d), e), f), g), h) e j). Ai fini della rendicontazione dovrà essere utilizzato il portale web aziendale dedicato al governo degli adempimenti in materia di anticorruzione.

Ai medesimi competono, altresì, gli specifici adempimenti di settore, in ordine agli obblighi di pubblicità e trasparenza di dati, informazioni e documenti, come prescritto dal D. Lgs. n.33/2013 e s.m.i. e dal presente Piano, nella sezione inerente al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità.

Il Personale dipendente

Il dipendente rispetta le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'amministrazione. In particolare, rispetta le prescrizioni contenute nel presente Piano, presta la sua collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnala al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'amministrazione di cui sia venuto a conoscenza.

Tutto il personale dell'Azienda è pertanto tenuto alla puntuale osservanza delle norme anticorruzione ed a fornire il suo apporto collaborativo al Responsabile della prevenzione della corruzione per l'attuazione del presente Piano.

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

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

Gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, posta in capo al Responsabile della prevenzione della corruzione è svolta con il coinvolgimento dell'OIV, al quale il Responsabile della prevenzione della corruzione segnala i casi di mancato o ritardato adempimento (art. 43). Resta fermo il

compito degli OIV concernente l'attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza, previsto dal d.lgs. 150/2009.

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

a) partecipa al processo di gestione del rischio;
b) considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
c) svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
d) esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

Il Policlinico Riuniti di Foggia ha costituito e nominato l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) con deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 15 luglio 2019.

L'Ufficio Procedimenti disciplinari (U.P.D.)

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) del Policlinico di Foggia:

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

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) è l'unico organismo aziendale competente per tutti i procedimenti disciplinari che prevedono l'applicazione di una sanzione superiore al rimprovero verbale (art. 13 D.Lgs. 75 del 25/05/2017), afferenti al personale del Comparto, della Dirigenza Medica e del comparto Sanità e della Dirigenza dell'Area, Professionale, Tecnica e Amministrativa (PTA).

L'U.P.D. è organismo aziendale a carattere collegiale ed è composto da tre membri effettivi e tre supplenti:

PRESIDENTE	Generale dell'Arma dei Carabinieri in quiescenza
COMPONENTE	Dirigente amministrativo presso SC Personale
COMPONENTE	Dirigente SSD Approvvig. e beni servizi sanitari

Il Policlinico di Foggia ha provveduto ad adottare il Regolamento per i procedimenti disciplinari con deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 04 aprile 2022.

6. Contesto esterno

L'analisi del contesto esterno ha come obiettivo quello di evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale l'Azienda opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi al proprio interno. Il Policlinico Riuniti di Foggia, nella realizzazione delle attività nell'ambito della sua mission, instaura una serie di rapporti con le Istituzioni, gli Enti del S.S.N., le Università, le Associazioni, le Case farmaceutiche ed altri soggetti pubblici e privati.

L'Azienda si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero (urgente e programmato, ordinario e in day hospital), per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza nonché per altre prestazioni sanitarie non tariffate concordate con la Regione Puglia. In particolare, persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento di un ampio territorio provinciale, regionale ed extraregionale. Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche), costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Puglia, nonché del Sistema Universitario. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

Da gennaio 2019 è stato acquisito l'Ospedale Lastaria di Lucera e a gennaio 2021, un intero edificio in Piazza San Pio ed i locali della ex clinica Villa Serena situati nel Comune di Foggia saranno nuovi riferimenti strutturali del Policlinico Riuniti, assurgendo a simbolo di una sanità foggiana che si evolve all'interno di una rete ospedaliera flessibile e funzionale, integrata e consolidata in una specifica organizzazione assistenziale sempre più complessa ed eterogenea.

Infine, l'emergenza Covid ha fatto scattare un ambizioso progetto di rilancio strutturale: la trasformazione del plesso D'Avanzo in Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico, di rilevanza nazionale, per la cura e la diagnosi delle malattie infettive e pneumologiche. Con Delibera aziendale n. 51 di gennaio 2021 è stata costituita la Commissione e sono state avviate le complesse procedure previste per il riconoscimento di istituto, dotato di autonomia e personalità giuridica, per il perseguimento di finalità di ricerca, prevalentemente clinica e traslazionale, nel campo biomedico e in quello dell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari, unitamente a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità, secondo i criteri e le procedure fissate nel D. Lgs 288/2003 e nel DM salute del 05/02/2015.

L'interazione del Policlinico Riuniti di Foggia con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi interessi specifici differenti consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "medio/alto" il rischio corruttivo in particolar modo per le seguenti attività:

Attività	**Soggetti**	**Incidenza variabili esogene**	**Impatto**	**Probabilità**	**Rischio finale**
Programmazione	Soggetti pubblici AReSS Agenas Ministero della Salute MEF Università Enti di Ricerca Comunità scientifica Soggetti privati	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio

	Associazioni di categoria				
Finanziamento	Soggetti pubblici Regione Ministero Salute Altri soggetti pubblici Soggetti privati Aziende Cittadini	Sociali ed economiche	Alto	Bassa	Medio
Produzione	Soggetti pubblici Aziende di Servizi alla Persona Soggetti privati Fornitori Dipendenti Sponsor	Territoriali, criminologiche, culturali, sociali ed economiche	Alto	Alta	Alto

Il rischio corruttivo può ritenersi "alto" con riferimento alle "interazioni" e "relazioni" tra i seguenti soggetti ed il personale del Policlinico Riuniti di Foggia:

- Operatori Economici
- Personaggi politici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti di Commissioni di Gara e Concorsi
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Associazioni di Volontariato
- Strutture sanitarie private convenzionate e non

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

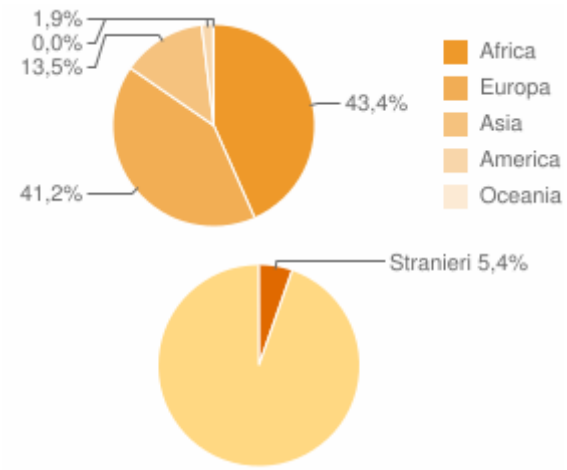
- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure per favoritismi
- alterazione dei tempi di attesa

Caratteristiche demografiche

La provincia di Foggia è una provincia italiana della Puglia di 597.902 abitanti. È la terza provincia più vasta d'Italia dopo quelle di Sassari e Bolzano, prima tra quelle delle regioni a statuto ordinario; si estende su una superficie di 7 007,54 km² e comprende 61 comuni.

Popolazione straniera residente a Foggia al 1° gennaio 2021. I dati tengono conto dei risultati del Censimento permanente della popolazione. Sono considerati cittadini stranieri le persone di cittadinanza non italiana aventi dimora abituale in Italia.

Gli **stranieri residenti a Foggia al 1° gennaio 2021 sono 7.981** e rappresentano il 5,4% della popolazione residente.



La **comunità straniera più numerosa è quella proveniente dalla Romania** con il 19,4% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Senegal (9,2%) e dal Marocco (8,4%).

Criminalità

In relazione agli aspetti di criminalità che possono avere attinenza con il contesto di cui al presente Piano, anche la consultazione di documenti e rendiconti più strettamente collegati alla realtà locale mette in evidenza che alcuni fenomeni sono presenti anche nel nostro tessuto sociale.
Foggia è la provincia al primo posto in Italia, secondo i report annuali, in quanto a numero di estorsioni denunciate (28,1 ogni 100mila abitanti) ed è seconda in classifica, dietro Caltanissetta, per numero di omicidi volontari (2,3 ogni 100mila abitanti). È seconda, dietro Crotone, per tentati omicidi (3,9 ogni 100mila abitanti) ed è al terzo posto dopo Reggio Calabria e Vibo Valentia per denunce per associazione mafiosa (1,5 ogni 100mila abitanti).
Il mercato occupazionale si presenta relativamente poco soddisfacente e per quanto riguarda le infrastrutture sociali la città di Foggia presenta un ritardo piuttosto consistente non solo in ambito nazionale ma anche regionale.

Emergenza Epidemiologica

L'emergenza sanitaria ha posto in luce molte verità sulla salute delle persone e sul sistema chiamato a tutelarla mostrando da un lato, la grande abnegazione e disponibilità del personale

sanitario nel prodigarsi per dare risposte ai cittadini ma ha anche evidenziato debolezze nel prevedere scenari più volte documentati quali l'estensione della popolazione anziana, la crescita delle malattie croniche, i cambiamenti a livello sociale che hanno reso più fragili le famiglie, la conseguenza dei tagli alla spesa sanitaria, gli scarsi investimenti strutturali, il blocco del turn over e la necessità di potenziare i servizi territoriali.

7. Contesto interno

L'analisi del contesto interno ha come obiettivo quello di analizzare le caratteristiche dell'Azienda e della sua gestione operativa che potrebbero rivelare criticità nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione. Tale analisi, in particolare consente di evidenziare il livello di complessità organizzativa dell'amministrazione e soprattutto il sistema delle responsabilità.
Il Policlinico Riuniti di Foggia si articola in 14 Dipartimenti Assistenziali Integrati, n. 46 Strutture Complesse di Area Clinica e n.7 Strutture Complesse di Area Amministrativa e di Staff alla Direzione Strategica. A queste si aggiungono n. 39 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area clinica e n. 3 Strutture Semplici a Valenza Dipartimentale di area amministrativa. Nel calcolo delle Strutture Complesse non è compresa la centrale operativa del Servizio 118 ubicata in sede ma di afferenza alla ASL FG.
La riorganizzazione dipartimentale ha avuto inizio con la DDG n. 341 del 2015. Tale provvedimento ha subito successivi aggiornamenti, nello specifico, DDG n. 571 di luglio 2018 e DDG n. 133 del 4 marzo 2020 Pertanto l'organizzazione aziendale risulta articolata come segue:

Organizzazione dipartimentale						
DIPARTIMENTI DELLE FUNZIONI MEDICHE E SANITARIE						
Dipartimento	**N. U.O.C.**	**Unità Operative Complesse (U.O.C.)**	**O/U**	**N. U.O.S.D.**	**Unità Operative Semplici dipart.li (U.O.S.D.)**	**O/U**
Emergenza-Urgenza	4	Anestesia e Rianimazione	U	1	Centro Antiveleni	O
		Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza	O			
		Ortopedia e Traumatologia ad Indirizzo di Urgenza	O			
		Centrale Operativa 118	O			
Donna e Bambino	5	Ginecologia e Ostetricia	O	4	Procreazione Medicalmente Assistita	U
		Ginecologia e Ostetricia	U		Nido	O
		Neonatologia - Terapia Intensiva Neonatale	O		Chirurgia Pediatrica	O
		Pediatria	U		Chirurgia Pediatrica	U
		Neuropsichiatria Infantile	O			
Cardiotoracovascolare	3	Cardiologia	U	2	Cardiochirurgia	U
		Chirurgia Vascolare	O		Medicina dello Sport	U
		Chirurgia Toracica	U			
Internistico	4	Malattie Infettive	U	5	Dermatologia	O
		Reumatologia	U		Dermatologia	U
		Medicina Interna	O		Reumatologia integrata al territorio	O
		Medicina Interna e dell'invecchiamento	U		Geriatria d'urgenza	O
					Epatologia	U
	5	Malattie Endocrine	U	2	Endoscopia digestiva ad indirizzo	O

Medicina Specialistica		Gastroenterologia	O		d'urgenza	
		Malattie Apparato Respiratorio	O		Allergologia e Immunologia Clinica	U
		Malattie Apparato Respiratorio	U			
Chirurgico	6	Chirurgia Generale	U	4	Chirurgia senologica	O
		Chirurgia Generale	O		Odontoiatria	O
		Chirurgia Plastica e Grandi Ustionati	U		Audiovestibologia	O
		Oftalmologia	U		Chirurgia Oncologica	O
		Ortopedia e Traumatologia	U			
		Otorinolaringoiatria	U			
Onco-ematologico	3	Ematologia	O	1	Oncologia Medica e terapia Biomolecolare	O
		Radioterapia	O			
		Medicina Nucleare	O			
Nefro-Urologico	2	Nefrologia e dialisi	U	1	Endourologia	U
		Urologia e Trapianti	U			
Neuroscienze	5	Neurochirurgia	O	2	Neurofisiopatologia	O
		Neurologia	O			
		Neurologia	U			
		Psichiatria	U		Psicologia	O
		Medicina Fisica e Riabilitativa	U			
Diagnostica per Immagini	2	Radiodiagnostica	O	3	Radiologia Interventistica	O
					Diagnostica senologica	O
		Radiodiagnostica	U		Radiologia d'Urgenza	O
Diagnostica di Laboratorio	4	Anatomia Patologica	U	6	Patologia Clinica	U
		Laboratorio Analisi	O		Centro Unico Prelievi	O
		Genetica Medica	U		Citopatologia Diagnostica	O
		Medicina Trasfusionale	O		Cromatografia e Spettrometria di massa e Tossicologia	U
					Biologia Molecolare Oncologica	
					Microbiologia e Virologia	
Medico-Geriatrico e Riabilitativo Ospedale "Lastaria" di Lucera	2	Geriatria	O	1	Terapia del dolore e delle attività chirurgiche	O
		Oncologia	U			
		Medicina	O			
		Lungodegenza	O			
Area delle strutture dei servizi di supporto e di staff	4	Medicina Legale	U	6	Beni e Servizi Sanitari e Farmaceutica	O
		Statistica ed Epidemiologia	O		Fisica Sanitaria	O
		Igiene	U		Organizzazione del Presidio	O
		Farmacia	O		Igiene e Accreditamento	O
					Medicina del Lavoro	O
					Formazione Ospedaliera	O

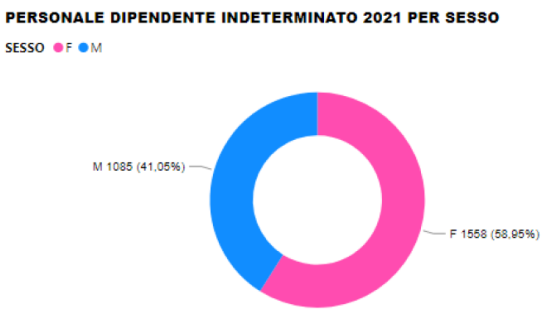
DIPARTIMENTI DELLE FUNZIONI TECNICO-AMMINISTRATIVE E DI STAFF

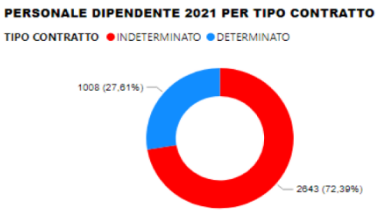
Dipartimento	N. U.O.C.	Unità Operative Complesse (U.O.C.)	N. U.O.S.D.	Unità Operative Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.)
Gestioni Strategiche, Generali e di Staff	3	Gestione delle Risorse Finanziarie	2	Affari Generali e Tutela Privacy
		Burocratico-Legale		
		Gestione delle Risorse Umane		CUP e Libera Professione

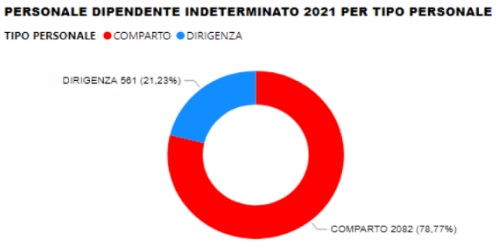
La Regione Puglia con Deliberazione di Giunta n. 1889 del 30.11.2020 ha approvato il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (P.T.F.P.) 2019/2021 sulla base degli standard definiti e nei limiti di spesa determinati dalla stessa con D.G.R. n. 2293/2018. Recentemente tale limite è stato rideterminato con DGR n. 1896 del 22/11/2021. Resta al vaglio della Giunta regionale l'approvazione del Piano di fabbisogno 2020, nel quale l'Azienda ha richiesto la rideterminazione del limite di spesa ulteriore in conseguenza del trasferimento delle funzioni, Piano di fabbisogno e personale in servizio dell'Ospedale Lastaria di Lucera. Inoltre, con Deliberazione del Commissario Straordinario n. 184 del 31/03/2021 è stato approvato, per scorrimento, il Piano di Fabbisogno 2021/2023 comprensivo delle unità di personale previste per fronteggiare la Pandemia da Covid-19.

Tipologia di personale	Personale al 31/12/2021	Personale al 31/12/2020	Personale al 31/12/2019
RUOLO SANITARIO	**1.872**	**1.866**	**1.694**
Dirigenza			484
- Medico – veterinaria	*494*	*484*	*442*
- Sanitaria	*48*	*51*	*42*
Comparto	1.330	1.331	1.210
RUOLO PROFESSIONALE	**9**	**9**	**5**
Dirigenza	5	5	5
Comparto	4	4	-
RUOLO TECNICO	**580**	**547**	**409**
Dirigenza	-	-	-
Comparto	580	547	409
RUOLO AMMINISTRATIVO	**182**	**185**	**132**
Dirigenza	15	14	12
Comparto	167	171	120
TOTALE	**2.643**	**2.607**	**2.241**

I grafici che seguono illustrano il personale dipendente a tempo indeterminato e a tempo determinato dell'Azienda al 31 dicembre 2021, suddiviso per ruolo e area contrattuale, a confronto con quanto risultante al 31 dicembre nei due anni precedenti. Rispetto all'anno 2020 l'organico presenta un incremento complessivo pari a 36 unità mentre il personale a tempo determinato è aumentato nel 2021 di 112 unità rispetto all'anno scorso ma di ben 717 unità rispetto al 2019.







L'emergenza epidemiologica Covid-19 ha accelerato l'implementazione dello smart working quale modalità alternativa di lavoro. Questo, da un lato, ha consentito ai lavoratori di poter svolgere le proprie attività in una situazione di maggior sicurezza rispetto al rischio epidemico e dall'altro ha consentito al Policlinico Riuniti di Foggia di assicurare la continuità delle attività e il perseguimento degli obiettivi prefissati, seppure modificati dallo stato di emergenza stesso.
Terminata la fase emergenziale il Policlinico determinerà le pre-condizioni necessarie all'avvio dello smart working in situazioni ordinarie e non emergenziali.

Essendo un'Azienda integrata con l'Università degli Studi di Foggia, il Policlinico Riuniti di Foggia interagisce costantemente con la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Ateneo foggiano, in modo coordinato ed inscindibile con l'attività di ricerca e di didattica che in essa si svolge per la formazione dei professionisti del futuro.
La "mission" del Policlinico Riuniti è rispondere alla domanda di salute (fisica e psichica), garantendo appropriatezza, sicurezza, qualità ed efficienza delle prestazioni e delle cure anche mediante un progressivo sviluppo della ricerca (in ambito clinico e biomedico) e un miglioramento delle competenze degli operatori, grazie ad attività didattiche di supporto.
Esso si caratterizza per l'attività assistenziale di ricovero (urgente e programmato, ordinario e in day hospital), per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività d'emergenza urgenza nonché per altre prestazioni sanitarie non tariffate concordate con la Regione Puglia.
In particolare, persegue lo sviluppo di attività d'alta specializzazione in quanto riferimento di un ampio territorio provinciale, regionale ed extraregionale. Svolge in modo unitario ed inscindibile funzioni di assistenza, didattica (intesa come strumento di costruzione e miglioramento delle competenze degli operatori) e ricerca (intesa come continuo progresso delle conoscenze e risorse cliniche e biomediche), costituendo, al tempo stesso, elemento strutturale del Servizio Sanitario della Regione Puglia nonché del Sistema Universitario. Al raggiungimento di tale obiettivo concorrono tutte le competenze scientifiche e cliniche della Facoltà di Medicina e Chirurgia e quelle del Servizio Sanitario.

SEZIONE II

8. Mappatura dei processi

Ai sensi della Legge 190/2012 e nell'osservanza del Piano Nazionale Anticorruzione, l'Azienda ha provveduto alla mappatura dei processi aziendali nonché all'individuazione delle "fasi" più frequentemente soggette al rischio corruttivo, prendendo come riferimento metodologico la norma ISO 31000 "*Risk Management - Principles and guidelines*".
Preso atto dell'importanza strategica della mappatura dei processi nell'ambito dell'analisi del contesto interno, nel corso dell'anno 2021, i Referenti del RCPT sono stati chiamati a rendicontare le misure di prevenzione applicate, attraverso apposita check-list e l'inserimento delle informazioni acquisite (monitoraggio semestrale I livello) all'intero di un sistema software centralizzato.
I vari processi sono stati inquadrati in aree di rischio con l'indicazione del Responsabile e la descrizione del processo e delle fasi rilevanti per la valutazione del rischio corruttivo.
In particolare, sono state considerate le seguenti Aree a rischio:

A) Acquisizione e progressione del personale

1. Reclutamento
2. Progressioni di carriera
3. Conferimento di incarichi di collaborazione

B) Affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Rilevazione fabbisogni e programmazione acquisti
2. Definizione dell'oggetto ed individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento
3. Requisiti di qualificazione
4. Requisiti di aggiudicazione
5. Valutazione delle offerte
6. Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte
7. Procedure negoziate
8. Affidamenti diretti
9. Revoca del bando
10. Redazione del cronoprogramma
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto
12. Subappalto
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto

C) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario

D) Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

Nell'aggiornamento assunto con determinazione n. 12/2015 l'ANAC individua per la sanità diverse aree a rischio e per ognuna vengono delineate le procedure e le prassi ideali per scongiurare il rischio di corruzione e illegalità.

Queste le aree a rischio individuate:

1. Contratti pubblici;
2. Incarichi e nomine;
3. Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
4. Controlli, verifiche ispezioni e sanzioni;
5. Attività libero professionale e liste di attesa;
6. Rapporti contrattuali con privati accreditati;
7. Farmaceutica dispositivi e altre tecnologie (ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni);
8. Attività conseguenti al decesso in ambito ospedaliero.

Nel corso dell'anno 2021 sono stati mappati ed analizzati 184 processi aziendali. Per dettagli si rinvia al documento "**Allegato-1-Analisi dei rischi**".

9. Valutazione del Rischio corruttivo

La valutazione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso. In modo sintetico le fasi sono quattro:

- la mappatura dei processi di ogni area aziendale;
- la valutazione del rischio per ogni processo;
- la definizione delle misure per la prevenzione, già in essere e da adottare;
- l'attività di monitoraggio e valutazione.

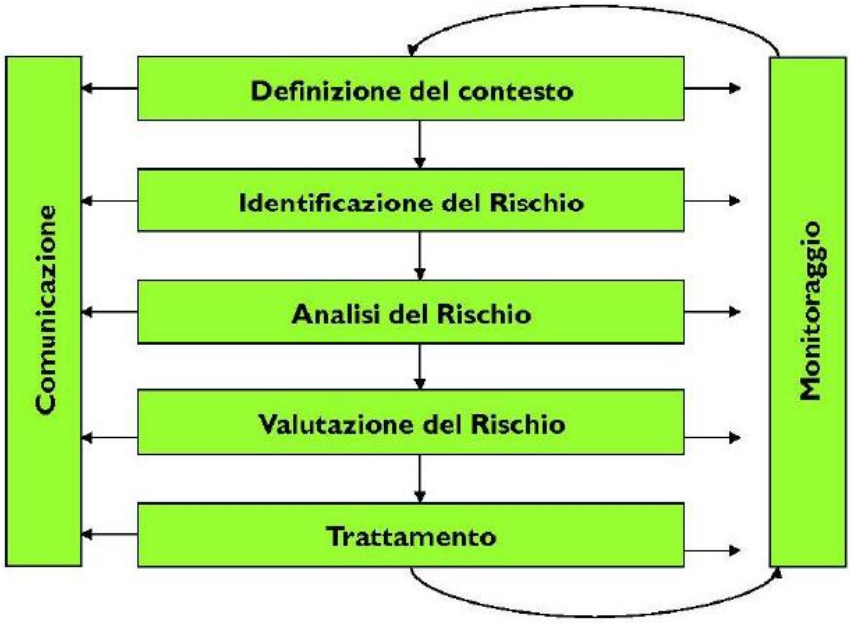


Figura 1 Fasi dell'analisi del rischio

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

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

Figura 2 - Schema gestione del rischio

Per la misurazione del livello del rischio, sono state adottate le indicazioni metodologiche contenute nell'Allegato 1 al PNA 2019, privilegiando un'analisi di tipo qualitativo. In particolare, la metodologia utilizzata si fonda sull'adozione del sistema di misurazione ispirato al modello utilizzato dal "UN Global Compact" con l'obiettivo di rendere efficace il processo di valutazione del rischio.

Figura 2Modello UN Global Compact

Sono stati individuati cinque criteri (indicatori di stima) sulla base dei quali è stata effettuata la valutazione del livello di esposizione al rischio dei processi:

Discrezionalità	
Valore	**Rischio**
Processo con alta discrezionalità (assenza di leggi e regolamenti, assenza di procedure, ecc)	Alto
Processo parzialmente vincolato (presenza di leggi o di atti amministrativi):	Medio
Processo totalmente vincolato	Basso
Rilevanza esterna e valore economico	
Valore	**Rischio**
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico alto	Alto
Destinatari esterni all'azienda / Valore economico basso	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico alto	Medio
Destinatari interni all'azienda / Valore economico basso	Basso
Efficacia controlli	
Valore	**Rischio**
Misure applicate ma da implementare	Alto
Misure applicate ma alcune da implementare	Medio
Misure correttamente applicate	Basso
Presenza di segnalazioni in realtà simili	
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi in realtà simili	Basso
Presenza di segnalazioni	
Valore	**Rischio**
L'attività è stata oggetto di eventi corruttivi nell' Azienda	Alto
L'attività non è stata oggetto di eventi corruttivi nell' Azienda	Basso

Con la nuova metodologia di gestione del rischio, la valutazione cumulativa del livello di esposizione facendo riferimento a più valori risulta il frutto di una valutazione complessiva che tiene conto di diversi aspetti. In particolare, si dà particolare rilevanza agli indicatori di livello medio e alto i cui valori costituiscono un "alert" per la gestione del rischio corruttivo e porteranno i processi ad essere sottoposti ad un monitoraggio più puntuale per la loro "intrinseca rischiosità".
Il rischio è stato calcolato considerando i due "fattori probabilità" e "impatto" con la seguente formula:

Rischio = media probabilità x media impatto

L'analisi del rischio così condotta, tramite sistema informatizzato aziendale di rilevazione dei processi/rischi/misure, consistente nella valutazione della probabilità che il rischio si realizzi e delle conseguenze che il rischio produce (probabilità e impatto), ha consentito di giungere alla determinazione del livello di rischio, rappresentato da un valore numerico nella scala 1-25.
Si è ritenuta coerente la seguente ponderazione del rischio:

fino a 5 rischio basso; da 5,1 a 10 rischio medio; dal 10,1 a 25 rischio alto.

- **Rischio basso:** richiede il mantenimento delle azioni già messe in atto ritenute sufficienti a realizzare l'invarianza del grado di rischio. Il rischio, infatti, è tale che può essere sostenuto dall'organizzazione in riferimento agli obblighi di legge e alla politica adottata non richiede interventi nel breve periodo ma interventi tesi a convalidare le procedure in essere ed ad elevare nel tempo le condizioni di sicurezza.
- **Rischio medio:** richiede un miglioramento delle misure di controllo, diminuzione della discrezionalità, aumento dei livelli di controllo.
- **Rischio alto:** richiede interventi immediati mirati a migliorare i controlli, ad eliminare per quanto possibile la discrezionalità e a prevedere la formazione del personale.

Ciascun livello di rischio è valutato, con riferimento agli interventi di prevenzione del rischio, in relazione al valore che assume all'interno del *range* di riferimento.
Nel corso dell'anno 2018 è stata avviata l'informatizzazione del processo di gestione del rischio corruttivo, mediante l'implementazione di un software web centralizzato e dedicato al governo del sistema anticorruttivo aziendale. Tale software ha consentito di gestire in modo uniforme tutti gli adempimenti previsti dalla L. 190/12, rendendo maggiormente consapevoli i Dirigenti, coinvolgendo le Strutture e garantendo nel contempo la tracciabilità ed il monitoraggio continuo delle misure adottate dai Referenti del RPCT.

Un concetto cruciale nello stabilire se attuare nuove azioni è quello di "rischio residuo", ossia del rischio che persiste una volta che le misure di prevenzione generali e specifiche siano state correttamente attuate. Nell'analizzare il rischio residuo si considera inizialmente la possibilità che il fatto corruttivo venga commesso in assenza di misure di prevenzione; successivamente, si analizzano le misure generali e specifiche che sono state già adottate dall'amministrazione valutandone l'idoneità e l'effettiva applicazione. Nella valutazione del rischio, quindi, è necessario tener conto delle misure già implementate per poi concentrarsi sul rischio residuo.
Sono stati altresì considerati i "fattori abilitanti" ovvero i fattori di contesto che possono agevolare il verificarsi di comportamenti o fattori corruttivi, come di seguito elencati:

- Mancanza / inadeguatezza di controlli
- Mancanza di trasparenza
- Eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento
- Esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto
- Scarsa responsabilizzazione interna
- Assenza di adeguate competenze in capo al personale addetto ai processi
- Carenza e/o inadeguata diffusione della cultura della legalità, responsabilità, integrità
- Mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione

Con riferimento alla rendicontazione delle misure di monitoraggio dei rischi, sono allegati al presento Piano i seguenti documenti cui si rinvia:

- **Allegato_1-Analisi dei rischi**
- **Allegato_2-Priorità trattamento rischi**
- **Allegato_3-Stato attuazione misure**

10. Monitoraggio e Riesame periodico

Il monitoraggio e il riesame periodico costituiscono una fase strategica del processo di gestione del rischio grazie ai quali è possibile verificare l'attuazione e l'adeguatezza delle misure di prevenzione, nonché il complessivo funzionamento del processo stesso, consentendo di apportare tempestivamente le modifiche necessarie.
Monitoraggio e riesame sono due attività differenti ma strettamente collegate. Il monitoraggio è intesa quale attività continuativa di verifica dell'attuazione e dell'idoneità delle singole misure di trattamento del rischio, mentre il riesame è un'attività svolta ad intervalli programmati che riguarda il funzionamento del sistema nel suo complesso. Per quanto riguarda il monitoraggio si possono distinguere due sottofasi:

- **Monitoraggio sull'attuazione delle misure di trattamento del rischio**
- **Monitoraggio sull'adeguatezza delle misure di trattamento del rischio**

I risultati dell'attività di monitoraggio sono utilizzati per effettuare il riesame periodico della funzionalità complessiva del "Sistema di gestione del rischio".

Nel corso dell'anno 2021, è stato effettuato un monitoraggio interno di I livello (da parte dei Referenti RPCT) e di II livello con campionamento ragionato e statistico (da parte del RPCT), che ha permesso la correzione di inesattezze e l'aggiornamento di alcuni processi, rischi e relative misure di mitigazione del rischio corruttivo.
Entrambi i monitoraggi hanno riguardato sia lo stato di attuazione delle misure di carattere generale che lo stato di attuazione delle misure di carattere specifico. L'obiettivo della verifica semestrale è stato quello di accertare la corretta applicazione, da parte dei Dirigenti, delle misure predisposte secondo le modalità e nei tempi previsti, e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio. Con riferimento alle modalità di verifica, il RPCT verifica la veridicità delle informazioni rese in autovalutazione attraverso il controllo degli indicatori previsti nel Piano per l'attuazione delle misure e attraverso la richiesta di documenti, informazioni e/o qualsiasi "prova" dell'effettiva azione svolta. Il riesame è effettuato dal RPCT entro il mese di gennaio di ciascun anno al fine di valutare l'efficienza ed efficacia del sistema anticorruttivo nel suo complesso.

11. Le Misure di prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio corruttivo sono state individuate le misure di prevenzione (trasversali e specifiche) inserite nel registro dei rischia all'interno del software aziendale.
Per ciascuna area di rischio sono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa.
Il principio per decidere la nuova applicazione o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio è quello del rapporto costo-efficacia, ossia il cercare di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

Così come previsto nel Piano Nazionale Anticorruzione, sono previste alcune misure trasversali, fra cui:

- ✓ la trasparenza, che costituisce oggetto del Programma Triennale sulla Trasparenza;

- ✓ l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti e il riutilizzo degli stessi;
- ✓ il monitoraggio sul rispetto dei termini procedimentali facendo emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.
- ✓ l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi (workflow - gestore degli atti – delibere e determine) consentendo la loro tracciabilità al fine di ridurre il rischio di "blocchi" non controllabili con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- ✓ controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;
- ✓ promozione di convenzioni tra amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali;
- ✓ affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza
- ✓ dell'amministrazione di norma ad almeno due dipendenti abbinati;
- ✓ sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza;
- ✓ ascolto dell'utente, raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione presenti.

Di seguito l'elenco delle misure definite nell'ambito del sistema di gestione della prevenzione della corruzione, meglio illustrate nei capitoli successivi:

Descrizione misura	Attuazione misura (Si/No)
Inconferibilità e incompatibilità	SI
Incarichi extra-istituzionali	SI
Incompatibilità successive (pantouflage)	SI
Astensione per conflitto di interessi	SI
Rotazione del personale (ordinaria e straordinaria)	SI
Codice di Comportamento	SI
Segnalazioni illeciti (whistleblowing)	SI
Formazione del personale	SI
R.A.S.A.	SI
Gestore U.I.F. e misure antiriciclaggio	SI
Controlli Commissioni e conferimento incarichi	SI
Patto di integrità	SI
Trasparenza	SI
Informatizzazione e dematerializzazione	SI
Regolamentazione delle Sponsorizzazioni	SI
Controllo attività conseguenti al decesso	SI
Regolamentazione donazioni e comodati d'uso	SI
Regolamentazione ALPI e Liste di attesa	SI
Certificazione bilancio di esercizio	SI

Nei successivi capitoli sono rendicontate le misure generali applicate dall'Azienda per la mitigazione del rischio corruttivo. Per dettagli sulle misure specifiche si rinvia all'Allegato_3-Stato attuazione misure.

12. Patto di integrità

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Patto di integrità	attuata	% presenza patto di integrità nelle procedure di gara (100%)	Referenti interni

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	controlli su sottoscrizione patto di integrità	controlli su sottoscrizione patto di integrità	controlli su sottoscrizione patto di integrità

Per "Patto di Integrità" si intende un accordo, tra amministrazione e partecipanti alle procedure di gara, avente ad oggetto la regolamentazione del comportamento ispirato ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza, nonché l'espresso impegno anticorruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione del contratto e/o al fine di distorcerne la relativa corretta esecuzione.
L'art. 1 c. 17 della Legge 190/2012 prevede che "Le stazioni appaltanti possono prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara." Si tratta pertanto di uno strumento volto a rafforzare l'osservanza di comportamenti già doverosi nel settore degli affidamenti pubblici che svolge una funzione moralizzatrice sia nei confronti dei concorrenti, sia nei confronti dell'amministrazione, attraverso il rafforzamento della cultura della buona amministrazione e del senso di responsabilità. Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di successo a tutti i partecipanti, nonché una corretta e trasparente esecuzione del procedimento di selezione e affidamento, Il Policlinico di Foggia ha elaborato un "Patto di integrità" per le procedure di affidamento di lavori, servizi e forniture, anche sotto soglia che è stato notificato a tutti i Responsabili e Direttori di Strutture amministrative, tecniche e professionali, giusta nota del 11.3.2019 prot. n. 3361.
I Responsabili delle Strutture preposte alla gestione delle relative procedure, assicurano l'inserimento del Patto di integrità nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara. Detti Responsabili curano inoltre l'inserimento nei bandi di gara e nelle lettere di invito della clausola di salvaguardia in virtù della quale la sottoscrizione del Patto costituisce condizione di ammissione alla gara e il suo mancato rispetto determina l'esclusione dalla gara e, ove già stipulato, la risoluzione del contratto.
La carenza della dichiarazione di accettazione del patto di integrità o la mancata produzione dello stesso debitamente sottoscritto dal concorrente possono considerarsi regolarizzabili attraverso la procedura di soccorso istruttorio di cui all'art. 83, comma 9, del d.lgs. 50/2016, con applicazione della sanzione pecuniaria stabilita dal bando di gara.
Eventuali violazioni del patto di integrità sono tempestivamente comunicate al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

13. Conflitto di interessi

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Gestione conflitti di interesse	attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate	RPCT e Referenti interni

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi	Monitoraggio conflitti interessi

Il conflitto di interessi è la situazione in cui un interesse secondario (privato o personale) interferisce, ovvero potrebbe tendenzialmente interferire o appare avere la potenzialità di interferire, con il dovere di una persona ad agire in conformità con un interesse primario, ad esempio, nel caso del funzionario e del dipendente pubblico, in conformità con l'interesse pubblico perseguito mediante l'esercizio della funzione e/o con l'interesse facente capo al destinatario del provvedimento e tutelato dall'ordinamento (*Institute of Medicine, 2009, Conflict of Interest in Medical Research, Education, and Practice, Washington, DC: The National Academies Press).*

Ai sensi dell'art. 6-bis della L. n. 241/90, così come introdotto dall'art.1, comma 41, della L. 190/2012, il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi, in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale, ai loro superiori gerarchici. I Dirigenti formulano la segnalazione, riguardante la propria posizione, al Direttore Generale.

Il conflitto può interessare il dipendente o il coniuge, il parente o l'affine, le persone soggette a tutela o curatela, ovvero soggetti con cui abbia frequentazione abituale oppure organizzazioni nelle quali abbia un ruolo di rilievo e può fare riferimento a rapporti patrimoniali e finanziari, grave inimicizia, liti giudiziarie, indebite pressioni politiche o sindacali, gravi ragioni di convenienza, dubbi sull'imparzialità della Pubblica Amministrazione, lesione anche potenziale all'immagine dell'Azienda.

Divieti specifici sono dettati per attività relative a gestione di risorse finanziarie, appalti, concorsi, affidamento di incarichi, riconoscimento di vantaggi economici e relative commissioni.

Di seguito si fornisce un elenco dei principali obblighi e divieti:

- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90; legge n. 190/2012 art. 3 comma 2, art. 6 comma 2, art. 7 DPR 62/2013).
- Obbligo di segnalazione preventiva e motivata al proprio superiore del conflitto di interessi (art. 6 bis legge n. 241/90, legge n. 190/2012 art. 6 comma 2 e art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di verifica e di istruzioni da parte del superiore al subordinato in caso di rilevazione di conflitto di interessi (art. 7 DPR n. 62/2013).
- Obbligo di vigilanza e controllo sull'assenza di conflitto di interessi da parte dei Dirigenti responsabili, delle posizioni organizzative e dei coordinatori (art. 1 comma 9 legge n. 190/2012).

- Il dipendente non accetta incarichi di collaborazione da soggetti privati che abbiano o abbiano avuto nel biennio precedente, un interesse economico significativo in decisioni o attività inerenti all'ufficio di appartenenza (art. 4 DPR n. 62/2013);
- Disposizioni specifiche sugli appalti (art. 42 d.lgs. 50/2016 e s.m.i.);
- Art. 14 D.p.r n. 62/2013;
- Obbligo, a carico di ciascun dipendente all'atto dell'assegnazione all'ufficio, di informare per iscritto il Dirigente dell'ufficio stesso di tutti i rapporti, diretti o indiretti, di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni (art. 7 DPR n. 62/2013);.
- Obbligo del Dirigente, prima di assumere le sue funzioni, di comunicare all'ufficio personale le partecipazioni azionarie e gli interessi finanziari che possono porre in conflitto di interessi con la funzione pubblica che svolge e dichiarare se ha parenti o affini entro il secondo grado, coniuge o convivente che esercitano attività politiche, professionali o economiche che li pongano in contatti frequenti con l'ufficio che dovrà dirigere o che siano coinvolti nelle decisioni o nelle attività inerenti all'ufficio (art. 13 DPR n. 62/2013);
- Divieto per coloro che sono stati condannati, anche in via non definitiva, per i reati contro la P.A. del capo I, titolo II, del libro II del Codice Penale (peculato, concussione, corruzione, abuso d'ufficio ecc.) di far parte di commissioni per l'affidamento di appalti o per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi, di essere assegnati agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione dei beni, servizi e forniture, o alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati, oppure di far parte delle Commissioni per la concessione o per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere (art. 35 bis D. Lgs. n. 165/2001);
- Divieto di far parte di commissioni di concorso per coloro che ricoprono cariche politiche.
- Art. 51 c.p.c.;
- Sanzioni disciplinari in caso di mancata osservanza del codice di comportamento, ivi compresi le previsioni sui conflitti di interessi (art. 16 DPR n. 62/2013).

Costituiscono, per tutto il personale, misure generali di prevenzione del fenomeno corruttivo, le disposizioni contenute nell'art.35-bis del d.lgs. 165/2001, così come introdotto dall'art. 1 comma 46 della L. 190/2012. In particolare:

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

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

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

Si ravvisano casi di conflitto di interesse, anche nelle seguenti ipotesi:

a) rapporti di collaborazione e consulenza, sia retribuiti che a titolo gratuito, svolti nell'ultimo quinquennio, a favore di soggetti ai quali sia stato aggiudicato, nel medesimo periodo o concorso ad aggiudicare, in nome e per conto dell'Azienda, appalti di lavori, forniture e servizi;

c) eventuali relazioni di parentela o affinità fino al secondo grado, sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti dei soggetti che con l'Azienda stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, limitatamente agli ambiti di lavoro di competenza;
d) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti, con i quali l'Azienda ha in corso di definizione qualsiasi controversia civile, amministrativa o tributaria;
e) attività di collaborazione e consulenza a favore di soggetti privati, con i quali l'Azienda ha instaurato o è in procinto di instaurare un rapporto di partenariato.

In tutte le sopraindicate ipotesi di conflitto di interesse, il dipendente ha l'obbligo di presentare con cadenza annuale all'Area gestione del Personale una dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ai sensi di cui al D.P.R. 445/2000 e s.m.i..

I dati così acquisiti avranno in ogni caso carattere riservato, nel rispetto di quanto previsto in materia di tutela della protezione dei dati ai sensi del Regolamento UE 2016/679.

Durante l'anno 2021 non sono state rilevate/segnalate situazioni di sussistenza di conflitto di interessi.

14.Codice di Comportamento

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Aggiornamento Codice di Comportamento	Misura attuata	Aggiornamento del Codice di Comportamento	RPC e Referenti interni - Affari Generali – OIV

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Attuazione e monitoraggio Codice	Attuazione e monitoraggio Codice	Attuazione e monitoraggio Codice

L'art. 54, co. 5 del D.lgs. n. 165/2001, così modificato e sostituito dall'art. 1, co. 44, della Legge 190/2012, prevede che ciascuna Amministrazione Pubblica approvi, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere favore dell'Organismo di Vigilanza, un proprio Codice di Comportamento nel rispetto dei criteri, delle linee guida e dei modelli predisposti dall'ANAC.

Il Policlinico di Foggia ha già provveduto all'aggiornamento del Codice di Comportamento, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 08 luglio 2020.

Altresì, in considerazione dell'intervenuta modifica legislativa in materia di contrattazione collettiva, è stato adottato l'aggiornamento del Regolamento per i Procedimenti Disciplinari, giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 76 del 04 aprile 2022.

A riguardo si precisa che i principi del Codice si applicano a tutti coloro che prestano attività lavorativa a qualsiasi titolo per il Policlinico di Foggia, con particolare attenzione a:

a. tutti coloro che a qualunque titolo svolgono attività sanitaria, inclusi i medici in formazione specialistica, i medici e gli altri professionisti sanitari convenzionati, i dottorandi di ricerca formalmente autorizzati;

b. coloro che ricoprono ruoli e/o svolgono funzioni strategiche in seno all'organizzazione;
c. personale operante nelle aree c.d. "a rischio generale o specifico";
d. soggetti impiegati presso le strutture di rappresentanza legale dell'amministrazione;
e. componenti di organi, titolari di incarichi presso gli uffici di diretta collaborazione con il vertice politico e amministrativo;
f. soggetti impiegati presso gli uffici per le relazioni con il pubblico;
g. dipendenti di altre pubbliche amministrazioni in comando, distacco o fuori ruolo, comunque vincolati da un rapporto di lavoro con l'amministrazione;
h. collaboratori e consulenti dell'amministrazione con qualsiasi tipologia di contratto o incarico, conferito a qualsiasi titolo;
i. collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni e/o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

Il Policlinico Riuniti di Foggia con deliberazione del Direttore Generale n. 397 del 08 luglio 2020 ha adotto il nuovo Codice di comportamento che prevede le seguenti indicazioni:

- ✓ il richiamo all'obbligo del rispetto delle liste e della riduzione dei tempi di attesa e delle relative discipline regolamentari;
- ✓ il richiamo all'obbligo per il personale sanitario di tenere distinte attività istituzionale e attività libero professionale, per ciò che riguarda i rispettivi tempi, luoghi e modalità di svolgimento;
- ✓ il divieto di condizionare il paziente orientandolo verso la visita in regime di libera professione;
- ✓ il richiamo all'obbligo del medico di garantire la tracciabilità dei pagamenti e la tempestiva contabilizzazione a consuntivo delle somme incassate nell'attività libero professionale intramuraria;
- ✓ il richiamo al corretto assolvimento degli obblighi informativi e alle relative tempistiche di trasmissione dei flussi sulle prestazioni sanitarie erogate;
- ✓ il richiamo all'obbligo di aggiornamento professionale per il personale sanitario;
- ✓ il divieto di percepire corrispettivi di qualsivoglia natura nell'esercizio delle proprie funzioni istituzionali che non siano consentiti dalla legge, previsti dal contratto collettivo e autorizzati dalla propria azienda;
- ✓ il divieto di indicare nella documentazione sanitaria, nei limiti e alle condizioni previste dalla normativa vigente in materia, il nome commerciale dei farmaci prescritti e/o consigliati, all'atto della prescrizione e/o del consiglio terapeutico, in sede di dimissione dalla struttura sanitaria e/o a seguito di visita ambulatoriale;
- ✓ il richiamo all'osservanza dei principi deontologici e di imparzialità anche nella prescrizione/consiglio terapeutico di altri prodotti diversi dai farmaci (come ad esempio prodotti sostitutivi del latte materno);
- ✓ il richiamo al rispetto dei turni di lavoro programmati, salvo giusta causa adeguatamente motivata;
- ✓ il divieto di utilizzare divise e indumenti forniti al personale al di fuori dei luoghi e degli orari di lavoro;
- ✓ il richiamo all'obbligo della corretta tenuta e gestione della documentazione clinica.

15.Incompatibilità successiva

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di comportamento	Misura attuata	% verifiche presenza di clausole anti-pantouflage nei contratti individuali di lavoro e nei bandi di gara (100%) Formazione e sensibilizzazione del personale sul Codice di Comportamento (almeno 1 corso/anno)	RPCT e Referenti interni

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento	Monitoraggio applicazione del Codice di Comportamento

La L. n. 190/2012 ha valutato un nuovo rischio di possibile situazione di corruzione connesso all'impiego del dipendente in un momento successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.
Il rischio valutato dalla norma è che il dipendente si sia precostituito, durante l'attività lavorativa, situazioni vantaggiose così da sfruttare a proprio vantaggio la sua posizione all'interno dell'amministrazione per ottenere un lavoro presso l'impresa o il soggetto privato con cui è entrato in contatto.
La misura di prevenzione è che il personale dipendente che per il ruolo e la posizione ricoperta nell'amministrazione ha avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto dell'atto e, quindi, coloro che hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (funzionari responsabili di Posizione organizzativa, responsabili di procedimento), ai sensi dell'art. 53 comma 16 ter del D. Lvo n.165/2001, così come inserito dalla lettera l) del comma 42 dell'art. 1 della L. 6 novembre 2012, n. 190, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati che siano stati destinatari dell'attività della stessa pubblica amministrazione presso la quale sussisteva il rapporto di pubblico impiego. I contratti e gli atti conclusi in violazione del presente comma sono nulli. Ai fini dell'applicazione dell'art. 53, comma 16 ter, del D.lgs. n. 165/2001 e dell'art. 21 del d.lgs. 39/2013, il Policlinico di Foggia adotta le seguenti misure:

- **nei contratti di assunzione del personale** è inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;

- **nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti**, anche mediante procedura negoziata, è inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;

I soggetti per i quali emerge la situazione di cui al punto precedente sono esclusi dalle procedure di affidamento; si agisce in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D.Lgs. n.165/2001.

16. Segnalazioni illeciti

Misura	**Stato attuazione misura**	**Indicatore**	**Responsabile**
Segnalazione illeciti	attuata	numero segnalazioni ricevute dai dipendenti (assenza segnalazioni)	RPCT

Programmazione triennale della misura	**2022**	**2023**	**2024**
	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni	Monitoraggio segnalazioni

La Legge 6 novembre 2012, n. 190, detta "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione". In particolare l'art. 1 comma 51 ha aggiunto al D.Lgs. 165/2001 l'art. 54 bis, introducendo nell'ordinamento giuridico italiano la figura del Whistleblowing, cioè del dipendente pubblico che segnala gli illeciti a cui abbia assistito o di cui sia venuto a conoscenza in ragione dello svolgimento della propria attività lavorativa. La norma impone alla P.A. di prevedere una particolare tutela del Whistleblowing che non può prescindere dalla formalizzazione di una procedura atta a fornire chiare indicazioni operative in merito. Al riguardo con deliberazione n. 25 del 29 gennaio 2016 l'Azienda si è dotata di apposito regolamento pubblicato, unitamente alla modulistica di segnalazione, in "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti/prevenzione della corruzione" (https://www.sanita.puglia.it/web/ospedaliriunitifoggia/whistleblower).

Con la Legge, 30/11/2017 n° 179, G.U. 14/12/2017, il nostro legislatore ha introdotto nuove norme a tutela del dipendente che segnale illeciti. La nuova legge si compone di tre articoli, ha come obiettivo principale quello di garantire una tutela adeguata ai lavoratori ed amplia la disciplina di cui alla legge Severino. In particolare le nuove norme modificano l'articolo 54 bis del Testo Unico del Pubblico Impiego stabilendo che il dipendente che segnala al responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente o all'Autorità nazionale anticorruzione 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.

Reintegrazione nel posto di lavoro.
La nuova disciplina prevede che il dipendente sia reintegrato nel posto di lavoro in caso di licenziamento e che siano nulli tutti gli atti discriminatori o ritorsivi. L'onere di provare che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante sono motivate da ragioni estranee alla segnalazione, sarà a carico dell'amministrazione.

Sanzioni per gli atti discriminatori.
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. Inoltre, l'Anac applica la sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a carico del responsabile che non effettua le attività di verifica e analisi delle segnalazioni ricevute.

Segretezza dell'identità del denunciante.
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. La segnalazione è sottratta all'accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni. L'Anac, sentito il Garante per la protezione dei dati personali, elaborerà linee guida sulle procedure di presentazione e gestione delle segnalazioni promuovendo anche strumenti di crittografia quanto al contenuto della denuncia e alla relativa documentazione per garantire la riservatezza dell'identità del segnalante.

Blocco della tutela.
Sempre secondo quanto previsto dall'articolo 1 della legge in esame, il dipendente che denuncia atti discriminatori non avrà diritto alla tutela nel caso di condanna del segnalante in sede penale (anche in primo grado) per calunnia, diffamazione o altri reati commessi con la denuncia o quando sia accertata la sua responsabilità civile per dolo o colpa grave.
Il Policlinico di Foggia ha adottato un sistema informatizzato per l'inoltro e la gestione delle segnalazioni degli illeciti in modalità crittografata (inintelligibile ai non autorizzati) che garantisce l'anonimato del segnalante nel rispetto delle procedure e misure di sicurezza imposte dalla Legge n. 179/2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato" e nell'osservanza del Regolamento sull'esercizio del potere sanzionatorio in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità, giusta Delibera ANAC n. 1033 del 30 ottobre 2018. Il Responsabile per la prevenzione della corruzione provvede all'aggiornamento del Regolamento interno per la gestione della procedura di *Whistleblowing* destinato al personale aziendale, altresì organizzando attività formative per tutti i dipendenti.
Nel corso dell'anno 2021 non risultano segnalazioni di illecito da parte del personale dipendente.

17. Inconferibilità ed incompatibilità

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Attestazioni inconferibilità ed incompatibilità	attuata	% controlli sulle attestazioni ricevute e pubblicate annualmente (100%)	RPCT

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Verifiche su attestazioni	Verifiche su attestazioni	Verifiche su attestazioni

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle Pubbliche Amministrazioni si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'8 aprile 2013 n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità ed incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190". L'Autorità Nazionale per la Prevenzione della Corruzione (ANAC) con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.
In particolare, la delibera stabilisce che "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le Aziende Sanitarie devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".
Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del d.lgs n. 165/ 2001.
Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti l'Azienda verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale.
In fase di monitoraggio delle misure per l'anno 2021, sono state acquisite le dichiarazioni di insussistenza di cause di incompatibilità ed inconferibilità al conferimento dell'incarico del Direttore Generale, del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, senza rilevare criticità.

18. Rotazione del Personale

Misura	Stato attuazione	Indicatore	Responsabile
Rotazione del personale dipendente	Misura attuata	Numero rotazioni del personale per anno	Direzione Strategica – Ufficio del Personale

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Monitoraggio misura rotazione	Monitoraggio misura rotazione	Monitoraggio misura rotazione

Con la direttiva n. 8 del 17 giugno 2015 l'ANAC ha definito che "uno dei principali fattori di rischio di corruzione è costituito dalla circostanza che uno stesso soggetto possa sfruttare un potere o una conoscenza nella gestione di processi caratterizzati da discrezionalità e da relazioni intrattenute con gli utenti per ottenere vantaggi illeciti", e pertanto ha previsto tra le misure organizzative di prevenzione alla corruzione l'applicazione della rotazione o delle misure alternative finalizzate a prevenire il citato fattore di rischio. L'Autorità ha anche chiarito che la rotazione non può comunque tradursi nella sottrazione di competenze professionali specialistiche ad Uffici cui sono affidate attività ad elevato contenuto tecnico.
La misura di prevenzione deve consistere nella rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione. Tale misura presenta non indifferenti profili di criticità. La rotazione può essere applicata compatibilmente con la dotazione organica e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture aziendali.
La valutazione in merito alla rotazione dei Dirigenti e del personale del comparto titolare di posizioni organizzativa viene effettuata alla scadenza dell'incarico. Fatti salvi i casi di sospensione cautelare per procedimento penale, il soggetto competente alla nomina procede comunque, nel rispetto delle procedure e delle garanzie previste dai contratti collettivi di lavoro e dalle altre norme applicabili, alla rotazione dei dipendenti coinvolti in procedimenti penali o
disciplinari collegati a condotte di natura corruttiva o non conformi a canoni di correttezza ai sensi della normativa vigente in materia.
Il Policlinico di Foggia, nel corso dell'anno 2021, ha applicato la misura della rotazione con riferimento a taluni profili dirigenziali ed in aggiunta ha applicato le seguenti misure di mitigazione del rischio corruttivo:

- segregazione delle funzioni per cui chi istruisce gli atti è sempre una persona differente da chi autorizza;
- affiancamento di un funzionario al funzionario "istruttore" al fine di condividere le valutazioni inerenti l'istruttoria finale;
- formazione graduale dei dipendenti coinvolti nei processi ad alto rischio finalizzata al trasferimento di competenze professionali trasversali, quali precondizioni necessarie alla rotazione e contestualmente configurandosi quale stimolo alla crescita personale e professionale degli individui.

Il Policlinico di Foggia ha inoltre adottato uno specifico Regolamento sulla rotazione del personale con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 30 del 19/03/2022.

19. Incarichi extra-istituzionali

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	Misura attuata	% presenza autorizzazione sul totale degli incarichi conferiti (100%)	RPCT e Gestione Personale

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Monitoraggio autorizzazioni	Monitoraggio autorizzazioni	Monitoraggio autorizzazioni

La disciplina relativa all'autorizzazione a poter svolgere, da parte dei dipendenti, attività extra-istituzionali trova la sua ratio nella necessità di evitare situazioni di conflitto d' interesse.
Infatti, ai sensi dell'art.53, comma 5 del d.lgs. 165/2001 come modificato dalla legge n.190 del 2012, si stabilisce che "…il conferimento operato direttamente dall'amministrazione, nonché l'autorizzazione all'esercizio di incarichi che provengano da amministrazione diversa da quella di appartenenza, ovvero da società o persone fisiche, che svolgano attività d'impresa o commerciale, sono disposti dai rispettivi organi competenti secondo criteri oggettivi e predeterminati, che tengano conto della specifica professionalità, tali da escludere casi di incompatibilità, sia di diritto che di fatto, nell'interesse del buon andamento della pubblica amministrazione o situazioni di conflitto, anche potenziale, di interessi, che pregiudichino l'esercizio imparziale delle funzioni attribuite al dipendente".
Ai fini del rilascio di autorizzazioni all'esercizio di incarichi ai dipendenti seguendo il disposto dell'art. 53, comma 7 del d.lgs 165/2001, così come modificato dalla Legge 190/2012, l'Azienda ha adottato apposito Regolamento, con deliberazione del Commissario Straordinario n. 138 del 27 giugno 2014, che disciplina le modalità di autorizzazione per incarichi extra istituzionali, contemplando anche le ipotesi di situazioni di incompatibilità o di conflitto, anche potenziale, di interessi. Durante il monitoraggio della misura per l'anno 2021 sono state verificate le autorizzazioni ad incarichi *extra oficio*, senza rilevare alcuna criticità.

20. Monitoraggio tempi procedimentali

I Responsabili delle Strutture aziendali provvedono al monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza (anche ove si tratti solo di fasi endo-procedimentali nell'ambito di procedimenti più ampi).
La valutazione del rispetto dei termini procedimentali è effettuata sulla base del Piano di approvazione delle linee di attività per singola struttura e dei relativi cronoprogrammi, da adottare, per ogni Struttura Complessa e Semplice Dipartimentale, sulla scorta della tempistica prevista nel Piano delle Performance.
Degli eventuali risultati negativi di tale monitoraggio viene informato il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, tramite reportistica periodica.
Nel corso dell'anno 2021 non sono state rilevate criticità sui tempi di conclusione dei procedimenti amministrativi.

21. Formazione del Personale

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Formazione e sensibilizzazione	attuata	Numero partecipanti sul totale degli interessati/invitati	RPCT - Area Formazione

Programmazione triennale della misura	2022	2023	2024
	Programmazione attività formative	Programmazione attività formative	Programmazione attività formative

La formazione del personale costituisce uno degli strumenti fondamentali per la messa a punto di una efficace strategia di prevenzione della corruzione.
Una formazione adeguata consente di fornire al personale la necessaria conoscenza delle leggi e soprattutto degli strumenti di prevenzione della corruzione e delle modalità per riconoscere i segnali d'allarme, quali ad esempio situazioni in cui sussiste il conflitto di interessi.
Nella convinzione che la corruzione, soprattutto quando diviene sistemica, divenga oltre che un comportamento illegale del singolo anche un indicatore di una cultura che se radicata compromettere l'integrità ed il buon funzionamento dell'organizzazione, occorre investire in percorsi formativi che supportino un cambiamento culturale ed organizzativo.
Il Policlinico di Foggia prevede due diverse tipologie di formazione, una di tipo generale per tutti i dipendenti e una specifica per particolari funzioni aziendali, sia per il livello di rischio, sia per l'attività specifica svolta.

- **Formazione generale**. E' rivolta a tutti i dipendenti e riguarda le tematiche dell'etica e della legalità, ed una conoscenza approfondita del presente Piano e del Codice di Comportamento aziendale. Le metodologie utilizzate sono basate sull'approccio frontale rafforzato dall'esame di casi concreti e su focus group.
- **Formazione specifica**. E' rivolta principalmente al Responsabile della Prevenzione e della Trasparenza e ai Referenti del RPCT.

Nel corso dell'anno 2021 sono stati organizzati eventi formativi sul tema dell'etica e della legalità, sia di livello generale che specifico per i Dirigenti. Le attività formative proseguiranno nel triennio 2022-2024 in linea con gli aggiornamenti normativi nazionali e regionali.
Per quanto riguarda le attività di sensibilizzazione rivolte alla società civile, il Policlinico di Foggia organizza annualmente la giornata della trasparenza, rilevando suggerimenti ed osservazioni da tutti gli stakeholder interessati, pubblicando l'avviso anche sul sito internet istituzionale.

22. Responsabile Anagrafe Stazione Appaltante

Come evidenziato dalla Determinazione ANAC n 831/2016, al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 590 del 29/08/2018 avente ad oggetto "Nomina Soggetto Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA) incaricato alla compilazione ed aggiornamento dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti" è stato individuato un Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, quale soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti. L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

23. Sponsorizzazioni

Le attività di sponsorizzazione e i rapporti che si creano tra il Policlinico di Foggia e le Aziende private, Associazioni ed Enti profit e non profit, sono ambiti esposti a rischio corruzione, anche in considerazione dell'incremento dell'attività in tale settore. Nel corso dell'anno 2018 è stato elaborato uno specifico Regolamento sulle sponsorizzazioni adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 462 del 14 giugno 2018.
Ai fini del rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti nell'esercizio della loro attività, sui quali gravi la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, delle consulenze e collaborazioni (legali e tecniche), il Policlinico di Foggia intende avviare, nel triennio 2022-2024, l'iter per l'acquisizione delle "dichiarazioni pubbliche di interesse" su modello Agenas.
I modelli di dichiarazione Agenas si articolano in cinque sezioni:

- **Prima Sezione** - "Dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti".
- **Seconda Sezione** - "Dichiarazione degli interessi di carattere finanziario".
- **Terza Sezione** - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti su invito ad eventi organizzati da terzi".
- **Quarta Sezione** - "Dichiarazione di partecipazione dei professionisti all'organizzazione di eventi sponsorizzati da terzi".
- **Quinta Sezione** - "Modulo per la notifica dei doni ricevuti".

Le informazioni potranno essere acquisite tramite piattaforma informatizzata Agenas e utilizzate per l'attivazione di controlli ex ante e/o ex post in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della ricerca e delle sponsorizzazioni.

24. Attività conseguenti al decesso

I servizi funebri rappresentano uno dei processi a rischio corruzione, come ampliamente desumibile dalla stampa regionale e nazionale. Il Policlinico di Foggia, consapevole di tale rischio, ha ampliato le misure di trasparenza già adottate, che prevedono l'affissione dell'elenco delle ditte operanti sul territorio nei locali dell'obitorio, nonché di svolgere attività formativa e informativa rivolta ai dipendenti che espletano attività finalizzata a ridurre il rischio corruzione attraverso l'imposizione del divieto di indicazione di ditte e l'adozione di specifiche linee guida estrinsecate nella DDG n. 184 del 6.7.2015 avente ad oggetto: "Approvazione Regolamento disciplinante le attività dell'obitorio dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia in attuazione del regolamento di polizia mortuaria".

25. Donazioni e comodati d'uso

Il Policlinico di Foggia pone particolare attenzione alle modalità attraverso le quali i beni, di diversa natura, entrano all'interno dell'Azienda con canali diversi dai canali tradizionali di approvvigionamento, come per esempio le donazioni.

Pertanto, le misure di controllo previste per tali modalità di accesso sono:

- Predisposizione di appositi atti deliberativi/determinazioni dirigenziali con indicazione del soggetto che ha effettuato la donazione e le finalità della stessa;
- Pubblicazione degli stessi atti sul sito del Policlinico di Foggia;
- Predisposizione di appositi atti amministrativi che definiscano le modalità di utilizzo delle donazioni, anch'esso pubblicato sul sito aziendale.

Il Policlinico di Foggia ha provveduto:

a) all'aggiornamento del Regolamento in materia di donazioni, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 38 del 24 gennaio 2019;
b) all'adozione del Regolamento aziendale per la gestione delle donazioni in denaro, giusta deliberazione n. 219 del 07 aprile 2020.

26. Attività libero professionale - ALPI

Le attività libero professionali intramoenia rappresentano uno dei processi a maggior rischio corruzione del settore sanitario.
Il Policlinico di Foggia consapevole di tale rischio e nell'ottica di non limitare il diritto di libera scelta del paziente ha adottato il Regolamento aziendale per l'attività libero-professionale intramuraria del personale dipendente della dirigenza medica e del ruolo sanitario dell'A.O.U. di Foggia, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 492 del 9 ottobre 2017.
Con deliberazione n. 357 del 12 luglio 2017 il Policlinico di Foggia ha costituito il Nuovo Organismo Paritetico di Promozione e Verifica dell'ALPI deputato agli adempimenti previsti dalla normativa in materia di attività libero professionale della dirigenza medica del SSN e in ottemperanza al Regolamento Regionale n. 2/2016 della Regione Puglia.
Altresì, ai sensi dell'art. 3 della Legge n. 13/2019, è stato nominato il Responsabile Unico Aziendale delle Liste di Attesa (RULA), giusta deliberazione del Direttore Generale n. 242 del 09 maggio 2019.

27. Referente monitoraggio Opere Pubbliche

Ai sensi della Legge n.196/2009 è stata istituita la Banca Dati delle Amministrazioni Pubbliche (BDAP), in seno al Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), al fine di assicurare un efficace controllo e monitoraggio degli andamenti della finanza pubblica.
Con riferimento alle procedure in materia di monitoraggio dello stato di attuazione delle opere pubbliche per la verifica dell'utilizzo dei finanziamenti nei tempi previsti, ai sensi dell'art. 13 della L. n. 196/2009, il Policlinico di Foggia ha provveduto alla nomina del Referente unico per il monitoraggio delle Opere Pubbliche previsto dal decreto legislativo n. 229/2001, designando quale referente interno un collaboratore amministrativo in servizio presso la Struttura Gestione Tecnica, giusta deliberazione del Direttore Generale n. 681 del 8 ottobre 2018.

28. Gestore procedure antiriciclaggio

Il Decreto Legislativo n. 231/2007 ha imposto una serie di obblighi volti a garantire l'adeguata verifica dei titolari effettivi della società con cui si contrae e che ha altresì imposto alla P.A.

l'obbligo di segnalare le operazioni sospette all'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) istituita all'uopo presso la Banca d'Italia.
Altresì, il Decreto Ministeriale del Ministero dell'Interno del 25/09/2015, ha provveduto, con l'Allegato A, ad indicare una serie di indicatori di anomalia nelle transazioni e le pubbliche amministrazioni, in presenza di uno degli indici di anomalia, devono provvedere alla segnalazione all'UIF.
Ai fini dell'adozione delle procedure interne previste dal D.M. del Ministero dell'Interno, il Policlinico di Foggia ha provveduto alla nomina del gestore delle comunicazioni alla UIF giusta deliberazione del Commissario Straordinario n. 26 del 19.03.2022.

29. Flussi informativi periodici

Il Policlinico Riuniti di Foggia prevede, nel triennio 2022-2024, periodici flussi informativi verso il RPCT la cui presa in carico e corretta gestione è obbligatoria in capo ai relativi Responsabili delle Strutture Aziendali, secondo la tabella riportata nell'allegato "Allegato_3-StatoAttuazioneMisure".

30. Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR)

Nell'ambito del quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare ed agevolare la realizzazione di traguardi ed obiettivi previsti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) di cui al d.l. 31 maggio 2021 n.77, convertito con modificazioni dalla legge 29 luglio 2021 n.108, questa Azienda, su richiesta della Direzione del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale della Regione Puglia, ha individuato un Dirigente quale componente del gruppo di lavoro interistituzionale Regione/Aziende Sanitarie per l'attuazione del PNRR – Missione 6 "Salute". La comunicazione del soggetto individuato al Dipartimento regionale è avvenuta con nota n. 20135 del 12 novembre 2021.
Di seguito i compiti del Dirigente designato:

a) Interfacciarsi con le proprie strutture aziendali beneficiarie di finanziamenti a valere sulla Missione 6 del PNRR per assicurare il rispetto degli obblighi contenuti nel PNRR, nel Piano Operativo e nel Contratto Istituzionale di sviluppo che la Regione Puglia sottoscriverà con il Ministero proponente;
b) Aggiornare periodicamente sullo stato di attuazione del PNRR Missione 6 evidenziando eventuali criticità che possano inficiare il rispetto dei milestone e dei target fissati;
c) Supportare la struttura dipartimentale nel monitoraggio periodico sullo stato di attuazione (fisico ed economico) degli interventi;
d) Supportare la struttura dipartimentale nella definizione delle linee di indirizzo operative necessarie per assicurare l'attuazione della Missione 6 "Salute".

SEZIONE III

31. Trasparenza amministrativa

La trasparenza dell'attività istituzionale, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, rappresenta uno dei principali strumenti di lotta alla corruzione all'interno dell'Azienda. E' assicurata mediante la pubblicazione, nel sito web aziendale, dei dati, delle informazioni e dei documenti riconducibili alle macro-voci della sezione "Amministrazione Trasparente" - in conformità alle previsioni di cui all'allegato del D. Lgs n.33/2013 - secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali.
La trasparenza deve essere finalizzata a:

- favorire forme di controllo diffuso degli utenti, in ordine al corretto svolgimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;
- concorrere ad attuare il principio democratico ed i principi costituzionali di uguaglianza, imparzialità e buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo delle risorse pubbliche.

Le informazioni pubblicate sul sito devono essere accessibili, complete, integre, comprensibili ed aggiornate (delibera CIVIT n.50/2013). Tale obbligo grava, innanzitutto, sui dirigenti e sugli incaricati, in base alla rispettiva sfera di competenza. I dati, le informazioni ed i documenti devono essere pubblicati secondo griglie di facile lettura e confronto. Qualora questioni tecniche (estensione dei file, difficoltà all'acquisizione informatica, etc.) siano di ostacolo alla completezza dei dati pubblicati sul sito istituzionale dell'Azienda, deve essere reso chiaro il motivo dell'incompletezza, l'elenco dei file mancanti e le modalità alternative di accesso agli stessi dati.
Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione, ai sensi dell'art. 43, D.lgs n.33/2013, assicura completezza chiarezza e aggiornamento delle informazioni, nei limiti della corretta attuazione delle misure organizzative imposte nel Programma triennale per la Trasparenza.
Il Programma triennale della trasparenza e l'integrità, costituisce parte integrante del Piano di prevenzione della corruzione e dovrà essere formalizzato dall'Azienda, sentito l'Organo di Indirizzo, nonché le associazioni operanti su scala provinciale oltre ad eventuali suggerimenti provenienti da tutti gli stakeholder aziendali (cittadini/utenti, sindacati, fornitori, enti e istituzioni, associazioni del terzo settore, professionisti).
Ciascun Direttore/Dirigente, sulla scorta del quadro sinottico in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di dati, informazioni e documenti da parte dell'Azienda, oltre all'attività di controllo e supervisione diretta, si avvale di uno o più dipendenti, dal medesimo formalmente incaricati, e provvede alle operazioni di pubblicazione, aggiornamento, correzione dei dati, delle informazioni e dei documenti inerenti alle attività istituzionali di propria competenza, come meglio decritti nel precitato schema allegato , conforme alle prescrizioni normative in allegato al D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. e alle recenti "Linee Guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015/2017" emanate dall'ANAC. Tali operazioni devono essere svolte, sistematicamente, con possibilità di tracciare sempre l'operatore che le ha poste in essere, mediante uso di password personale.

32. Coinvolgimento degli stakeholder

Uno degli scopi fondamentali delle politiche di prevenzione è quello di fare emergere i fatti di corruzione o di cattiva amministrazione. Secondo l'Europa il raggiungimento di questo obiettivo è attuato anche col concorso di soggetti esterni all'amministrazione, ai cittadini, agli utenti, agli assistiti nel caso del SSN.
Il Policlinico di Foggia ha da sempre sostenuto politiche di coinvolgimento degli stakeholder, attività che proprio in considerazione dell'aggiornamento annuale del Piano per la prevenzione della corruzione, risulta di particolare rilievo per il ritorno informativo che potrebbe arrivare dai vari portatori di interesse, sul livello di utilità e di utilizzazione dei dati pubblicati, nonché eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate ovvero in merito a ritardi e inadempienze riscontrate. Obiettivo principale del Policlinico di Foggia è proseguire e migliorare l'attività di ascolto dei cittadini prevedendo nella sezione "Amministrazione Trasparente/Altri contenuti – corruzione" la possibilità di trasmettere proposte integrative/migliorative al Piano anticorruzione e di partecipare attivamente alla ridefinizione delle misure in materia di etica e legalità. I Portatori di Interesse o Stakeholder del Policlinico di Foggia sono tutti gli attori o gruppi attivamente coinvolti, a vario titolo, nelle attività del Policlinico. Nello specifico sono da considerarsi stakeholder dell'Azienda le seguenti categorie:
i Cittadini fruitori dei servizi sanitari, i Familiari, le Associazioni di volontariato, le Associazioni di Malattia, le Associazioni dei Consumatori, gli Enti pubblici e Istituzioni, i Sindacati, i Patronati, i Media, gli Ordini Professionali, i Dipendenti del Policlinico di Foggia, le Pubbliche Assistenze, i Fornitori, le Strutture Pubbliche e Convenzionate, gli Studenti che effettuano tirocini e stage nei servizi sanitari.

33. Obblighi di pubblicazione

L'Azienda intende curare con particolare attenzione l'aggiornamento e l'inserimento delle informazioni e dei dati relativi all'organizzazione, alle attività, alle funzioni e alle responsabilità nella sezione "Amministrazione trasparente".
A tale scopo, è stata predisposta la tabella in allegato ("**Allegato_6-Obblighi di Pubblicazione**") cui si rinvia, che individua, per ogni obbligo informativo, i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati relativi, tenendo conto delle modifiche legislative e del nuovo assetto organizzativo.
Inoltre l'Azienda intende rendere disponibili, laddove si ravvisi la necessità, brevi note esplicative dei dati pubblicati. Chiunque ha diritto di accedere, direttamente ed immediatamente, al sito istituzionale aziendale. Il Policlinico di Foggia si impegna a promuovere il sito istituzionale e a pubblicizzarne, con le forme ritenute più idonee, le modalità di accesso.

Nel corso del triennio 2022-2024 è prevista la pubblicazione dei seguenti dati ulteriori, nel rispetto della disciplina rilevante in materia di protezione dei dati personali:

- i nominativi e i curricula di tutti i soggetti coinvolti nelle sperimentazioni cliniche di medicinali ad uso umano e tutte le sperimentazioni attivate, in corso o concluse, e quelle autorizzate, nonché i correlati finanziamenti e programmi di spesa e i relativi contratti, ai sensi decreto legislativo 14 maggio 2019, n. 52;
- i dati relativi ai risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio, ai sensi della legge n. 24/2017;

- dati relativi al censimento delle autovetture di servizio, già oggetto di comunicazione obbligatoria al Dipartimento di Funzione Pubblica ai sensi dell'art. 4 c.1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 settembre 2014.

34.Trasparenza e Privacy

Con il Regolamento (UE) n. 2016/679 del 27 aprile 2016 (GDPR), entrato in vigore il 25 maggio 2018, è stata introdotta, tra l'altro, la figura del Responsabile della protezione dei dati (RPD o DPO).
In particolare, all'art. 37 del GDPR viene stabilito che il RPD può essere individuato in una professionalità interna all'ente o assolvere ai suoi compiti in base ad un contratto di servizi stipulato con persona fisica o giuridica esterna all'ente. Nel primo caso, l'Autorità ritiene (Aggiornamento 2018 al PNA) che, per quanto possibile, tale figura non debba coincidere con il RPCT. Si valuta, infatti, che la sovrapposizione dei due ruoli possa rischiare di limitare l'effettività dello svolgimento delle attività riconducibili alle due diverse funzioni, tenuto conto dei numerosi compiti e responsabilità che la normativa attribuisce sia al RPD che al RPCT.
Al RPD spetta il compito di ricercare il giusto bilanciamento tra due esigenze contrapposte: quella della *full disclosure* (trasparenza) e della privacy (riservatezza). La soluzione deve esser individuata attraverso la valutazione degli interessi in gioco alla luce dei principi fondamentali che permeano la normativa europea sulla protezione dei dati (art. 5 del GDPR) e la normativa nazionale sulla trasparenza (D.Lgs 33/13 e s.m.i.).
Il Policlinico di Foggia ha designato il Responsabile della Protezione dei dati giusta deliberazione del Direttore Generale n. 168 del 12 aprile 2017.
Per le questioni di carattere generale riguardanti la protezione dei dati personali, il DPO costituisce una figura di riferimento anche per il RPCT, anche se naturalmente non può sostituirsi ad esso nell'esercizio delle funzioni. Nel caso di istanze di riesame di decisioni sull'accesso civico generalizzato il RPCT si può avvalere, se ritenuto necessario, del supporto del DPO nell'ambito di un rapporto di collaborazione interna fra gli uffici, ma limitatamente a profili di carattere generale, tenuto conto che proprio la legge attribuisce al RPCT il potere di richiedere un parere al Garante per la protezione dei dati personali. Ciò sebbene il DPO sia stato eventualmente già consultato in prima istanza dall'ufficio competente che ha riscontrato l'accesso civico oggetto del riesame.

35. Accesso civico semplice e generalizzato

Accesso civico semplice

Le prescrizioni di pubblicazione previste dal D. Lgs. n. 33/2013 e dal D.Lgs 97/2016 (c.d. FOIA – Freedom of Information Act) sono obbligatorie. Nei casi in cui l'A.O.U. di Foggia abbia omesso la pubblicazione degli atti è data facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli atti medesimi non pubblicati in base a quanto stabilito dall'art. 5 del medesimo decreto. La richiesta di accesso civico (c.d. accesso civico semplice), ai sensi dell'art. 5, non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) del Policlinico di Foggia.

Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare già pubblicati, nel rispetto della normativa vigente, il RPCT provvederà, entro 30 giorni, ad indicare a chi ne abbia fatto istanza il relativo collegamento ipertestuale. Qualora i documenti, le informazioni o i dati richiesti dovessero risultare non pubblicati, il RPCT richiederà alla Struttura competente di provvedere alla pubblicazione entro 30 giorni dalla ricezione dell'istanza. Qualora la pubblicazione, per motivi tecnici, dovesse richiedere tempi superiori a 30 giorni, l'istante sarà informato da parte del Responsabile. In ogni caso, a pubblicazione avvenuta, verrà inviata una comunicazione contenente il relativo collegamento ipertestuale e, se richiesto, il documento, l'informazione e il dato oggetto della richiesta.

Accesso civico generalizzato

Con riferimento agli atti, documenti e informazioni non oggetto di obblighi di pubblicazione, è data altresì facoltà al cittadino di chiedere e ottenere l'accesso agli stessi (c.d. accesso civico generalizzato), ai sensi dell'art. 5 bis del D. Lgs. n. 33/2013.

L'accesso Civico definito "generalizzato" o "ampliato" costituisce l'innovazione di maggiore rilievo apportata dal decreto legislativo n. 97/2016, ed è quella che motiva la denominazione di F.O.I.A. (Freedom Of Information Act) data all'intervento legislativo.

Pertanto, ad oggi sono tre le forme di accesso a dati, documenti, informazioni della pubblica amministrazione:

- **accesso "documentale"** (artt. 22 e seguenti legge n. 241/1990);
- **accesso civico "semplice"** (a dati, documenti, informazioni da pubblicarsi in Amministrazione Trasparente - art. 5 decreto n. 33/2013);
- **accesso civico "generalizzato" o "ampliato"** (art. 5, comma 2, decreto n. 33 come modificato dal D.lgs n. 97/2016).

Con l'accesso civico, ampliato o generalizzato, è possibile accedere a dati, documenti, informazioni detenuti da pubbliche amministrazioni ma ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione:

"Allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'art. 5 bis (esclusioni e limiti all'accesso civico)".

Si tratta di un diritto di accesso non condizionato dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti ed avente ad oggetto tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

Il Policlinico di Foggia ha adottato apposito Regolamento sull'accesso agli atti ed alla documentazione amministrativa con relativa disciplina dell'accesso civico (deliberazione del Direttore Generale n. 128 del 20/03/2017).

36. Clausola di rinvio

Il Piano, di norma, è aggiornato con cadenza annuale ed ogni qual volta emergano rilevanti mutamenti dell'organizzazione o dell'attività del Policlinico di Foggia. Gli aggiornamenti annuali e

le eventuali modifiche in corso di vigenza sono proposte dal Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, ed approvate con provvedimento del Direttore Generale.
Degli aggiornamenti e delle eventuali modifiche in corso di vigenza sarà data adeguata evidenza mediante pubblicazione della versione modificata del documento sul sito internet istituzionale, nell' apposita sezione "Amministrazione trasparente".
Per tutto quanto non espressamente disciplinato nel presente Piano si applicano le disposizioni vigenti in materia e, in particolare, la legge n. 190 del 2012, il d.lgs. n. 33 del 2013 e s.m.i.

37. Entrata in vigore

Il presente Piano entra in vigore il giorno della pubblicazione del provvedimento di adozione e successiva pubblicazione sul sito internet istituzionale, nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente".

38. **Allegati**

1. **Allegato_1-Analisi-rischio_misure**
2. **Allegato_2-Priorita-trattamento-rischi**
3. **Allegato_3-StatoAttuazioneMisure**
4. **Allegato_4-Scheda Relazione RPCT**
5. **Allegato_5-Organigramma**
6. **Allegato_6-Obblighi di Pubblicazione**