

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2014/2016

RELAZIONE ANNUALE 2014 SULL'ESITO DELL'ATTIVITÀ SVOLTA

• PREMESSA

La Legge 190/2012 recante “ Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità della Pubblica Amministrazione ”, ha sancito l'obbligo per le PP.AA. di nominare un Responsabile della Prevenzione della corruzione, quale garante dell'adozione e del rispetto di un sistema di misure di prevenzione volto a scongiurare il verificarsi di fenomeni coruttivi e di adottare un Piano Triennale di Prevenzione della corruzione che, in coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione, svolga un'analisi delle attività amministrative e sanitarie maggiormente “a rischio” e le misure da adottare, volte alla prevenzione, al controllo ed al contrasto della corruzione e dell'illegalità-

In coerenza con quanto previsto dall'art. 1 c. 14 della L. 190/2012, il Responsabile della prevenzione della corruzione redige la presente Relazione Annuale recante i risultati dell'attività svolta quale rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite, per l'anno 2014, dal PTPC 2014/2016.

La presente relazione illustra in particolare le azioni intraprese nell'anno 2014, nell'ambito delle quali assume particolare rilevanza l'attività per l'adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016.

La presente Relazione è trasmessa all'Organo di indirizzo politico e pubblicata sul sito web alla sezione “ Amministrazione Trasparente ” ed alla sezione “ Prevenzione della corruzione ” nonché trasmessa al D.F.P. in allegato al PTPC 2015/2017.

PROCESSO DI ADOZIONE DEL PTPC

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera (ASM), ai sensi della Legge 190/2012 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica Amministrazione", ha provveduto:

- Con Deliberazione del Direttore Generale n. 401 del 2.04.2013 alla nomina del Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione;
- Con Determinazione del Direttore Amministrativo Aziendale n. 820 del 10.04.2013 è stato individuato il personale di supporto al Responsabile della Prevenzione della Corruzione (insediamento in data 15.04.2013);
- Con Deliberazione del Direttore Generale n. 116 del 28.01.2014 all'approvazione del piano triennale della prevenzione della corruzione 2014-2016;
- Con nota/mail a piani.prevenzionecorruzione@funzionepubblica.it del 31.01.2014 all'inoltro del citato piano al Dipartimento della Funzione Pubblica;
- Con nota prot. n. 20140007822 del 29.01.2014 all'inoltro del citato piano al Dipartimento della Salute, Sicurezza e Solidarietà Sociale Servizi alla Persona e alla Comunità della Regione Basilicata, in ossequio all'art. 1 comma 60 lett. a della L. 190/2012;
- Alla pubblicazione sul proprio sito istituzionale del piano triennale prevenzione corruzione, comprensivo dell'atto di approvazione, nella sezione “Amministrazione Trasparente – Anticorruzione”.



Il Piano triennale della prevenzione corruzione 2014/2016 è stato redatto dal Responsabile della prevenzione della corruzione in coerenza con il Piano Nazionale Anticorruzione.

In data 11 Settembre 2013 con delibera n. 72/2013, la C.I.V.I.T. (ora ANAC) ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione con il quale ha introdotto nel nostro ordinamento un sistema organico di prevenzione della corruzione il cui aspetto caratterizzante consiste nell'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione su due livelli; il livello " nazionale " con la predisposizione del PNA ed il livello " decentrato " con la definizione del PTPC che ciascuna amministrazione deve adottare.

E' stata altresì chiarita dalla C.I.V.I.T., la natura giuridica dei piani che devono essere strutturati come documenti dinamici di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, di indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

• **NUCLEO DI INDICATORI SULL'EFFICACIA DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE**

La presente Relazione Annuale 2014 analizza, in ordine al contenuto, gli indicatori sull'efficacia delle politiche di prevenzione con particolare riguardo ai seguenti ambiti:

1) GESTIONE DEI RISCHI

L'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza, si consolida nel tempo e si sviluppa nel triennio; relativamente all'anno 2014 le fasi principali unitamente alla metodologia - seguite dall'Azienda - vengono di seguito descritte:

- a) LA MAPPATURA DEI PROCESSI
- b) ANALISI E VALUTAZIONE (DEI RISCHI) DEI PROCESSI
- c) IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI (SPECIFICI)
- d) IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

Nell'ambito dell'applicazione della L. 190/2012, in linea con le indicazioni del Piano Nazionale Anticorruzione (di seguito PNA) approvato dalla CIVIT con la delibera n. 72 dell'11 settembre 2013, le amministrazioni pubbliche, centrali e locali, sono chiamate a redigere il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione nel quale esplicitare le misure preventive del rischio di corruzione ed illegalità.

Nel disegno normativo, l'adozione delle misure preventive non può prescindere da un'approfondita analisi del contesto in cui opera l'amministrazione e dall'analisi e valutazione dei rischi specifici ai quali sono esposti i vari uffici o procedimenti.

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

Il Piano Nazionale Anticorruzione prevede che la fase iniziale del processo di gestione del rischio sia dedicata alla mappatura dei processi, intendendo come tali, "quell'insieme di attività interrelate che creano valore trasformando delle risorse (input del processo) in un prodotto (output del processo) destinato ad un soggetto interno o esterno all'amministrazione (utente). Il processo che si svolge nell'ambito di un'amministrazione può esso da solo portare al risultato finale o porsi come parte o fase di un processo complesso, con il concorso di più



amministrazioni. Il concetto di processo è più ampio di quello di procedimento amministrativo e ricomprende anche le procedure di natura privatistica”.

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

Per semplificare tale fase, abbiamo adottato un modello che indica un elenco di processi che è stato elaborato sulla base delle indicazioni contenute nell'allegato 2 del PNA.

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

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

Il Catalogo dei Rischi è stato suddiviso in 3 livelli:

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

La presente metodologia ha portato allo svolgimento delle seguenti attività:

- Mappatura dei Processi:

a) Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione di nuove Aree di rischio e/o Processi per l'azienda sanitaria locale di Matera;

b) Identificazione delle strutture deputate allo svolgimento del Process

➤ Analisi e Valutazione dei Processi:

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

➤ Identificazione e Valutazione dei rischi:

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

b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

➤ Identificazione delle misure:

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

a - LA MAPPATURA DEI PROCESSI

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

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

Sono stati quindi individuati i principali processi associati alle aree di rischio, individuati dal PNA come comuni a tutte le amministrazioni ed individuati come specifici alla realtà aziendale.

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

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

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

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

b - ANALISI E VALUTAZIONE (DEI RISCHI) PROCESSI SPECIFICI

Valutazione dei processi esposti al rischio

La presente analisi, come dettato dal Piano Nazionale Anticorruzione, ha mirato a valutare l'esposizione al rischio dei processi organizzativi.

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

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

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

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

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



c - IDENTIFICAZIONE E VALUTAZIONE DEI RISCHI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VALUTAZIONE COMPLESSIVA

MODALITA' DI CALCOLO

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

Valori e frequenze della probabilità

o nessuna probabilità 1 improbab.le 2 poco probab.le 3 prob.le 4 molto prob.le 5 altamente probabile

Valori e importanza dell'impatto

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

Valutazione complessiva del rischio

Valore frequenza x valore impatto

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

4 - IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE

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

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

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

Il PNA identifica una serie di misure obbligatorie (Allegato 1), che devono essere necessariamente implementate all'interno di ciascuna amministrazione, alle quali sono state affiancate misure ulteriori. In entrambi i casi, le misure sono "coerenti con gli esiti della valutazione".

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

AREA DI RISCHIO

Area di Rischio

CATALOGO DEI PROCESSI E DEI RISCHI

Processo

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

Eventi rischiosi

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

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

Area:

... PROCESSO

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

DESCRIZIONE

Il presente processo consiste.. ..

Sono interessati al processo

LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO

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

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

**LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEGLI EVENTI
RIOSI**

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

INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Misura	Descrizione	Fasi	Tempi	Responsabile	Argomento
1					

Misura	Descrizione	Fasi	Tempi	Responsabile	Argomento
2					

17

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

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

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

Sono stati, pertanto, censiti:

- a) eventuali controlli interni previsti;
 - b) atti organizzativi interni che, disciplinando in maniera puntuale il processo, capaci di ridurre gli spazi di discrezionalità nei quali potrebbero annidarsi episodi di corruzione e di cattiva gestione;
 - c) altri regolamenti/procedure, etc. che si è ritenuto potessero presidiare il rischio.
- 6) Analisi delle misure esistenti a presidio del rischio.
Si è ritenuto opportuno capire se le misure esistenti sono previste formalmente, applicate ed efficaci, al fine di individuare eventuali margini di discrezionalità sui quali poter intervenire con rafforzamenti di atti, regolamenti, controlli (in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia);
- 7) Indicazione delle Misure proposte a presidio del rischio.
Si è trattato di incrociare le misure applicabili del PNA e quelle esistenti a presidio del rischio. Per ciascun processo, quindi le "Misure Previste" contemplano sia le Misure del PNA, dettagliate a seconda delle specifiche necessità dell'organizzazione (efficacia delle misure esistenti) che ulteriori misure non specificate dal PNA ma ritenute indispensabili (in esito e nel corso di sessioni dedicate dal Responsabile prevenzione corruzione con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia);
- 8) Indicazione della Tipologia delle Misure individuate (a cura del Responsabile Prevenzione Corruzione unitamente ai singoli dirigenti delle UU.OO.).
- 9) E' stata inserita:
- a. La Classificazione in termini di misure: Organizzative, Regolamentari e Formative.
 - b. La Classificazione della Misura in: Obbligatoria (prevista dal PNA) o Ulteriore (non prevista dal PNA);
 - c. La Classificazione della Misura in: Specifica (per un determinato Ufficio) o Trasversale (applicabile a tutti gli Uffici);



Valutazione delle condizioni di idoneità delle misure

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

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

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

Indicazione delle modalità di attuazione delle misure

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

Concerne l'indicazione di:

- a. Le fasi previste per la loro attuazione;
- b. L'esplicitazione dei tempi di realizzazione, con riferimento al periodo 2014-2016;
- c. Servizio - Dirigente/Posizione Organizzativa – Responsabile PO – Responsabile del procedimento.

Individuazione delle aree di rischio

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

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

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

Le aree di rischio di cui all' art. 1, comma 16 della L. n. 190/2012, comuni ed obbligatorie a tutte le pubbliche amministrazioni sono le seguenti:

Area: acquisizione e progressione del personale

Area: affidamento di lavori, servizi e forniture 1. Definizione dell'oggetto dell'affidamento

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

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

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

Le stesse - che costituiscono un contenuto minimale obbligatorio per legge - non esauriscono, tuttavia, la individuazione delle aree di rischio dell'Azienda.



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

Le ulteriori aree di rischio individuate sono le seguenti:

1. Area Assistenza Sanitaria di base (Coordinamento Attività Territoriale e Distretti)
2. Area Direzione Sanitaria Ospedaliera
3. Area U.O.C. Farmacia Ospedaliera
4. Area U.O.C. Farmacia Territoriale
5. Area U.O. Gestione Risorse Finanziarie
6. Area U.O. Gestione del rischio clinico e Medicina Legale
7. Area Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale :
 - Area A – Area della Sanità Animale
 - Area B - Area dell'Igiene della produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati
 - Area C - Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
8. Area Dipartimento di Prevenzione della Salute Umana :
 - U.O. SIAN - Servizio di Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
 - U.O. S.I.S.P. - Servizio di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
 - U.O. SPILL - Servizio di Prevenzione, Protezione e Impiantistica nei luoghi di lavoro
 - U.O. - Medicina del Lavoro e Sicurezza Ambientale

2) FORMAZIONE

Con Deliberazione n. 138 del 30.01.2014 avente ad oggetto " Approvazione Piano Triennale di Formazione nell'Ambito della Prevenzione corruzione – D.Lgs n. 165/01 e smi – L. 190/2012 " è stato approvato il Piano Triennale di formazione nell'ambito della Prevenzione della Corruzione in adempimento alla L. 190/2012 che individua, tra le misure da adottare per la prevenzione della corruzione, la formazione quale strumento cruciale per prevenire azioni illegali.

Preliminarmente il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, in raccordo con il Responsabile della formazione, il Responsabile della Gestione risorse umane ed il responsabile della Trasparenza, ha rilevato il fabbisogno formativo in modo da garantire che i contenuti rispondessero al bisogno formativo inerente l'aspetto normativo - specialistico e valoriale, tale da accrescere nei dipendenti le competenze e lo sviluppo del senso civico.

Altresì, al fine di individuare ambiti di miglioramento dei percorsi formativi attuati, è stato previsto che i partecipanti al percorso formativo compilassero un questionario per la rilevazione del grado di soddisfazione in merito alla modalità formativa, al contenuto, alla efficacia didattica dei docenti ed alla ricaduta professionale.

I percorsi formativi programmati sono stati strutturati su due livelli:

- Un livello generale rivolto a tutti i dipendenti , per l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
- Un livello specifico (programmi, politiche, strumenti utilizzati per la prevenzione e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'azienda), per il Responsabile della Prevenzione della corruzione , i referenti, i componenti dell'OIV, i dirigenti e funzionari impegnati nelle aree a rischio.

A prosieguo del percorso formativo che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha fatto presso il Dipartimento Funzione Pubblica tramite il Formez.PA, avente

titolo “ Corso per i Responsabili della Prevenzione della Corruzione (RPC)”, nell’ambito del Progetto “Interventi mirati al contrasto della corruzione nella P.A. locale e centrale è stato attivato un ciclo di “Webinar” per tutti i dipendenti a tutti i livelli.

I seminari online hanno riguardato le seguenti tematiche:

1. 28 febbraio 2014: “Il ruolo della leadership nello stabilire i fondamenti di una cultura etica dell’amministrazione”;
2. 14 marzo 2014: “La formazione generale con approccio valoriale”;
3. 18 aprile 2014: “Il Wistleblowing”;
4. 26 maggio 2014: “Trasparenza e Trasparentismi”.

Presso l’ASM sono state attivate due aule in due distinte sedi, per facilitare la partecipazione di tutti; tutti, comunque, iscritti, potevano altresì seguire i Webinar dalla propria postazione di lavoro.

Nell’ambito della programmazione annuale sono state organizzate una serie di attività formative e precisamente:

1. Un evento formativo di 2° livello, specifico e rivolto ai Dirigenti ed al personale del Comparto appartenenti alle Aree individuate a Rischio corruzione, mappate ed inserite nel PTPC 2014/2016 avente titolo “L’Anticorruzione in Sanità: Politiche, programmi e strumenti per la prevenzione della corruzione e l’attuazione dei dettami legislativi”. L’evento formativo è stato accreditato con assegnazione dei crediti ECM. Sono state attivate due Edizioni in due sedi diverse aziendali: Sede di Matera 29 e 30 Settembre 2014 ore 8,30 – 17,30, Sede di Policoro 14 e 15 Ottobre 2014 8,30 – 17,30. Il Docente del Corso è stato l’ Avv. Stefano Maccioni di Sanitanova.
2. Il secondo evento ha riguardato “Il sistema di valutazione della Performance e la valorizzazione del merito nel lavoro pubblico. Gli ultimi interventi normativi”, 20 Ottobre 2014 Matera ore 9,00 – 14,00 Docente Dr.ssa Patrizia Colagiovanni – Dirigente ARAN.
3. Il terzo evento di 1° livello, generale e rivolto a tutti i dipendenti, avente titolo: “ La disciplina anticorruzione e per la trasparenza (L.190/2012 e D.Lgs. 33/2013) applicate alle Strutture Sanitarie. E’ stato organizzato in un unico evento ed in unica sede, garantendo però la massima partecipazione dei dipendenti: 11 Dicembre 2014 Sede Matera ore 9.00 – 14.00. Esperto/Docente Massimo Di Rienzo (Esperto e Consulente FormezPA).

Sempre al fine di attivare tutte le forme possibili per la formazione/informazione dei dipendenti è stata disposta la trasmissione via mail aziendale del PTPC 2014/2016 a tutti i Dirigenti sia per opportuna conoscenza che ai fini degli adempimenti di competenza (obbligo di informazione al Responsabile della Prevenzione della corruzione in ordine alla formazione del proprio personale), oltre alla pubblicazione dello stesso sul sito aziendale.

3) CODICE DI COMPORTAMENTO

Con deliberazione n. 50 del 17.01.2014 è stato adottato il “Codice di comportamento per il personale dell’Azienda sanitaria di Matera” ai sensi dell’art. 54 c. 5 del D.Lgs. n. 165/01 e smi.

Con nota prot. n. 20140005569 l’OIV aziendale ha espresso parere favorevole al Codice di comportamento dell’ASM di Matera.

In ordine alle denunce di violazione del Codice di Comportamento/Codice disciplinare da parte del personale dipendente appartenente al Comparto e/o alla Dirigenza ed alle Sanzioni irrogate risultano i seguenti dati:

• **Personale del Comparto**

Procedimenti attivati n. 08
di cui per violazione:
- del codice di comportamento: n. 8
- dell'art. 53 D.Lgs. 165/2001: n. 0
Sanzioni irrogate: n. 6 archiviati
n. 1 censura scritta
n. 1 in corso

• **Personale della Dirigenza**

Procedimenti attivati n. 3
di cui per violazione:
- del codice di comportamento: n. 1
- dell'art. 53 D.Lgs. 165/2001: n. 2
Sanzioni irrogate: n. 1 sospensione dal servizio per msei 1
n. 1 sospeso in attesa di defin. del proced.to penale
n. 1 archiviato

In ordine all'attività dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD) - U.O. Gestione Risorse Umane, circa la individuazione di "orari di disponibilità" durante i quali i funzionari preposti sono disponibili ad ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'Azienda (misura individuata come "ulteriore" nel PTPC 2014/2016), con nota prot. n. 20140078442 dell'11.09.2014 l'UPD ha comunicato che la disponibilità di due giorni la settimana, e precisamente: il Martedì ed il Giovedì dalle ore 15.00 alle ore 17.00.

Tanto al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari (art. 15, c. 3 DPR n. 62/2013).

4) ROTAZIONE DEGLI INCARICHI

In ordine alla rotazione degli incarichi il PTPC prevede che il Direttore Generale, sulla base delle indicazioni dei Dirigenti/Responsabili di struttura/ufficio e del Responsabile della prevenzione della corruzione, concorda con gli stessi la rotazione dei dipendenti coinvolti nell'istruttoria di attività ad elevato rischio di corruzione, compatibilmente con l'organico.

La rotazione degli incarichi dirigenziali verrà realizzata a partire dalla scadenza degli incarichi già conferiti. Sarà possibile realizzare tale rotazione nell'ambito di attività fungibili o comunque intermedie, mentre non potrà essere applicata nell'ambito di attività altamente specializzate (Attività medico-specialistica).

Nell'ultimo triennio (2012-2014) conseguente a scelte operate nel corso dell'anno 2012, è stata realizzata una particolare attività di Rotazione del Personale Dirigente e del Comparto, che ha visto interessate anche le Aree di Rischio individuate dal PNA; in particolare è stato disposto l'avvicendamento del Dirigente della U.O. Provveditorato (Area: affidamento di lavori, servizi e forniture), del Dirigente dell' U.O. Gestione Risorse Umane (Area: acquisizione e progressione del personale), del Dirigente dei Servizi Sanitari, l'avvicendamento di personale amministrativo tra le varie UU.OO. del Dipartimento Amm.vo, dovuto ad una riorganizzazione delle UU.OO., conseguente al subentro di una nuova Direzione Strategica.

Pertanto, specificato che gli avvicendamenti non sono stati disposti per violazioni dei Codici disciplinare o di comportamento, si è realizzato comunque un considerevole ricambio del personale, anche nelle aree a rischio individuate dal PTPC.

Per il futuro, l'attuale consistenza dell'organico, unitamente al blocco delle assunzioni,



richiedono attenta valutazione sulle scelte da adottare a fronte della necessità di garantire la continuità e le necessarie competenze delle strutture, con particolare riguardo a quelle attività altamente specializzate.

Proprio per questo motivo, nel prosieguo si considererà di dotarsi di ulteriori misure e procedure e di una serie di presidi compensatori, al fine di assicurare trasparenza ed integrità nello svolgimento delle attività.

5) ALTRE INIZIATIVE

5.1 “Whistleblowing”

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera con Deliberazione n. 116 del 28 Gennaio 2014 ha adottato il PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2014/2016 (PTPC) ai sensi della Legge 6 Novembre 2012, n°190, quale azione per prevenire fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri di diligenza e lealtà a servizio dell'interesse pubblico.

L'art. 1 Comma 51 della Legge n. 190/2012 (c.d. Legge anticorruzione) ha inserito un nuovo articolo, il 54 bis, nell'ambito del d.lgs. 165/2001, rubricato "tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti", in virtù del quale è stata introdotta nel nostro ordinamento una misura finalizzata a favorire l'emersione di fattispecie di illecito, nota nei paesi anglosassoni come Whistleblowing.

Il PTPC prevede alla Sez. Terza par. 3.44 l'opportunità di provvedere ad informare i dipendenti sull'importanza dello strumento c.d. “Whistleblowing” e sul loro diritto ad essere tutelati nel caso di segnalazione di presunte azioni illecite.

L'ASM di Matera prima di attivare in via formale una specifica procedura per le segnalazioni di presunti illeciti ed irregolarità, ha avviato una prima fase di informazione/formazione al fine di rimuovere i fattori che potessero ostacolare o disincentivare il ricorso all'istituto (Whistleblowing), quali i dubbi e le incertezze circa la procedura da seguire e i timori di ritorsioni o discriminazioni.

A tal fine ha indetto un avviso quale sessione INFORMATIVA/FORMATIVA propedeutica all'attivazione di una procedura formale.

A conclusione della suddetta fase di informazione/formazione, che ha avuto durata di trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione del suddetto avviso sul sito dell'ASM, si è proceduto alla formale attivazione della procedura per la segnalazione dei presunti illeciti da parte del dipendente dell'ASM (c.d. whistleblowing).

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

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

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

La misura del “Wistleblowing” è riservata al solo personale dipendente dell'ASM di Matera.

Il modulo da compilare per la segnalazione di presunti illeciti e irregolarità è il seguente:



ILLECITI E IRREGOLARITA'

(WHISTLEBLOWING)

Si chiede di indicare, preliminarmente, come ritiene si configurano le azioni od omissioni, commesse o tentate riguardanti la segnalazione:

- ☐ *penalmente rilevanti;*
- ☐ *poste in essere in violazione dei Codici di comportamento o di altre disposizioni aziendali sanzionabili in via disciplinare;*
- ☐ *suscettibili di arrecare un pregiudizio patrimoniale all'amministrazione di appartenenza o ad altro ente pubblico;*
- ☐ *suscettibili di arrecare un pregiudizio all'immagine dell'ASL;*
- ☐ *suscettibili di arrecare un danno alla salute o sicurezza dei dipendenti, utenti e cittadini o di arrecare un danno all'ambiente;*
- ☐ *suscettibili di arrecare pregiudizio agli utenti o ai dipendenti o ad altri soggetti che svolgono la loro attività presso l'azienda.*

*Di seguito si indicano i seguenti elementi **:

- a) Generalità del soggetto che effettua la segnalazione, con indicazione della posizione o funzione svolta nell'ambito dell'azienda, _____
Tel./Cell. _____
Mail, _____
- b) Descrizione chiara e completa dei fatti oggetto di segnalazione _____
- c) Circostanze di tempo e di luogo in cui sono stati commessi i fatti _____
- d) Generalità o altri elementi (come la qualifica e il servizio in cui svolge l'attività) per identificare il soggetto/i che ha/hanno posto/i in essere i fatti segnalati _____
- e) Indicazione di eventuali altri soggetti che possono riferire sui fatti oggetto di segnalazione _____
- f) Indicazione di eventuali documenti che possono confermare la fondatezza di tali fatti _____
- g) ogni altra informazione che possa fornire un utile riscontro circa la sussistenza dei fatti segnalati _____
- h) _____

N.B. : Qualora la segnalazione venga inviata con modalità alternativa alla e-mail, apporre:

Luogo, _____ Data, _____, Firma _____

Per quanto concerne gli esiti della misura, ad oggi non sono pervenute segnalazioni da parte del personale dipendente.

5.2 “Contratti pubblici”

a) Patti di Integrità

Con deliberazione n. 116 del 28.01.2014 l'ASM di Matera ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014/2016 (P.T.P.C.).

Il suddetto PTPC alla Sezione Terza p. 3.46 nonché alla Tavola XVII Allegata, in virtù dell'art. 1 c. 17 della L. 190/2012, prevede una misura finalizzata alla predisposizione ed all'utilizzo di Patti di Integrità che consiste in un documento che la Stazione appaltante richiede ai partecipanti alle gare e permette un controllo reciproco e sanzioni per il caso in cui qualcuno dei partecipanti cerchi di eluderlo.

Altresì, il Codice di comportamento per il personale dell'ASM, adottato con deliberazione n. 50 del 17.01.2014, all'art. 13, con riferimento all'art. 14 del DPR n. 62/2013 – Codice Generale, prevede espressamente che i Dirigenti delle UU.OO. Provveditorato, Progettazione e Manutenzione – Appalti e Lavori Pubblici utilizzino protocolli di legalità o patti di integrità per l'affidamento di commesse.

L'ASM di Matera con deliberazione n. 439 del 4 Aprile 2014 ha approvato un "Patto di Integrità" tra l'ASM di Matera e i Partecipanti alle Gare indette dall'ASM medesima quale "documento" che stabilisce la reciproca obbligazione dell'ASM di Matera e i partecipanti alle gare indette di conformare i comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'espresso impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di danaro 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.

Oltre alla misura del Patto di Integrità le UU.OO. interessate (Area: affidamento di lavori, servizi e forniture - U.O. Attività Tecnica e U.O. Provveditorato), seguono per l'indizione delle gare le linee guida della Determinazione n. 4 del 10 ottobre 2012 (Pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale n. 254 del 30/10/2012) BANDO-TIPO. Indicazioni generali per la redazione dei bandi di gara ai sensi degli articoli 64, comma 4-bis e 46, comma 1-bis, del Codice dei contratti pubblici.

Unitamente alla misura di cui sopra l'ASM di Matera ha proceduto ad una ulteriore regolamentazione relativamente alla composizione delle commissioni di gara secondo la modalità procedurale di seguito indicata, giusta Deliberazione n. 1337 del 25 Novembre 2014:

a) PROCEDURA REGOLAMENTARE PER LA COMPOSIZIONE DELLE COMMISSIONI DI GARA

Art. 1

Tutte le commissioni di gara per l'esecuzione di lavori e per acquisti di beni e servizi, comunque denominate, ad eccezione delle procedure espletate mediante l'utilizzo degli strumenti di negoziazione telematica previste dalle norme vigenti, sono costituite mediante sorteggio dei componenti.

Art. 2

L'Azienda approva ed aggiorna periodicamente gli elenchi del personale con specifica professionalità, all'interno dei quali sorteggiare, volta per volta, i componenti delle singole commissioni di gara.

Art. 3

Il seggio di sorteggio è composto dal Direttore Amministrativo aziendale, che lo presiede, e da dirigenti delle UU.OO. che hanno curato la predisposizione degli atti di gara.

Art. 4



Tutte le operazioni di sorteggio avvengono in seduta pubblica.

Art. 5

L'Azienda, almeno 10 giorni prima della data prevista, dà avviso alle aziende interessate in apposita sezione del web aziendale indicando: oggetto della gara, luogo, data ed ora di effettuazione del sorteggio.

Art. 6

Al sorteggio è presente chiunque vi abbia interesse.

Art. 7

Alle operazioni di sorteggio si provvede, nella data e ora prevista, qualunque sia il numero dei soggetti esterni presenti.

Art. 8

Dell'esito del sorteggio è data comunicazione mediante inserimento dei nomi sorteggiati nella sezione del sito aziendale indicata all'articolo 5.

Art. 9

L'Azienda provvede a formalizzarne gli esiti mediante atto deliberativo.

Art. 10

Qualora la procedura pubblica riguardi materie o richieda competenze ultra specialistiche, l'Azienda provvede ad una preventiva ricognizione delle professionalità presenti in Azienda, formulando -se possibile- apposito elenco da cui sorteggiare i componenti secondo tempi e modi indicati nei precedenti articoli.

5.3 “Adempimenti D.Lgs n. 39/2013 ex L. 190/2012”

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione per gli anni 2014/2016 prevede, tra l'altro, alla Sezione Terza Par. 3.40 nonché nella Tavola XI allegata al Piano, “quale misura da attuare”, in attuazione del disposto normativo contenuto nel D.Lgs. n. 39/2013, l'acquisizione della dichiarazione sostitutiva di certificazione di inconferibilità e incompatibilità resa, nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del D. P.R. n. 445/2000, dai Direttori di UOC e UOS Dipartimentali.

Al fine di ottemperare agli adempimenti di legge con nota prot. n. 20140037417 del 7.05.2014 i dirigenti suddetti sono stati invitati a produrre la dichiarazione attraverso la compilazione e la sottoscrizione di uno specifico modulo ed inoltrarlo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione per il seguito di competenza.

Tutte le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità trasmesse sono state acquisite al protocollo generale e, raccolte ed archiviate in ordine alfabetico, sono state pubblicate sul sito Aziendale alla voce Amministrazione Trasparente ed alla voce Prevenzione della Corruzione.

5.4 “Automatizzazione processi Area Finanziaria”

Le modalità operative relative ai processi di pagamento dell'Azienda si estrinsecano in varie fasi, ciascuna di competenza di uno specifico settore. In Azienda sono presenti diversi centri ordinatori di spesa cui compete l'onere di ordinare beni e/o servizi tramite procedura informatizzata, verificare la congruità con la fattura emessa e provvedere alla relativa liquidazione.

Tale processo non viene effettuato unicamente dalla struttura che ha ordinato la fornitura, in quanto una volta emesso l'ordine (struttura ordinante) e consegnata la relativa merce, la Ditta interessata procede all'emissione della fattura che viene protocollata ed inserita nel sistema contabile aziendale da un'unica struttura centralizzata che provvede in base all'ordinativo esistente a trasmettere la stessa

alla struttura ordinante.

Quest'ultima ne verifica la congruità dei prezzi e le relative quantità sulla scorta di contratti in essere e degli ordini emessi, provvedendo a liquidarla previa acquisizione del DURC.

L'atto di liquidazione passa all'U.O. Gestione Risorse Finanziarie, di competenza del Dirigente dell'U.O. che ne verifica l'imputazione, la validità della documentazione allegata ed appone il relativo visto.

L'atto di liquidazione di che trattasi viene trasmesso alla Direzione Amministrativa per un controllo generale e le successive registrazione e pubblicazione.

Una volta pubblicato, l'atto passa all'Ufficio gestione fatture, strutturato nell'U.O. Provveditorato-Economato, che provvede a riscontrare l'ordine con la fattura e a verificare la documentazione. Dopo tale controllo, l'atto di liquidazione (deliberazione e/o determinazione) viene trasmesso all'U.O. Gestione Risorse Finanziarie per l'ordinazione di pagamento.

Gli atti vengono così assegnati alle Posizioni Organizzative preposte agli istruttori che devono provvedere all'emissione del mandato.

Prima di emettere il mandato vengono effettuati controlli circa eventuali cessioni di credito, modalità di pagamento e validità del DURC. Una volta emesso l'ordinativo di pagamento, si provvede, ove necessario, alla verifica Equitalia.

Al mandato stampato, un originale e una copia, vengono allegati copia del DURC, della verifica Equitalia e dell'atto di liquidazione.

Ciascun mandato viene sottoscritto dall'istruttore competente, dalla P.O., dal Dirigente dell'U.O. e dal Direttore Amministrativo che, ognuno per la propria parte, ne verifica l'esattezza.

Il processo generale, pertanto, coinvolge diverse strutture e persone al fine di una suddivisione dei compiti e verifica delle altrui attività.

La suddetta concatenazione di controlli consente di evitare gestioni inappropriate ed eventuali comportamenti di corruzione.

5.5 “Monitoraggio sul rispetto dei termini previsti per la conclusione dei procedimenti”

In data 18/07/2014, il Responsabile della Trasparenza, con e-mail inviata ai Direttori di UU. OO. CC. ha fatto richiesta delle schede sintetiche relative al monitoraggio dei tempi procedurali.

Le schede inviate non presentano variazioni rispetto all'anno 2013 e non sono pervenute segnalazioni relative al mancato rispetto dei tempi procedurali, come pubblicato nella sezione “Amministrazione Trasparente” sotto-sezione “Attività e procedimenti”.

5.6 “Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse”.

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



conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale”.

Il PTPC 2014/2016 il quale tra l'altro prevede, alla Sezione Terza paragrafo 3.38 nonché nella Tavola IX allegata al Piano, quale misura e azione prevista dalla L. 190/2012, “ l'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse ”.

Con nota prot. n. 20140020893 del 13.03.2014 tutti i dirigenti delle UU.OO. sono stati invitati a monitorare le situazioni di cui sopra e verificare eventuali relazioni di parentela o affinità tra i dirigenti/dipendenti di ciascun servizio e i destinatari dei provvedimenti nonché i titolari/amministratori delle Ditte fornitrici di servizi/prestazioni, e di trasmettere gli esiti della verifica al Responsabile della Prevenzione della corruzione, in ossequio all'obbligo di informazione nei confronti del RPC di cui al p. 3.15 del PTPC sopra richiamato.

Non sono pervenute segnalazioni da parte dei singoli dirigenti di UU.OO. di casi di conflitto di interesse.

5.7 “ Iniziative U.O. Gestione Risorse Umane ”

5.7.a “ Automatizzazione dei processi – Gestione del personale ”

Automazione acquisizione in automatico e programmazione dello scarico dagli orologi marcatempo

Avviata e conclusa l'acquisizione in automatico e programmazione dello scarico dagli Orologi sul sistema "Rilevazione Presenze".

Dematerializzazione "rilevazione presenze"

Analizzata ed in parte avviata nella procedura "Rilevazione Presenze WEB", anticipando un processo di "dematerializzazione" a cui le Aziende dovranno aderire, la possibilità da parte dei dipendenti di effettuare richieste di permessi via WEB. Le richieste all'inizio possibile saranno:

Mancata timbratura, ferie, permessi Legge 104, tutti quei permessi che non necessitano di documentazione

Integrazione "rilevazione presenze"

Terminata l'integrazione della procedura "Rilevazione Presenze" con la procedura "Giuridico" e "Paghe", in tal senso si è già provveduto a realizzare un documento secondo il nuovo atto aziendale. Tale fase è fondamentale considerando tutta una serie di flussi informativi verso i vari Ministeri (non da ultimo l'adempimento di trasmissione al Ministero della Sanità circa il M.R.A. Monitoraggio Rete Assistenza).

Gestione "Turnistica"

Avviata e conclusa analisi per la procedura "Turnistica", per completare il processo di monitoraggio/gestione del sistema "Rilevazione Presenze" di concerto con il Servizio Assistenza. Il Servizio Assistenza sta provvedendo ad effettuare dei test.

5.7.b “Intensificazione controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazioni rese dai dipendenti e dagli utenti”

Viene verificata, in sede di sottoscrizione del contratto individuale, delle dichiarazioni sostitutive rese nelle domande di partecipazione alle procedure selettive e concorsuali (al riguardo, al fine della verifica in particolare delle dichiarazioni sostitutive concernenti i procedimenti e le condanne penali, è stata richiesta all'Ufficio del Casellario Centrale presso il Ministero della Giustizia l'attivazione della procedura per la consultazione diretta del Sistema Informativo del Casellario (SIC) ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. n. 313/2002).

Inoltre, sono stati intensificati i controlli anche con riferimento alla richiesta di congedi parentali, e al requisito della convivenza ai fini del congedo disabili (L. 104/92). Ad oggi sono state effettuate circa cinquanta verifiche: v. direttiva prot. n. 2014-0013977 del 18.02.2014.

5.7.c “Applicazione art. 53 c. 16-ter D.Lgs n. 165/2001” (pantouflage – revolving doors)

In applicazione dell’ art. 53 c. 16-ter D.Lgs n. 165/2001, giusta nota prot. n. 20140005286 del 21.01.2014, è stata emanata una Direttiva con la quale è stato disposto che “ nei contratti di assunzione del personale deve essere 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”.

5.7.d “Procedure concorsuali e di selezione del personale”

L'attuale procedura di acquisizione del personale e delle procedure di selezione esistenti in azienda, garantiscono un buon livello di garanzie atteso che è previsto un sistema di controllo relativamente alla dichiarazione/attestazione da parte dei componenti le commissioni di concorso della non sussistenza di rapporto di parentela con i candidati partecipanti alle selezione e tra i componenti le commissioni.

Le attività istruttorie relative a procedimenti amministrativi concernenti procedure concorsuali vengono curate da più dipendenti.

Nella fase di composizione delle commissioni di concorso viene assicurata la turnazione tra il personale dipendente, giusta nota prot. 20140078464.

5.7.e Svolgimento di incarichi d'ufficio **Attività ed incarichi extra-istituzionali**

E’ stato predisposto e sottoposto alla valutazione della Direzione Strategica specifico regolamento aziendale per la disciplina degli incarichi non compresi nei compiti e doveri d’ufficio. Tale atto di regolamentazione interna, concretizzatosi nell’adozione della deliberazione n. 621 del 30.05.2013, viene puntualmente applicato.

5.8 “ Attività di consultazione pubblica”

E’ stata garantita un’attività di consultazione pubblica per consentire la libera e volontaria partecipazione attiva di tutti i portatori di interesse delle attività e dei servizi resi.

Le consultazioni sono avvenute mediante raccolta dei contributi via Web oppure nel corso di incontri con i rappresentanti delle associazioni di utenti e dei rappresentanti delle OO.SS..

Relativamente all’ attività dell’Ufficio Relazioni con il Pubblico “URP”, si

specifica che è stata effettuata un'indagine sulla Valutazione della Qualità percepita "Customer Satisfaction", per la valutazione della qualità dei servizi offerti agli utenti.

Si è proceduto secondo la metodologia di campionamento: per il Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" è stata individuata un'unità operativa all'interno di ogni Area Dipartimentale e il Poliambulatorio di via Montescaglioso, mentre per il Presidio Ospedaliero di Policoro e gli Ospedali Distrettuali di Tinchì - Stigliano- Tricarico, il coinvolgimento è stato globale.

I questionari sono stati distribuiti ai cittadini che hanno usufruito dei strutture sanitarie dell'Azienda ASM, dal 17 Febbraio al 4 Marzo 2014.

E' stato redatto un Report, inviato alla Direzione Strategica e al Dipartimento Salute e Sicurezza.

L'URP accoglie e gestisce i reclami e le segnalazioni.

A tutt'oggi sono pervenuti n°92 reclami per i quali si è proceduto all'istruttoria.

Le richieste di informazioni avanzate sia per iscritto che verbalmente sono state circa 1400. Le segnalazioni soprattutto telefoniche relative a difficoltà comunicative sono state circa 600, per le quali si è potuto intervenire per le vie brevi.

Infatti molto del lavoro svolto dall'U.O. URP consiste nell'informazione e nella comunicazione a scopo preventivo della conflittualità sempre in agguato nelle situazioni in cui siano larghe le attese che caratterizzano lo status di paziente.

Per la gestione dei reclami si è utilizzato il Sistema di raccolta, con le relative schede di valutazione elaborate in modo da ottenere informazioni sulle tipologie di reclami pervenuti, sui contenuti e sulle indicazioni emergenti.

L'indagine sulla Valutazione della Qualità percepita "Customer Satisfaction", e il report sui reclami sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" sotto-sezione "Servizi Erogati".

E' stata attivata una consultazione pubblica in occasione della fase propedeutica alla predisposizione del PTPC 2014/2016 e del PTTI giusta nota prot. 2013009762 del 13.12.2013 in data 19.12.2013.

In data 7.10.2014 è stata organizzata "La giornata della Trasparenza" diretta a concretizzare un momento di ascolto per garantire l'effettiva partecipazione e coinvolgimento dei cittadini, per migliorare non solo l'individuazione delle informazioni di effettivo interesse, ma - attraverso l'acquisizione e l'analisi dei feedback da parte di stakeholder e cittadinanza - la stessa qualità dei servizi resi all'utenza dall'azienda.

5.9 "Iniziative nell'ambito delle attività ispettive"

L'art. 1, commi 56 e seguenti, della Legge 23 dicembre 1996 n.662, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica", impone alle pubbliche Amministrazioni di provvedere all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di incompatibilità, attraverso periodiche verifiche a campione sui propri dipendenti, a tal fine avvalendosi in particolare di Servizi Ispettivi Interni.

Il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014/2016 ai sensi della L. 190 del 6.11.2012, alla Sez. Terza p. 3.51 individua tra le misure ulteriori,

in aggiunta alle misure obbligatorie per legge, l'istituzione di un Nucleo Ispettivo Interno.

Con deliberazione n. 901 del 30.07.2014 avente ad oggetto “ P.T.P.C. 2014/2016 Legge 190 del 6.11.2012. Istituzione Nucleo Ispettivo Interno” è stato istituito il Nucleo Ispettivo Interno.

Con deliberazione n. 1278 del 13.11.2014 è stato approvato il Regolamento del Nucleo Ispettivo Interno dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera, con il quale vengono dettagliatamente individuate e disciplinate le ipotesi di intervento demandate al Nucleo Ispettivo Interno.

L'attività del Nucleo Ispettivo Interno dovrà ispirarsi a principi di:

- oggettività, imparzialità ed autonomia di giudizio;
- riservatezza dei dati e delle informazioni raccolte;
- rispetto dei diritti dei soggetti controllati.

IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE
DELLA CORRUZIONE

Dr. Rocco Ierone

