

## **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2021/2023**

(Legge 6 novembre 2012 n. 190 e s.m.i.

e delibera Anac n. 1064 del 13.11.2019 – PNA 2019)

Proponente: Responsabile della Prevenzione della Corruzione: Dott. Achille SPADA

Approvazione: Direttore Generale ASM: Dottor Gaetano ANNESE

“Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2021 / 2023”

(Legge 6 Novembre 2012 n. 190 e s.m.i. e Delibera ANAC n. 1064 del 13/11/2019 Aggiornamento 2019 al PNA)

<b>INDICE</b>	<i>pag. 2</i>
Capitolo 1: <b>INTRODUZIONE</b>	<i>pag. 4</i>
Capitolo 2: <b>IL PTPCT E L'EMERGENZA COVI-D 19</b>	<i>pag. 5</i>
Capitolo 3: <b>IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2021-2023</b>	<i>pag. 6</i>
Capitolo 4: <b>FINALITA' GENERALI DEL PIANO E OBIETTIVI STRATEGICI 2021/2023</b>	<i>pag. 9</i>
Capitolo 5: <b>COERENZA CON PIANO PERFORMANCE</b>	<i>pag. 14</i>
Capitolo 6: <b>QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO</b>	<i>pag. 15</i>
Capitolo 7: <b>IL PROCESSO DI APPROVAZIONE DEL PTPCT</b>	<i>pag. 17</i>
Capitolo 8: <b>ATTUAZIONE DEL PTPCT NEL 2020</b>	<i>pag. 18</i>
Capitolo 9: <b>SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA' NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE A</b>	
<b>LIVELLO DECENTRATO</b>	<i>pag. 22</i>
Capitolo 10: <b>FASI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO</b>	<i>pag. 29</i>
Capitolo 11: <b>ANALISI DEL CONTESTO</b>	<i>pag. 30</i>
Capitolo 12: <b>VALUTAZIONE DEL RISCHIO</b>	<i>pag. 47</i>
Capitolo 13: <b>GESTIONE DEL RISCHIO</b>	<i>pag. 51</i>
Capitolo 14: <b>TRATTAMENTO DEL RISCHIO</b>	<i>pag. 58</i>
Capitolo 15: <b>IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE</b>	<i>pag. 62</i>
Capitolo 16: <b>MONITORAGGIO E RIESAME</b>	<i>pag. 78</i>
Capitolo 17: <b>CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE</b>	<i>pag. 79</i>



## 1. INTRODUZIONE

Ai sensi dell'art. 1 commi 5 e 59 della Legge n. 190 del 6/11/2012, tutte le amministrazioni pubbliche indicate all'art. 1 comma 2, del D.Lgs. 165 del 30/3/2001, devono adottare il piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza. Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza per il triennio 2021-2023 (di seguito PTPCT), in continuità con i precedenti, rappresenta un documento "programmatico" che definisce le strategie per la prevenzione della corruzione e mira a rendere l'ambiente lavorativo più organizzato ed efficiente. Si applica a tutti i dipendenti e collaboratori, a qualsivoglia titolo, dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Con la delibera n. 1064 del 13 novembre 2019, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha adottato il Piano Nazionale Anticorruzione 2019 che costituisce atto di indirizzo per l'approvazione, entro il 31 gennaio 2021 (termine prorogato per l'anno 2021 al 31 marzo, giusta comunicazione del Presidente dell'ANAC 2 dicembre 2020), del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza delle pubbliche amministrazioni e degli altri soggetti tenuti all'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza. Il PNA 2019 contiene in un unico documento le indicazioni e gli orientamenti maturati nel corso del tempo dall'Autorità; questa scelta consente di consolidare, non disperdere e integrare in una logica di "integrazione nella continuità" le esperienze e le modalità applicative e metodologiche sviluppate finora dall'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

L'ANAC con il PNA 2019 colloca la definizione della "prevenzione della corruzione", ovvero di quella "vasta serie di misure con cui si creano le condizioni per rendere sempre più difficile l'adozione di comportamenti di corruzione nelle amministrazioni pubbliche e nei soggetti, anche privati, considerati dalla legge 190/2012", in un ambito sempre più autonomo rispetto alla definizione di corruzione tipica del contrasto penalistico ai fenomeni corruttivi. Con il PNA si introduce l'opportunità di mettere a sistema misure incidenti laddove si configurano condotte, situazioni, condizioni, organizzative ed individuali - riconducibili anche a forme di cattiva amministrazione - che potrebbero essere prodromiche ovvero costituire un ambiente favorevole alla commissione di fatti corruttivi in senso proprio.

Tanto attraverso l'enunciazione di indirizzi e principi orientati sempre più verso un approccio procedimentale sostanziale. In questa direzione si inserisce la formulazione delle Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi da applicare, come bene indica l'Autorità, secondo un principio di gradualità onde non disperdere il bagaglio di esperienza e di lavoro svolto dalle Amministrazioni fin dal 2013.

Il PNA 2019 non contiene indicazioni specifiche per il contesto sanitario, rinviando per tale specifico contesto all'approfondimento di cui alla Determinazione N. 12 del 28/10/2015 e alla Deliberazione ANAC N.831 del 3/8/2016 - PNA 2016, ma fornisce comunque suggerimenti ed indicazioni sulle modalità di approvazione del PTPCT e sui suoi contenuti sostanziali, coordinando tutte le precedenti indicazioni sull'applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione.

Il PNA 2019 e le indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi sono indirizzate ad offrire uno strumento di lavoro utile e diretto alla semplificazione del quadro regolatorio in un'ottica di ottimizzazione e maggiore razionalizzazione dei sistemi consolidati per conseguire l'obiettivo, secondo un principio di gradualità, di un progressivo miglioramento delle azioni di prevenzione della corruzione e delle innovazioni migliorative da apportare. La gradualità si pone come condizione per condividere, attraverso una maggiore diffusione della cultura della legalità, una generalizzata acquisizione di consapevolezza all'interno dell'Azienda; quella, cioè, che l'adozione di misure calibrate sulle specificità dell'attività aziendale, dirette a evitare il manifestarsi di comportamenti corruttivi, rafforza le prassi a presidio dell'integrità del pubblico funzionario in modo da fargli riacquistare uno status e una considerazione sociale che allontani da una distorta visione di generalizzata corruzione dell'agire amministrativo.

## 2. IL PTPCT E L'EMERGENZA COVI-D 19

L'anno 2020 sicuramente sarà ricordato per la pandemia Covi-d 19 che ha condizionato tutti gli aspetti della vita sia in ambito pubblico che in ambito privato. Di fatto, è stato necessario rivedere la struttura degli obblighi e adempimenti, relativi alla prevenzione della corruzione. E tanto perché, non solo il periodo è foriero di dettati normativi "emergenziali" che hanno di fatto cambiato l'approccio alla consueta evoluzione normativa, ma soprattutto perché l'impianto anti-corruttivo attuativo della norma generale si è scontrato con l'esigenza di rispondere, nell'immediatezza, alle emergenze create. Non solo. Per quanto la percezione, in una situazione anormale, sia di "lontananza" dall'esigenza di impianti anti-corruttivi rispetto alla necessità di colmare urgenze primarie (salute, lavoro, istruzione), i rischi corruttivi non sono venuti meno. Va da sé che l'Azienda Sanitaria sia investita in toto dagli effetti nefasti della pandemia, sia riguardo l'aspetto proprio sanitario, sia riguardo l'aspetto strategico organizzativo, adattato necessariamente all'evoluzione pandemica. Le indicazioni governative, volte a contenere il rischio di contagio, hanno spinto la figura, già elaborata nel 2017 con la Legge n. 81, del lavoro agile (smart working), con la possibilità di modulare l'attività lavorativa lontano dalla sede ufficiale, presso il proprio domicilio. Di fatto, nell'emergenza sanitaria legata alla diffusione del coronavirus, la pubblica amministrazione punta sul lavoro agile e a distanza per garantire i servizi ai cittadini e partecipare attivamente al contenimento dell'infezione. Lo smart working viene esplicitamente incentivato e semplificato da tutti i decreti adottati dal Governo. Con l'estensione a tutto il territorio nazionale della zona protetta, sono diverse le aziende che hanno optato per il lavoro agile dei propri dipendenti, compresi gli uffici pubblici. Con la circolare n. 1 del 4 marzo 2020, si chiude la fase "pionieristica" delle nuove modalità di lavoro e si punta a trasformare l'opportunità dello smart working in obbligatorio, in funzione, in primo luogo, del contenimento sanitario, ma anche per la necessaria modernizzazione dell'amministrazione pubblica.

L'urgenza della scelta, legata all'emergenza coronavirus, appare evidente nella possibilità di consentire al lavoratore perfino l'impiego di strumenti propri, pur di consentirgli l'accesso a modalità di lavoro a distanza.

Se da un lato, la nuova fattispecie ha sicuramente il pregio di aver contenuto la diffusione del virus, dall'altro ha condizionato la finalizzazione di attività, soprattutto nei tempi di realizzazione e raggiungimento di intenti medici e/o burocratici specifici. La pandemia, altresì, ha influito sull'approccio di divulgazione dei dati, delle notizie, delle indicazioni interessanti le procedure e modalità inerenti la prevenzione, il controllo, le modalità del contagio, indirizzando l'Azienda ad utilizzare i propri mezzi di comunicazione informatica, al fine di coniugare la finalità di prevenzione con la finalità di trasparenza, onde evitare o, perlomeno, limitare situazioni di confusione che graverebbero sul sistema sanitario già di per sé precario nella struttura di gestione dell'emergenza.

All'uopo, in maniera indicativa e non esaustiva, si evidenzia che, oltre alle procedure inerenti i rientri da fuori regione Basilicata è stata realizzata una sezione del sito aziendale dedicata all'emergenza Coronavirus in cui sono state create delle sottosezioni, aggiornate costantemente con le disposizioni nazionali, regionali e con le disposizioni aziendali.

Una menzione, per il contrasto al virus, merita l'attivazione di Unità Speciali di Continuità Assistenziale, presenti sul territorio, in quattro punti operativi, di supporto alle azioni di screening, valutazioni e visite mediche di probabili pazienti Covid. Riguardo le implicazioni legislative direttamente connesse allo stato emergenziale, il Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18, cosiddetto CuraItalia, ha disposto la sospensione dei termini nei procedimenti amministrativi ed effetti degli atti amministrativi in scadenza. In questa nuova dimensione, l'ANAC, sollecitata da più attori, ha emanato la delibera 312/2020, recante "Prime indicazioni in merito all'incidenza delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sullo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. e sull'esecuzione delle relative prestazioni" con la quale si prova a garantire, durante l'emergenza sanitaria, l'adozione di comportamenti omogenei ed uniformi da parte delle stazioni appaltanti nello svolgimento delle procedure di gara e nella relativa fase di esecuzione. In particolare, vengono fornite indicazioni per le procedure di gara per le quali non si è ancora addivenuti alla pubblicazione del bando di gara, dell'avviso o dell'invito a presentare offerte; per le procedure di selezione in corso di svolgimento e per la fase di esecuzione dei contratti. La delibera anticorruzione entra nel dettaglio delle procedure di negoziazioni pubbliche, per agevolare, rendendo di fatto meno rigide le maglie dei controlli, le conclusioni contrattuali, cercando quanto meno di semplificare le procedure e standardizzare la gestione dei processi, specialmente dei processi di approvvigionamento.

### 3. IL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2021-2023

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera adotta il proprio P.T.P.C.T. ai sensi dell'art. 1, commi 5 e 60, della L. n. 190/2012 e s.m.i.

Il Piano è un documento di natura programmatica che ingloba tutte le misure di prevenzione da quelle “generali” a quelle “ulteriori” e “specifiche”, coordinando gli interventi.

L'Azienda ha definito la struttura ed i contenuti specifici del proprio P.T.P.C.T. tenendo conto delle funzioni svolte e della specifica realtà amministrativa e sanitaria.

Per la predisposizione del piano 2021/2023, nel corso dei mesi di ottobre, novembre e dicembre 2020 sono stati effettuati specifici audit con i direttori e i dirigenti delle aree a rischio finalizzate ad una sostanziale verifica dell'efficacia delle misure adottate, alla trasmissione di eventuali variazioni ed adeguamenti della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie per l'aggiornamento del “registro dei processi” (all. 1 al PTPC) e dei relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex D.lgs 33/2013 e s.m.i.

Gli incontri tra il RPCT e i referenti delle aree a rischio hanno validato l'adeguatezza della mappatura dei processi, dell'identificazione degli eventi rischiosi, dell'analisi e della ponderazione del rischio secondo un approccio qualitativo, come suggerito dall'Autorità nelle indicazioni metodologiche del PNA 2019, della individuazione delle misure.

Nell'ambito dell'attività di consultazione rivolta ai referenti, è stata reiterata la richiesta di eventuali suggerimenti e modifiche da far pervenire al Responsabile della corruzione.

I dirigenti delle aree a rischio individuate nel Piano della Prevenzione della Corruzione 2021-2023, deputati al monitoraggio e all'aggiornamento del ‘registro delle misure’ hanno ritenuto di confermare le medesime misure già previste anche in sede di aggiornamento del Piano 2020 deliberato il 31 gennaio 2020, nonché di implementarle alla luce di una rinnovata analisi delle aree di rischio, tenendo conto di variabili legate ai fattori di probabilità di accadimento di eventi rischiosi e di impatto sull'Azienda.

In particolare il RPC e i Dirigenti delle UU.OO. delle Aree a Rischio hanno convenuto sulla sostanziale adeguatezza delle misure relative agli specifici eventi rischiosi in quanto definite utilizzando le “Buone Pratiche” e i “Protocolli Istituzionali” quali misure esse stesse, con la specifica al contempo degli “indicatori” di efficacia e di impatto.

In quest'ottica il P.T.P.C.T. è coordinato rispetto al contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda e, innanzi tutto, con il Piano della Performance, ed è strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse.

In linea con quanto stabilito dalla L. n. 190/ 2012 e s.m.i., e dalle determinazioni dell'ANAC, l'Azienda ha mantenuto ed implementato gli ambiti/macro settori che sono i seguenti:

- Soggetti: vengono indicati i soggetti coinvolti nella prevenzione con i relativi compiti e le responsabilità;
- Aree di Rischio: frutto della valutazione del rischio, tenendo conto anche delle aree di rischio obbligatorie ed aree di rischio generali (art. 1, comma 16, L. n. 190/2012);
- Misure “Generali” ed Ulteriori: sono indicate le misure previste obbligatoriamente dalla L. n. 190/2012, dalle altre prescrizioni di legge, dal P.N.A. e dalla Determinazioni ANAC per il settore Sanità e quelle ulteriori, con indicazione della tempistica e collegamento con l'ambito "soggettivo" in relazione all'imputazione di compiti e di responsabilità;
- Tempi e Modalità del Riassetto: sono indicati i tempi e le modalità di valutazione e controllo dell'efficacia del P.T.P.C.T. adottato e gli interventi di implementazione e miglioramento del suo contenuto secondo un principio di gradualità;
- P.T.T.I.- il P.T.T.I. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera si configura giusta Det. ANAC n.12/2015 e PNA 2019 ANAC quale sezione autonoma del P.T.P.C.T. ed è delineato coordinando gli adempimenti relativi agli obblighi di trasparenza previsti nel D. Lgs. n. 33/2013 e s.m.i. con le aree di rischio, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione;
- Coordinamento con il Ciclo della Performance: gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel P.T.P.C.T. sono inseriti nell'ambito del c.d. ciclo delle performance.

Il P.T.P.C.T. presenta il seguente nucleo di dati e informazioni:

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

- ❖ Trasmissione Bozza di PTPC all'Organo di Indirizzo Politico Amministrativo ("doppio passaggio");
- ❖ Data e documento di approvazione del Piano da parte del Direttore Generale;
- ❖ Individuazione degli attori interni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
- ❖ Individuazione degli attori esterni all'Azienda che hanno partecipato alla predisposizione del Piano nonché dei canali e degli strumenti di partecipazione;
- ❖ Indicazione di canali, strumenti e iniziative di comunicazione dei contenuti del Piano;

#### Gestione del rischio

- ❖ Indicazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, "aree di rischio"; l'Azienda - in aggiunta alle aree di rischio "generali" per tutte le amministrazioni - prevede ulteriori aree di rischio individuate in base alle proprie specificità;
- ❖ Indicazione della metodologia utilizzata per effettuare la valutazione del rischio;
- ❖ Schede di programmazione delle misure di prevenzione utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, in riferimento a ciascuna area di rischio, con indicazione degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili, degli indicatori e delle modalità di verifica dell'attuazione, in relazione alle misure di carattere generale nonché alle misure ulteriori introdotte con il presente P.T.P.C.T.

#### Formazione in tema di anticorruzione

- ❖ Indicazione del collegamento tra formazione in tema di anticorruzione e programma annuale della formazione;
- ❖ Individuazione dei soggetti cui viene erogata la formazione in tema di anticorruzione;
- ❖ Modalità di individuazione dei soggetti che erogano la formazione in tema di Anticorruzione;
- ❖ Indicazione dei contenuti della formazione in tema di anticorruzione;
- ❖ Indicazione di canali e strumenti di erogazione della formazione in tema di anticorruzione;
- ❖ Quantificazione di ore/giornate dedicate alla formazione in tema di anticorruzione.

#### Codice di comportamento

- ❖ Indicazione dei meccanismi di denuncia delle violazioni del codice di Comportamento, inoltrate al superiore gerarchico, al quale spetta decidere in merito e, in assenza di superiore gerarchico, al Direttore Generale;
- ❖ Indicazione dell'ufficio competente a emanare pareri sulla applicazione del codice di comportamento;
- ❖ Indicazione al neo assunto delle disposizioni contenute nel Codice e consegna dello stesso.

#### Altre iniziative

- ❖ Predisposizione di un Piano Aziendale di linee guida di rotazione del personale;
- ❖ Adozione di misure per la tutela del whistleblower;
- ❖ Indicazione delle iniziative previste nell'ambito delle attività ispettive.

Ai sensi dell'art. 1 c. 14 della L. n. 190/2012 il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Azienda, entro il 15 dicembre, data differita, su disposizione ANAC, per il 2020 al 31.03.2021, giusta comunicazione del Presidente dell'ANAC del 02 dicembre 2020, redige una relazione annuale, in allegato al P.T.P.C.T. che offre il rendiconto sull'efficacia delle misure di prevenzione definite dal P.T.P.C.T.

La relazione annuale, allegata al P.T.P.C.T.T. dell'anno successivo, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda e, quale allegato al Piano, sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC.

Il P.T.P.C.T. dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera - in considerazione del livello complesso della strutturazione aziendale e del suo articolarsi in un ampio territorio geografico – deve consolidare i raccordi per consentire il "governo" delle plurime articolazioni organizzative, centrali e periferiche.

Il Direttore Generale, per l'anno 2021, entro il 31 marzo, provvede ad adottare il presente P.T.P.C.T. che viene pubblicato sul sito istituzionale con indicazione del Link nella Sezione "Amministrazione Trasparente" "Altri Contenuti" "Corruzione" nonché sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC al fine di consentirne conoscenza e vigilanza ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. f), della L. 190/2012 e smi.

Si dà altresì evidenza del nominativo del Responsabile della prevenzione della corruzione, che deve essere comunque indicato anche all'interno del Piano.

L'adozione del P.T.P.C.T. ed i suoi aggiornamenti sono, inoltre, adeguatamente pubblicizzati dall'Azienda sul sito internet ed intranet.

#### 4. FINALITA' GENERALI DEL PIANO E OBIETTIVI STRATEGICI 2021/2023

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

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

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione, trasparenza integrità dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera (di seguito ASM) si presenta, anche quest'anno, come significativo percorso di crescita e strumento di approfondimento nell'impegnativa azione di prevenzione della corruzione, nel senso più ampio ed ormai consolidato della materia.

Il presente documento contiene oltre all'aggiornamento del PTPC 2021/2023, in conformità con le nuove disposizioni normative, il Piano Triennale Trasparenza ed Integrità allegato quale specifica sezione divenendo parte integrante del PTPC.

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione ASM si adegua alle indicazioni contenute nel PNA 2019.

Per il triennio 2021 – 2023, il PTPCT che sarà adottato entro il 31 marzo 2021, giusta comunicazione ANAC del 2 dicembre 2020 intende introdurre miglioramenti alla politica di prevenzione della corruzione della ASM.

Al fine di migliorare l'attuazione del monitoraggio, riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità, saranno, ove possibile, attivati, controlli di II livello e un sistema di audit programmato a ciclo rotatorio pluriennale per le aree a rischio.

Nel corso del 2021 si procederà ad una ottimizzazione del software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure previste nel Piano di Prevenzione alla Corruzione, messo a disposizione dei dirigenti responsabili delle unità operative e dei servizi direttamente coinvolti nell'applicazione e/o rispetto delle suddette misure che non è stata possibile nel 2020, per le difficoltà oggettive legate alla pandemia. I dirigenti interessati hanno la possibilità di entrare nel software applicativo digitando una password personale che consente l'accesso al programma, dove devono, periodicamente, indicare la percentuale di realizzazione della misura concordata e assegnata, con la motivazione di eventuale scostamento. Tramite il software essi hanno anche la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate oltre che all'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

Ai fini della valutazione della performance organizzativa aziendale complessiva, sono stati individuati dalla Direzione Strategica Aziendale gli obiettivi strategici per la prevenzione della corruzione contenuti nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023, adottati con Delibera 1106 del 4 dicembre 2020 e riportati nel successivo quadro sinottico.

Il rispetto delle misure stabilite nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce obiettivo per i Dirigenti delle Aree definite a rischio, referenti del RPCT, ai fini della valutazione della performance individuale.

NUMERO OBIETTIVO	OBIETTIVO OPERATIVO	Attività	INDICATORE	Target 2021	FONTE E DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Aggiornamento Piano triennale prevenzione della corruzione (PTPC) 2021	Redazione, adozione e pubblicazione PTPC 2021 entro il 31/01/2021	Approvazione formale del PTPC 2021 entro il 31/01/2021	SI	Sito Aziendale	Direzione Strategica Responsabile Prevenzione Corruzione  Dirigenti UU.OO.

						interessate
2	Monitoraggio aree a rischio	Monitoraggio dell'attuazione delle misure dal PTPC nelle UU.OO. a rischio previste attraverso la compilazione delle schede informatizzate	Numero U.O. che hanno adempiuto alla compilazione della scheda  /  Numero U.O. tenute all'adempimento	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Referenti aree a rischio
3	Diffusione Codice di Comportamento Aziendale	Formazione del personale inerente il Codice di Comportamento Aziendale	Almeno 1 giorno di formazione per tutto il personale dipendente	SI	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione  Responsabile U.O. Formazione
4	Prevenzione di eventi corruttivi nel settore Contratti pubblici  ex Det. 12/2015 ANAC	Report su Monitoraggio Applicazione "misure" previste dal PTPC  per ciascuna area interessata	Numero di "misure" contenute nel PTPC realizzate  /  Numero di "misure" contenute nel PTPC	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione  Responsabile U.O.C. Economato e Provveditorato  Responsabile U.O.C. Area Tecnica e Gestione del Patrimonio  Responsabile U.O.C.  Innovazione Tecnologica e Attività Informatiche

NUMERO OBIETTI	OBIETTIVO OPERATIVO	Attività	INDICATORE	Targ et 202	FONTI E	SOGGETTI COMPETENTI
----------------	---------------------	----------	------------	-------------	---------	---------------------

VO				1	DATI	
5	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Redazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico	Predisposizione del Piano di Formazione	SI	Relazione Responsabil e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione  Responsabile U.O. Formazione
6	Formazione dei dipendenti sulla prevenzione della corruzione	Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione	Numero corsi-laboratori realizzati  /  numero totale corsi-laboratori programmati	1	Relazione Responsabil e Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione  Responsabile U.O. Formazione

L'art.10 c.3 del D.Lgs. 33/2013 "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" prevede che gli obiettivi indicati nel programma triennale siano formulati in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita in via generale nel piano della performance e negli analoghi strumenti di programmazione previsti. La promozione di maggiori livelli di trasparenza costituisce un'area strategica dell'ASM, che deve tradursi nella definizione di obiettivi organizzativi ed individuali. Gli obiettivi strategici in materia di trasparenza individuati dagli organi di vertice ed indicati nel Programma triennale della Trasparenza e dell'Integrità sono recepiti nell'ambito del Piano della Performance, assicurando il necessario collegamento con lo stesso.

NUMERO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI
1	Customer Satisfaction	Produzione indagine sulla soddisfazione degli utenti (customer satisfaction)  Adesione	Percentuale di risposte al questionario sull' Indagine soddisfazione degli utenti		Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale  UU.OO Aziendali
NUMERO	OBIETTIVO STRATEGICO	OBIETTIVO OPERATIVO	INDICATORE	TARGET 2021	FONTE DATI	SOGGETTI COMPETENTI

		all'indagine sul clima interno		30%		
2	Miglioramento performance aziendale	Analisi dei reclami e ricerca e avvio istruttoria per ricerca soluzioni per il cittadino	numero reclami presi in carico  /  Numero reclami ricevuti  Numero reclami presi in carico  /numero risposte al cittadino	100% presa in carico      95% di riscontri ai cittadini	Pubblicazione su sito aziendale	URP Aziendale  UU.OO Aziendali
3	Rispettare la tempistica di pubblicazione dei dati ex Decreto 33/2013	Pubblicazione del 100% dei dati indicati nella normativa entro i termini indicati	Dati pubblicati entro il termine normativo/ totale dati pubblicati	100%  Verifica positiva da parte dell'OIV su rispondenza obblighi trasparenza	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM  Documento di attestazione trasparenza OIV	Dirigenti delle UU.OO
4	Rafforzamento della circolarità delle comunicazione con i cittadini	Sondare l'interesse dei cittadini per la sezione trasparenza del sito aziendale	Organizzazione della giornata della trasparenza	Organizzazione della settimana della trasparenza e accesso al blog	Sito aziendale Responsabile Trasparenza ASM	Dirigenti delle UU.OO
5	Programmazione	Redazione	Predisposizione	SI	Relazione	Responsabile
<b>NUMERO</b>	<b>OBIETTIVO STRATEGICO</b>	<b>OBIETTIVO OPERATIVO</b>	<b>INDICATORE</b>	<b>TARGET 2021</b>	<b>FRONTE DATI</b>	<b>SOGGETTI COMPETENTI</b>

	Formazione	del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione di carattere generale e di carattere specialistico	del Piano di Formazione		Responsabile Prevenzione Corruzione	Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione
6	Attuazione Formazione	Attuazione del Piano di Formazione per la prevenzione della corruzione	Numero corsi-laboratori realizzati  /  numero totale corsi-laboratori programmati	1	Relazione Responsabile Prevenzione Corruzione	Responsabile Prevenzione Corruzione Responsabile U.O. Formazione

Sono da considerarsi inoltre obiettivi strategici, perseguiti dalla direzione strategica dell'ASM, in tema di anticorruzione e trasparenza:

- L'Attivazione di forme integrate di formazione/intervento dirette all'adozione di misure sempre più mirate alle caratteristiche e ai fabbisogni specifici dell'Azienda;
- La Verifica dell'adeguatezza e eventuale razionalizzazione del sistema di gestione dei flussi di alimentazione dei dati nella sezione amministrazione trasparente.

Rispetto alle indicazioni recepite dagli organi di indirizzo relative agli obiettivi strategici, il piano prevede un miglioramento continuo della gestione dei flussi informativi attraverso una più razionale procedura di alimentazione di suddetti flussi informativi, che alimentano la sezione amministrazione trasparente. Per l'attuazione delle attività rivolte al perseguimento di un agire trasparente si rinvia alla sezione del presente Piano riguardante la Trasparenza e l'Integrità.

Saranno inoltre attuate attività dirette, attraverso azioni di formazione-intervento, a consentire il passaggio graduale da una analisi delle aree a rischio ad una analisi di rischio per area.

Gli interventi strategici programmati, difatti, saranno supportati da una specifica e coordinata attività di formazione che preveda una base di carattere generale rivolta a tutti i dipendenti ed orientata ad una sensibilizzazione alla cultura della legalità nonché un'attività specifica rivolta a Dirigenti e funzionari di ogni area a rischio.

## 5. COERENZA CON PIANO PERFORMANCE

Il collegamento tra il Piano di prevenzione della corruzione ed il Piano della Performance aziendale è assicurato attraverso l'individuazione di specifici obiettivi strategici di programmazione, articolati in obiettivi operativi e indicatori, assegnati ai Dirigenti che partecipano alla realizzazione del PTPC. La performance aziendale non può ottimizzarsi se non anche attraverso il perfezionamento e miglioramento del comportamento dei dipendenti.

L'ANAC, già con la Determinazione n. 12 del 28.10.2015 ha fornito alle PP.AA. indicazioni in ordine alla integrazione in termini di coerenza tra PTPC e Piano della performance sotto due profili:

a) le politiche sulla performance contribuiscono alla costruzione di un clima organizzativo che favorisce la prevenzione della corruzione;

b) le misure di prevenzione della corruzione devono essere tradotte, sempre, in obiettivi organizzativi ed individuali assegnati agli uffici e ai loro dirigenti.

Ciò al fine di individuare le misure ben definite in termini di obiettivi, in modo da renderle più efficaci e verificabili; ciò conferma la piena coerenza tra misure anticorruzione e perseguimento della funzionalità amministrativa.

L'ANAC ed in seguito il Dipartimento della Funzione Pubblica, (DPR 105/2016) hanno fornito indicazioni alle amministrazioni pubbliche, sia centrali sia territoriali, in materia di ciclo della performance, sottolineando la necessità di integrazione del ciclo della performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della anticorruzione.

L'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione ASM per il triennio 2021 – 2023, il cui termine d'adozione è differito al 31 marzo 2021 a causa dell'emergenza pandemica, giusta comunicazione dell'Anac, in data 2 dicembre 2020, intende introdurre miglioramenti alla politica di prevenzione della corruzione della ASM e adeguarsi alle indicazioni contenute, in maniera più compiuta, nel PNA 2019; in quest'ultimo documento l'Anac, tra l'altro, ha nuovamente ribadito la necessaria integrazione e coordinamento del PTPC con il contenuto di tutti gli altri strumenti di programmazione con particolare riferimento al Piano della Performance.

Al fine di migliorare l'attuazione del monitoraggio sulle misure di prevenzione, riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità e l'individuazione della valutazione e gestione del rischio, compreso l'individuazione delle misure più efficaci, anche nel 2021, come già avvenuto nel 2020 sarà utilizzato un sistema di audit per tutte le aree a rischio, per un riscontro concertato tra RPCT e referenti delle singole aree sull'attuazione e adeguatezza delle misure anticorruptive in essere. Nel corso del 2021, gli audit saranno pianificati a ciclo rotatorio pluriennale per tutte le aree a rischio.

Il rispetto delle misure stabilite nel Piano Prevenzione Corruzione e Trasparenza 2021 – 2023, in attuazione degli obiettivi strategici, costituisce, pertanto, obiettivo di performance organizzativa e individuale per i Dirigenti interessati, ai fini della valutazione della performance.

## 6. QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

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

1. decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 «Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure d'appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture»;
2. Decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97 «Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190. e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche»;
3. Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni»;
4. Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016 di approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione 2016;
5. Delibera ANAC n. 833 del 3 agosto 2016 di approvazione delle "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.A.C. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili";
6. Delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 di approvazione delle "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5, comma 2, del decreto legislativo n. 33/2013.";
7. Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 di approvazione delle «Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016»;
8. Delibera ANAC n. 840 del 2 ottobre 2018 su corretta interpretazione dei compiti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
9. Delibera ANAC n. 1074 del 21/11/2018 di approvazione dell'Aggiornamento 2018 al Piano nazionale Anticorruzione;
10. Delibera ANAC n. Delibera n. 907 del 24 ottobre 2018 di approvazione Linee Guida recanti «Individuazione e gestione dei conflitti di interesse nelle procedure di affidamento di contratti pubblici»;
11. Delibera ANAC n. 215 del 26 marzo 2019 recante disposizioni sulla «Rotazione straordinaria»;
12. Delibera ANAC 1064 del 13 novembre 2019 inerente il piano nazionale anticorruzione 2019.

Il periodo emergenziale legato alla pandemia Covid-19, ha portato alla proliferazione di DPCM, modulati in base alla situazione del momento storico, nonché ad atti di indirizzo e coordinamento anche da parte dell'ANAC. A tal proposito, nel sito aziendale è dedicata una sezione specifica alle direttive ANAC sul tema. Di seguito, gli atti più rilevanti:

1. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 29/07/2020 - Pubblicazione dei dati sulle erogazioni liberali a sostegno del contrasto all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Modello di rendiconto delle donazioni ricevute ai sensi dell'art. 99 del decreto legge 17 marzo 2020, n.18;
2. Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 7 del 08/07/2020 - Concernente la disciplina adottata per far fronte all'emergenza sanitaria da Covid-19 e, in particolare, gli effetti delle misure anti-contagio sui contratti pubblici in corso di affidamento. Approvato dal Consiglio dell'Autorità con delibera n. 598 dell'8 luglio 2020;
3. Proposta di intervento normativo al fine di consentire il ricorso alle procedure previste nell'art. 163 e nell'art. 63 del codice dei contratti pubblici fino al 31 dicembre 2020;
4. Strategie e azioni per l'effettiva semplificazione e trasparenza nei contratti pubblici attraverso la completa digitalizzazione: le proposte dell'Autorità;
5. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 20 maggio 2020: esonero CIG per le gare: la proposta dell'Autorità Nazionale Anticorruzione nel Decreto 'rilancio';

6. Atto di segnalazione n. 5 del 29 aprile 2020, concernente l'articolo 107 del Decreto Legislativo 18 aprile 2016, n. 50 e gli articoli 10, 14 e 23 del decreto del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti 7 marzo 2018, n. 49;
7. Vademecum Anac per velocizzare e semplificare gli appalti pubblici;
8. Ricognizione delle disposizioni acceleratorie e di semplificazione, presenti nel Codice dei contratti e nell'attuale quadro normativo, al fine di fornire indicazioni alle stazioni appaltanti per agevolare lo svolgimento delle procedure di affidamento;
9. Comunicato del Presidente del 22 aprile 2020: Pubblicazione di un documento concernente le disposizioni acceleratorie e di semplificazione contenute nel codice dei contratti ed in altre fonti normative;
10. Atto di segnalazione al Governo e al Parlamento n. 4 del 9/04/2020 - Concernente l'applicazione dell'articolo 103, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 17/3/2020 così come modificato dal decreto-legge n. 23 dell'8/4/2020 nel settore dei contratti pubblici;
11. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 9/04/2020 - Aggiornamento della delibera n. 268 del 19 marzo 2020;
12. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 09/04/2020 - Indicazioni in merito all'attuazione delle misure di trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190, e al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, nella fase dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 e all'attività di vigilanza e consultiva dell'ANAC;
13. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 09/04/2020 - Esente da CIG l'erogazione dei buoni pasto di cui l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 658 del 29 marzo 2020;
14. Delibera numero 313 del 09/04/2020 - Ordinanza della Protezione Civile n. 658 sull'emergenza sanitaria Covid-19. Applicabilità delle disposizioni in materia di tracciabilità dei flussi finanziari all'acquisizione di buoni spesa e all'acquisto diretto di generi alimentari e di prodotti di prima necessità;
15. Delibera numero 312 del 09/04/2020 - Prime indicazioni in merito all'incidenza delle misure di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19 sullo svolgimento delle procedure di evidenza pubblica di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016 n. 50 e s.m.i. e sull'esecuzione delle relative prestazioni;
16. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 01/04/2020 - Attività di vigilanza collaborativa nella attuale fase emergenziale;
17. Delibera numero 289 del 01/04/2020 Esonero per le stazioni appaltanti e gli operatori economici fino al 31 dicembre 2020 dal versamento della contribuzione dovuta all'ANAC ai sensi dell'art. 1, commi 65 e 67 della legge n. 266 del 23 dicembre 2005;
18. Delibera numero 268 del 19/03/2020 - Sospensione dei termini nei procedimenti di competenza dell'Autorità e modifica dei termini per l'adempimento degli obblighi di comunicazione nei confronti dell'Autorità;
19. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 12/03/2020 - Proroga dei termini delle Attestazioni degli OIV in materia di obblighi di pubblicazione;
20. Comunicato del Presidente dell'Autorità del 04/03/2020 - Qualificazione per l'esecuzione di lavori pubblici di importo superiore a 150.000 euro Criticità correlate ai provvedimenti legislativi adottati per il contrasto e la prevenzione della diffusione del virus COVID-19. Richiesta, avanzata dall'Associazione di categoria delle SOA GENERALSOA, di proroga dei termini per la conclusione dei contratti di attestazione.

## 7. IL PROCESSO DI APPROVAZIONE DEL PTPCT

Il processo è così articolato:

- Invito ai Responsabili delle UU.OO. delle Aree a Rischio di eventuali proposte di variazione ed aggiornamento della mappatura del rischio e/o delle misure ritenute necessarie per la predisposizione del PTPC e relativi adempimenti degli obblighi di trasparenza ex d.lgs 33/2013 e s.m.i. con le Aree di Rischio anche attraverso sessioni di audizioni;
- Comunicazione al Responsabile Piano Performance in ordine alla necessità di delineare il piano in modo da coordinare gli adempimenti, i compiti e le responsabilità inseriti nel PTPC con il c.d. Ciclo della Performance;
- Comunicazione al Responsabile Formazione in ordine alla necessità di attivare le procedure necessarie alla predisposizione del nuovo Piano Triennale della Formazione;
- Pubblicazione avviso per la consultazione pubblica ai fini del coinvolgimento della struttura organizzativa e degli Stakeholder;
- Predisposizione di una Bozza del PTPC da parte del RPC da trasmettere al Direttore Generale per il cosiddetto “doppio passaggio” (quale organo di vertice dell’amministrazione) per un processo condiviso di formazione dei Piani stessi;
- Adozione del PTPC e PTTI, nei termini di legge, con deliberazione del Direttore Generale;
- Pubblicazione sul sito dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera in una apposita sezione;
- Pubblicazione sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell’ANAC;
- Trasmissione PTPC al Dipartimento Funzione Pubblica.

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche sono tenuti a notificare il Piano aziendale di prevenzione della corruzione ai rispettivi dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo al momento dell’assunzione in servizio e, successivamente, con cadenza periodica, in specie allorquando si sia proceduto a modifiche dello stesso.

Il PTPC dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera, entra in vigore successivamente all’approvazione ed adozione da parte del Direttore Generale; per espressa previsione di legge, ha una validità triennale ed è aggiornato annualmente entro il 31 Gennaio di ciascun anno in ottemperanza all’art. 1 comma 8 della L. 190/2012 e s.m.i.

Attesa la valenza programmatica, che si articola in un triennio, tutte le previsioni contenute nel Piano sono soggette a modifica, aggiornamento, revisione e implementazione, oltre che nell’immediato a fronte di specifiche emergenti necessità.

Il Dirigente dell’Azienda Dott. Achille Spada è stato nominato, dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera, Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza dapprima ad interim e in via provvisoria con deliberazione n. 813 del 18 Settembre 2019 e successivamente con deliberazione n. 1135 del 19 dicembre 2019 in via definitiva.

Il Piano 2021-2023, proposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, è anche la risultante e si pone in diretta continuità con l’attività di prevenzione della corruzione e della illegalità svolta negli anni precedenti dall’Azienda, a seguito dell’entrata in vigore della L. n. 190/2012 e s.m.i., e sinora concretizzatasi, da ultimo, in provvedimenti di ordine generale, consultabili sul sito aziendale, nella specifica sezione “Amministrazione Trasparente”, sottosezione “Disposizioni Generali” e “Atri contenuti”, con particolare riferimento a:

1. deliberazione del Direttore Generale dell’ Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 46 del 29/01/2019-avente ad oggetto “Adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2019/2021 ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012”;
2. deliberazione del Direttore Generale dell’ Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 615 del 27/06/2019-avente ad oggetto “Aggiornamento del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2019/2021 ai sensi della L. n. 190 del 6.11.2012”;
3. deliberazione del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 48 del 28/01/2020, avente ad oggetto “Approvazione Piano di Formazione in materia di Anticorruzione e Trasparenza per il triennio 2020-2022 – L. 190/2012 e s.m.i.;

4. deliberazione del Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera n. 73 del 31/01/2020, avente ad oggetto “Adozione del Piano Triennale della corruzione e PTTI 2020-2022 ai sensi della legge 190/2012 e s.m.i. e Delibera Anac n. 1064 del 13/11/2019 – PNA 2019.

## 8. ATTUAZIONE DEL PTPCT NEL 2020

Il Piano 2020-2022, con gli allegati, è stato pubblicato sul sito e trasmesso a tutti i dipendenti, attraverso mail aziendale utenti@asmbasilicata.it.

### Stato di attuazione delle misure non correlate ad Aree Specifiche

#### Codice di Comportamento

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

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

Pertanto, sul sito aziendale, nella sezione “Amministrazione Trasparente” sono stati pubblicati il Codice Etico Aziendale, nonché il D.P.R. 62/2013.

Si dà atto, altresì, che il Codice Etico vigente è stato consegnato a tutti i neo assunti da parte dell’U.O.C. Gestione risorse Umane

Con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 l’Anac ha adottato le Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche. All’uopo, è in corso la revisione del Codice etico e del Codice di Comportamento, sulla base delle integrazioni suggerite dalle Linee Guida Anac, che prima dell’adozione sarà trasmesso all’O.I.V., per il prescritto parere obbligatorio.

#### Patti di Integrità per gli Appalti

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

#### Conflitto di Interesse

L’Azienda, nell’intraprendere adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell’obbligo di astensione, ha adottato il modello standard reso disponibile da AGENAS, per l’identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Il modello è stato reso disponibile già dal 2016, dopo aver informato e formato tutto il personale dirigente. Non sono mancate contestazioni da parte di dirigenti medici che hanno contestato ed in alcuni casi lamentato la difficoltà di compilazione, anche in ordine alle richieste retrodatate di tre anni. Molti non hanno ritenuto aderire nonostante i solleciti. Si procederà ad istituzionalizzare la procedura AGENAS per la dichiarazione pubblica ed a sollecitare i dirigenti all’utilizzo. Secondo quanto previsto dalle Linee Guida ANAC, l’Azienda Sanitaria di Matera ha redatto ed approvato un Regolamento Aziendale sulla “Gestione del Conflitto di Interessi”, con delibera n° 553 del 13/06/2019, con la definizione di procedure, tempi e modalità per la rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi e per la dichiarazione di astensione, adottando specifica modulistica aziendale per le varie casistiche di conflitto. Si dà atto che, nel corso del 2020 sono sopraggiunte alcune segnalazioni esterne all’ASM, relative a ipotizzati conflitti d’interesse per alcuni dirigenti aziendali. Dopo compiuta istruttoria e indagine, da parte delle U. O. interessate e della Direzione Strategica, le segnalazioni non hanno sortito alcun effetto, in quanto ritenute infondate. Di contro, all’Ufficio del RPCT è giunta una dichiarazione ex se, da parte di un dirigente, che manifestava un possibile conflitto d’interessi. Il Responsabile dell’U.O., prendendone atto, comunicava, altresì l’esonero del soggetto interessato ad esplicitare l’attività lavorativa, avocando a sé il potere di vigilanza e controllo, in qualità di sostituto gerarchicamente superiore.

### **Conferimento di incarichi dirigenziali**

In riferimento agli incarichi dirigenziali, si provvede ad inoltrare richiesta annuale di dichiarazione di incompatibilità al personale dirigenziale già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconfiribilità/incompatibilità ai dirigenti titolari di nuovi incarichi da parte dell'U.O. Gestione Risorse Umane.

Nel 2020 si è provveduto ad una verifica sulle dichiarazioni rese e quindi sulla presenza di eventuali situazioni di incompatibilità/inconfiribilità, attraverso procedure di controllo attivate come nei casi di conferimenti di nuovi incarichi dirigenziali, presso il Tribunale competente (Casellario Giudiziario).

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

- Classificazione in fasce degli incarichi dirigenziali, secondo la normativa vigente “non generali, strutture semplici dipartimentali, strutture complesse”;
- Il campionamento stratificato rispetta la classe di venti (20) per ogni fascia. In particolare, sono stati fatti 40 controlli, presso il Casellario Giudiziale del tribunale di Matera.

### **Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro**

E' stato effettuato il controllo sulle misure di verifica delle acquisizioni del c.d pantouflage o revolving doors” presso le UU.OO. competenti; dalle verifiche effettuate si è riscontrato che solo l'U.O.C. “Gestione delle Risorse Umane” da maggio 2018, ha predisposto un modulo allegato al provvedimento di risoluzione del rapporto d'impiego per collocamento in pensione con riferimento all'art. 53, comma 16-ter D.Lgs 165/2001.

Si è, pertanto, predisposto un modulo di dichiarazione sostitutiva per gli operatori economici contenente la clausola di divieto di cui all'art. 53, comma 16-ter D.Lgs 165/2001, procedendo alla diffusione del modulo presso le altre UU.OO. interessate. Nel corso del 2020, non sono state segnalate né si sono evidenziate situazioni di conflitto.

### **Monitoraggio P.T.P.C.T.**

Con riferimento al monitoraggio delle misure si fa presente che a far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure. Con detto software ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso ed ha potuto indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle. Nel corso nel 2020, a fronte delle reiterate richieste del RPCT, sono state riscontrate difficoltà nel rispetto dei tempi di elaborazione dei dati da parte dei Dirigenti, dovuto ad esigenze legate alla pandemia. Uno screening sull'efficacia delle misure è stato effettuato, per le aree a rischio, nel corso delle audizioni. E' stato, quindi, richiesto il monitoraggio annuale delle misure. Per i Dirigenti delle U.O. considerate a rischio, al fine di individuare gli indicatori utili ad una valutazione oggettiva dell'attuazione delle misure, è stata avviata una specifica azione di formazione/intervento nel corso del 2020 (formazione/laboratori).

### **Indicatori di Efficacia delle Misure**

In ordine alla individuazione di indicatori di efficacia delle misure negli anni precedenti è stata utilizzata la modalità della comunicazione semestrale, non sempre puntuale, sollecitata con inviti del RPCT ai Dirigenti delle UU.OO. con cui si chiedeva conto dell'attuazione delle misure e relativi adempimenti del PTPC; In ordine alla verifica dell'efficacia della misura e capacità di adeguamento, il riscontro si è avuto in sede di aggiornamento del PTPC quando i Dirigenti hanno riscontrato la richiesta in ordine alla necessità di modificare o meno le misure adottate. A far data dalla fine del 2016, inoltre, con l'introduzione del software di monitoraggio, il riscontro (quale indicatore), è avvenuto attraverso la verifica dello stato di attuazione ed adempimento del PTPC; il software richiede l'indicazione della % di attuazione della misura e motivazione di eventuale scostamento, oltre alla possibilità di comunicare al RPC la necessità di implementare, variare, eliminare o altra azione da compiere in relazione alla misura stessa. Nel corso degli audit, condotti nel 2020, è stato, inoltre, dato corso ad una diretta dell'efficacia delle misure adottate.

### **Attività di Formazione**

L'attività di formazione nell'anno 2020, con prosecuzione già calendarizzata a gennaio 2021, ha riguardato corsi di formazione generale per tutti i dipendenti e di formazione specifica diretta ai referenti/dirigenti delle aree a rischio.

## Whistleblowing

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

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

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

La scelta di limitare al solo RPC la possibilità di visionare le segnalazioni è dovuta alla esclusiva responsabilità in capo al RPC in caso di violazione dell'anonimato del segnalante. Dal 2015 è in disponibilità il software specifico funzionante ed operativo, riservato al personale dipendente. Si riscontra che, per l'anno 2020, non vi sono state segnalazioni di alcun genere.

## Rotazione del Personale

Il Piano Triennale di prevenzione della corruzione 2016/2018, adottato con deliberazione n. 101 del 28.1.2016 ha previsto, nel rispetto delle indicazioni dell'autorità nazionale anticorruzione (ANAC), la rotazione del personale fra le misure idonee a contrastare il rischio di comportamenti riconducibili ad una o più delle fattispecie in cui il fenomeno corruttivo può manifestarsi. L' ANAC ha fornito per il 2016 precise indicazioni sulle tappe per l'attuazione della misura preventiva della rotazione degli incarichi "...mediante un processo di pianificazione della rotazione e di una sua graduazione in funzione dei diversi gradi di responsabilità e di accompagnamento attraverso la costruzione di competenze..." I principi sulla rotazione ordinaria del personale contenuti nei PNA precedenti sono stati confermati dal PNA 2019. Con deliberazione aziendale n. 1031 del 30.08.2016 è stato approvato atto di indirizzo per la predisposizione del "Piano aziendale di rotazione del personale". Il Piano aziendale di rotazione del personale è stato trasferito nel PTPCT 2020-2022. Con deliberazione aziendale n. 1165 del 12.10.2016 è stato adottato il "Piano aziendale di rotazione degli incarichi". Con il predetto provvedimento è stato dato mandato ai Direttori di Dipartimento e per essi, nei casi previsti, ai Direttori di U.O.C, di predisporre i piani dipartimentali e/o di unità operativa concernenti la rotazione del personale.

Per quanto attiene all'applicazione della misura, per l'anno 2020, il PTPCT 2020/2022 ha stabilito di confermare, per quanto compatibile, la Delibera 1165/2016 relativa al Piano Aziendale di Rotazione

Anche nell'anno 2020, come nei precedenti, sia nelle Aree a rischio corruttivo che nelle altre aree, sono state attribuiti incarichi in ragione dei vari istituti contrattuali per il completamento dell'organico necessario ad assicurare l'espletamento delle funzioni delle aree dei vari Dipartimenti, nonché per colmare lacune di figure direttive.

1. Delibera n. 188/2020, nomina Direttore Dipartimento Prevenzione Salute Umana;
2. Delibera 622/2020, conferimento incarico quinquennale Direttore di Distretto di comunità U.O.C. "Distretto della Salute città di Matera" dell'ASM;
3. Delibera n. 778/2020, conferimento incarico quinquennale Direttore Distretto Comunità U.O.C. Distretto della Salute Collina Materana-Metapontino;
4. Delibera n. 1074/2020, conferimento incarico quinquennale U.O.C. Veterinari Area B;

Al fine di chiarire la valenza e dipanare la possibile confusione tra la figura di "sostituto" del responsabile di unità operativa in caso di assenza temporanea e quella di titolare del "potere sostitutivo" a cui privato istante può decidere di rivolgersi in caso di inerzia o inadempimento del responsabile del procedimento nell'adozione di provvedimenti amministrativi che lo riguardano, la Delibera 505/2020, avente ad oggetto "Art. 2 Legge 7 agosto 1990 n. 241", ha individuato il soggetto al quale attribuire il potere sostitutivo in caso di inerzia del responsabile del procedimento.

Con Delibera n. 777/2020 (*incarichi di funzioni organizzative 2020/2022. conferimento di n. 39 incarichi di funzioni organizzative (idf 2020/2022) p3, p4,p5 e di 72 incarichi di funzione di coordinamento p1 e p2.*), a seguito di procedura interna di interpello per individuare le candidature volte a ricoprire ruoli incaricati di funzione -ex posizione organizzativa- e alta professionalità, all'interno del quale è prevista la non rinnovabilità della stessa posizione organizzativa e alta professionalità, sono stati conferiti incarichi di funzione e, con Deliberazione 1071/2020è (*incarichi di funzioni organizzative 2020/2023. . dimissioni e sostituzione incarichi di funzioni organizzative (idf 2020/2023) p3, p4,p5 e incarichi di funzione di coordinamento p1 e p2. presa d'atto e conferimento incarichi disponibili a idf vacanti.*) è stato preso atto delle dimissioni e vacanza che si prevede saranno coperte nel corso del 2021 con ulteriore procedura di interpello.

### **Rotazione straordinaria**

L'istituto della rotazione c.d. straordinaria è misura di prevenzione della corruzione; l'istituto è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) d.lgs. n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

Con la delibera 215/2019, L'ANAC ha precisato il proprio orientamento in materia di rotazione straordinaria con particolare riguardo alla identificazione dei reati presupposto da tener in conto ai fini dell'adozione della misura e al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

Nel 2019 in adesione alle previsioni contenute nella suddetta deliberazione dell'Autorità, è stato adottato un provvedimento motivato di rotazione straordinaria conformandosi alla normativa che attribuisce alla rotazione straordinaria una valenza anticorruttiva conseguente a specifiche tipologie di reato,.

Nel 2020, all'esito di proscioglimento da procedimento penale per alcuni dipendenti, la misura della rotazione straordinaria, riguardante i dipendenti interessati è stata correttamente dichiarata decaduta e inefficace, con Delibera 269 del 16 marzo 2020.

### **Stato di Attuazione Misure specifiche per le singole Aree a Rischio**

Durante l'anno 2020 è stata svolta un'azione di sensibilizzazione, sollecitazione e supporto finalizzata a favorire l'attuazione delle misure previste nel PTPC 2020-2022 nel rispetto delle tempistiche stabilite.

Nell'Allegato 2 viene riportato il reporting di monitoraggio di attuazione delle misure del Piano per l'annualità 2020 relative alle singole Aree a Rischio.

## 9. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITÀ NELLA STRATEGIA DI PREVENZIONE A

### LIVELLO DECENTRATO

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

- il Direttore Generale;
- il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- i Direttori di UU.OO., quali referenti per la prevenzione della corruzione per l'area di rispettiva competenza;
- tutti i dirigenti per le attività di rispettiva competenza;
- l' Organismo Indipendente di Valutazione ( O.I.V.);
- Il Dirigente dell'U.O. Gestione Risorse Umane Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, U.P.D.;
- Tutti i dipendenti dell'Amministrazione;
- I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Amministrazione.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione definisce le modalità e i tempi del raccordo con gli altri organi competenti nell'ambito del P.T.P.C.T.

#### I principali attori del processo di gestione del rischio ed i loro compiti

Atteso il ruolo di coordinamento che la vigente normativa in materia attribuisce al RPCT, con riguardo al processo di gestione del rischio, all'interno dell'ASM sono presenti ulteriori soggetti coinvolti nel processo stesso (Direttore Generale, Direttore Sanitario, Direttore Amministrativo, quali organi di vertice).

#### Il Direttore Generale

Il Direttore Generale, quale autorità al vertice della gestione e amministrazione dell'Azienda:

- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- adotta il P.T.P.C.T. e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione;
- valorizza, in sede di formulazione degli indirizzi e delle strategie dell'amministrazione, lo sviluppo e la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione;
- assicura al RPCT un supporto concreto, garantendo la disponibilità di risorse umane e digitali adeguate, al fine di favorire il corretto svolgimento delle sue funzioni;
- promuove attraverso percorsi formativi e di sensibilizzazione relativi all'etica pubblica che coinvolgano l'intero personale, una cultura della valutazione del rischio all'interno dell'organizzazione.

#### Il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza

Con la DDG n. 813/2019 è stato nominato ad interim e in via provvisoria e, successivamente con DDG n. 1135/2019 in via definitiva il Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza nella persona del Dott. Achille Spada, dirigente dell'Azienda.

Il Responsabile predispose ogni anno entro il 31 Gennaio, il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione che sottopone al Direttore Generale, prima in bozza, in ossequio al principio del "doppio passaggio" per eventuali osservazioni, quindi in via definitiva per l'approvazione. Il Piano deliberato viene pubblicato sul sito web istituzionale dell'Azienda nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente – Altri Contenuti e sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC.

Al Responsabile competono le seguenti attività/funzioni:

- elaborare la proposta di piano della prevenzione, che deve essere adottato dall'organo di indirizzo politico (art. 1, comma 8),
- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione (art. 1, comma 8),
- verificare l'efficace attuazione del piano e della sua idoneità (art. 1, comma 10 lett. a),
- proporre modifiche al piano in caso di indicazione da parte degli organismi competenti di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione (art. 1, comma 10, lett. a),
- verificare, d'intesa con i dirigenti delle articolazioni aziendali competenti, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione (art. 1, comma 10, lett. b),
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità (art. 1, comma 10, lett. c),
- pubblicare ogni anno sul sito web aziendale e sulla piattaforma on line attivata sul sito istituzionale dell'ANAC una relazione recante i risultati dell'attività, secondo le indicazioni ANAC.

In capo al Responsabile incombono le responsabilità sancite dalla Legge n. 190/2012 e s.m.i., come richiamate nel Deliberazione n.1064 del 13 novembre 2019 (PNA 2019).

### **Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (RASA)**

Al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti (ex AUSA), con Deliberazione del Direttore Generale n. 864 del 08.10.2019 avente ad oggetto “ Funzioni di Responsabile dell'Anagrafe Stazione Appaltante (RASA)”, ai sensi dell'art. 33-ter, Decreto Legge n. 179/2012 conv. con Legge n. 221/2012, è stato nominato il nuovo soggetto responsabile dell'Anagrafe per la Stazione appaltante preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati, nella persona del Dottor Michele Viggiano Direttore dell'U.O.C. Innovazione tecnologica e attività informatiche.

L'individuazione del RASA è intesa come misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

### **Nomina del “Gestore” DM 25 Settembre 2015 Ministero Interno**

Con propria deliberazione il Direttore Generale procede alla individuazione e nomina del “gestore” delegato alla valutazione e trasmissione alla UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio o finanziamenti del terrorismo. Con la medesima deliberazione è adottato specifico Regolamento aziendale per il contrasto ai fenomeni di riciclaggio e di finanziamento al terrorismo.

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

L'Azienda, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria, tenendo conto anche dell'articolazione per centri di responsabilità, individua quali Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione tutti i dirigenti, a qualsiasi titolo, responsabili delle articolazioni aziendali, che costituiscono punto di riferimento per la raccolta delle informazioni e le segnalazioni al Responsabile della prevenzione della corruzione, fermi restando i compiti e le responsabilità che attengono direttamente al Responsabile.

### **Funzioni dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione**

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

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, nell'esercizio delle funzioni di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, sono tenuti a curare, mediante un sistema articolato "a cascata", il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti e dipendenti delle strutture aziendali cui sono rispettivamente preposti, in specie di quelli addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione ed illegalità, nell'attività di analisi e valutazione del rischio, nonché di proposta, definizione e continuo monitoraggio delle misure del piano di prevenzione della corruzione. In particolare predispongono per l'area di competenza il documento di mappatura dei processi e di

valutazione del rischio che individua i rischi per ogni area e propongono e monitorano le misure di prevenzione della corruzione.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, per l'area di rispettiva competenza, svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'Azienda e, di costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati agli uffici di riferimento, anche relativamente agli obblighi di rotazione del personale.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.

I Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione concorrono con il Responsabile del Piano Anticorruzione a curare che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni del decreto legislativo n. 39/2013 sulla inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi.

A tal fine:

- a) segnalano alla Direzione Aziendale e al Responsabile del Piano Anticorruzione l'esistenza o l'insorgere delle situazioni di inconfiribilità o incompatibilità di cui al decreto, affinché il Responsabile proceda alla relativa, dovuta contestazione;
- b) segnalano, altresì, alla Direzione Aziendale Responsabile del Piano Anticorruzione i casi di possibile violazione delle disposizioni dello stesso decreto, per le seguenti dovute segnalazioni: all'OIV, all'Autorità nazionale anticorruzione, all'Autorità garante della concorrenza e del mercato ai fini dell'esercizio delle funzioni di cui alla legge 20 luglio 2004, n. 215, nonché alla Corte dei conti, per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

I Referenti del Responsabile concorrono con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione a curare la diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione ed il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, in raccordo con il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane, Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari.

### **Nucleo Ispettivo Interno**

Con delibera n. 120 del 12.02.2020 è stato nominato il nuovo Presidente del Nucleo Ispettivo Interno, a modifica della delibera 1063 del 03.11.2017 di rettifica della deliberazione aziendale n. 1459/2016, con cui veniva formalizzata la composizione del Nucleo, istituito con delibera aziendale n. 901 del 30.07.2014 e che risulta costituito da sei componenti, di cui uno con funzioni di Presidente, uno con funzioni di Vice Presidente, uno con funzioni di segretario.

Il Nucleo Ispettivo Interno, come da Regolamento di organizzazione e funzionamento, approvato con Delibera 1278/2014, opera alle dirette dipendenze della Direzione Generale e la relativa attività rientra nei compiti istituzionali dell'ASM.

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

### **I dirigenti per l'area di rispettiva competenza**

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

- svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria;
- propongono le misure di prevenzione della corruzione;

- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- favoriscono la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- partecipano attivamente al processo di gestione del rischio, fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- curano lo sviluppo delle proprie competenze in materia di gestione del rischio di corruzione attraverso la formazione e gli interventi di sensibilizzazione sulle tematiche dell'etica e della legalità, rivolti sia a loro stessi sia ai dipendenti assegnati ai propri uffici;
- promuovono specifiche misure di prevenzione, contribuendo con proposte di misure specifiche che tengano conto dei principi guida indicati nel PNA 2019 e, in particolare, dei principi di selettività, effettività, prevalenza della sostanza sulla forma;
- danno attuazione alle misure di propria competenza programmate nel PTPCT, operando in modo tale da creare le condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del loro personale;
- tengono conto, in sede di valutazione delle performance, del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT;
- partecipano al processo di gestione del rischio;
- assicurano gli adempimenti in ordine agli obblighi di pubblicazione dei dati e delle informazioni sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente".

#### **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 devono 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.

Il legislatore ha rafforzato le funzioni affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC.

L'OIV verifica che i PTPCT siano coerenti con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale e, altresì, che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza.

In rapporto agli obiettivi inerenti la prevenzione della corruzione e la trasparenza l'OIV verifica i contenuti della relazione recante i risultati dell'attività svolta che il RPCT predispone e trasmette all'OIV, oltre che alla Direzione Aziendale, ai sensi dell'art. 1, co. 14, della l. 190/2012.

Nell'ambito di tale verifica l'OIV ha la possibilità di chiedere al RPCT informazioni e documenti che ritiene necessari ed effettuare audizioni di dipendenti (art. 1, co. 8-bis, l. 190/2012).

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

- offre, nell'ambito delle proprie competenze specifiche, un supporto metodologico al RPCT e agli altri attori, con riferimento alla corretta attuazione del processo di gestione del rischio corruttivo;
- fornisce, qualora disponibili, dati e informazioni utili all'analisi del contesto alla valutazione e al trattamento dei rischi;
- favorisce l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo;
- svolge compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa;
- esprime parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Azienda ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

#### **L'Ufficio Procedimenti Disciplinari - U.P.D.**

Con Delibera 641/2020 è stato costituito l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D.) unico, per le infrazioni commesse da tutto il personale aziendale, sia dirigenziale che del comparto e, approvato il Regolamento in materia di Responsabilità e Sanzioni Disciplinari che ne ha stigmatizzato le funzioni. In particolare, l'UPD:

- ✓ svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza;
- ✓ provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- ✓ propone l'aggiornamento del Codice di comportamento.

Secondo il Regolamento, l'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari (U.P.D.), è costituito in forma collegiale ed è composto da un Presidente e da due componenti effettivi nominati con apposita deliberazione del Direttore Generale dell'ASM di Matera. Con la medesima deliberazione vengono altresì indicati un Presidente e due componenti supplenti i quali interverranno nei casi di astensione, ricsuzione o impedimento dei rispettivi membri effettivi, nonché di procedimenti disciplinari a carico degli stessi. La composizione dell'U.P.D. deve garantire la partecipazione di soggetti che, in ragione della specifica qualifica e professionalità posseduta, abbiano competenza in materia sanitaria, giuridica ed amministrativa.

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

Tutti i dipendenti dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T., segnalano le situazioni di illecito al proprio dirigente o all'U.P.D., segnalano casi di personale conflitto di interessi. Tutti i dipendenti dell'Azienda rispettano le misure necessarie alla prevenzione degli illeciti nell'Amministrazione. In particolare, i dipendenti rispettano le prescrizioni contenute nel piano per la prevenzione della corruzione, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e, fermo restando l'obbligo di denuncia all'autorità giudiziaria, segnalano al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell'Amministrazione di cui siano venuti a conoscenza. I dipendenti sono tenuti a comunicare tempestivamente all'Azienda gli eventuali procedimenti penali che dovessero intervenire a loro carico.

#### **Responsabilità dei dipendenti per violazione delle misure di prevenzione**

Le misure di prevenzione e contrasto alla corruzione adottate dall'Azienda e trasfuse nel P.T.P.C.T. devono essere rispettate da tutti i dipendenti e, dunque, sia dal personale del comparto che dalla dirigenza (art. 8 Codice di comportamento generale).

La violazione delle misure di prevenzione previste dal piano costituisce illecito disciplinare (art. 1, comma 14, l. n. 190/2012).

#### **I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda**

I collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T. e segnalano le situazioni di illecito.

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

Il Responsabile della prevenzione della corruzione definisce le modalità e i tempi del raccordo con gli altri soggetti competenti nell'ambito del P.T.P.C.T.

A tal fine, per approntare un efficace e concreto sistema di difesa a contrasto delle possibili negative interferenze tra sfera pubblica e sfera privata dei pubblici agenti, è adottato, con il presente piano di prevenzione della corruzione, un percorso che prevede il coinvolgimento strutturale e funzionale:

- a) dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche;
- b) del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- c) di tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda.

Il percorso è articolato secondo il seguente modello operativo e funzionale:

1. i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, anche in qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, assicurano in via ordinaria il controllo di regolarità dei procedimenti e delle attività ascrivibili alla competenza delle strutture cui sono rispettivamente preposti;
2. il Responsabile della prevenzione della corruzione sovrintende alle strategie di contrasto della corruzione e dell'illegalità, alle strategie finalizzate a garantire piena trasparenza e tese alla concreta attuazione dell'ineludibile obiettivo di introdurre un contributo esterno di controllo da parte degli utenti sullo svolgimento delle attività aziendali;
3. tutti i dirigenti, i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo dell'Azienda partecipano al processo di gestione del rischio, osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T., segnalano le situazioni di illecito, segnalano casi di personale conflitto di interessi, prestano la loro collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, nell'esercizio delle sue attribuzioni, può in ogni momento, motivatamente, chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dirigenti e dipendenti su procedimenti, nonché su comportamenti, incidenti sulle attività istituzionali, che possono integrare anche solo potenzialmente rischio di corruzione ed illegalità.

A tali richieste scritte del Responsabile della prevenzione della corruzione, i dirigenti ed i dipendenti interessati sono tenuti a fornire una tempestiva risposta scritta.

Di tali iniziative il Responsabile della prevenzione della corruzione darà sollecita informativa al Direttore Generale dell'Azienda.

### **Obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione**

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera, in considerazione del carattere complesso della sua organizzazione amministrativa e sanitaria e della pluralità di attività esercitate dalle proprie molteplici articolazioni, sia a livello centrale che periferico, dislocate peraltro in un'ampia area geografica, per assicurare l'effettivo e concreto funzionamento dell'intero meccanismo di prevenzione approntato in modo diffuso con il presente piano, individua, con particolare riguardo alle attività individuate come a rischio di corruzione e d'illegalità, specifici obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano. Gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono, infatti, assicurati anche ai sensi dell'art. 16 del d.lgs. n. 165 del 2001, che disciplina le funzioni dei dirigenti di livello dirigenziale generale, prevedendo che gli stessi concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'ufficio cui sono preposti, forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo, provvedono al monitoraggio dei processi o delle fasi di essi nell'ambito dei quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti. Al fine di assicurare che il flusso informativo verso il Responsabile della prevenzione della corruzione sia connotato dalla massima costanza, capillarità e diffusione, i Referenti del responsabile della prevenzione della corruzione attueranno, all'interno delle articolazioni cui sono rispettivamente preposti, un sistema "a cascata", con il pieno e motivato coinvolgimento di tutti i dirigenti, dipendenti

e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda, tale da garantire il pieno conseguimento delle finalità di cui al P.T.P.C.T., nonché da assicurare che tutto il personale dell'Azienda sia coinvolto nell'attività di analisi e valutazione, nonché di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del piano di prevenzione della corruzione.

## 10. FASI DEL PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO

Le principali fasi del processo di gestione del rischio sono:

1. **Analisi del contesto** esterno ed interno;
2. **Valutazione del rischio.** Mappatura dei processi, effettuata sull'attività svolta dall'amministrazione, non solo alle cd. "aree obbligatorie" ma anche a tutte le altre ulteriori aree di rischio specifiche e generali;
3. **Trattamento del rischio;** misure concrete, sostenibili e verificabili.

### Premessa

Il vigente quadro normativo, le indicazioni integrative ed i chiarimenti intervenuti devono costituire il supporto operativo necessario per introdurre misure di prevenzione alla corruzione che consentano di migliorare l'efficacia complessiva dell'impianto a livello sistemico, nella consapevolezza che il percorso di elaborazione del PTPC si sviluppa nel tempo e che quindi il presente Piano si limita ad alcune correzioni di rotta possibili secondo un principio di gradualità e senza disperdere il bagaglio di esperienza finora conseguito, come la stessa ANAC precisa.

Pertanto, al fine di un rafforzamento dell'efficacia del Piano, si deve mirare all'adozione di misure di prevenzione della corruzione:

- **oggettive**, che mirano, attraverso soluzioni organizzative, a ridurre ogni spazio possibile all'azione di interessi particolari volti all'improprio condizionamento delle decisioni pubbliche;
- **soggettive**, che mirano a garantire la posizione di imparzialità del funzionario pubblico che partecipa, nei diversi modi previsti dall'ordinamento (adozione di atti di indirizzo, adozione di atti di gestione, compimento di attività istruttorie a favore degli uni e degli altri), ad una decisione amministrativa.

L'individuazione di tali misure spetta all'amministrazione che è in grado di conoscere la propria condizione organizzativa, la situazione dei propri funzionari, il contesto esterno nel quale si trovano ad operare.

La gestione del rischio:

- a) Realizza l'interesse pubblico alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza (non un processo formalistico o un mero adempimento burocratico);
- b) è parte integrante del processo decisionale (pertanto, non è un'attività meramente ricognitiva, ma supporto concreto di gestione, con particolare riferimento all'introduzione di efficaci strumenti di prevenzione e interessa tutti i livelli organizzativi);
- c) si integra con altri processi di programmazione e gestione (in particolare con il ciclo di gestione della performance. Detta strategia trova un preciso riscontro negli obiettivi organizzativi; gli obiettivi individuati nel PTPCT per i responsabili delle unità organizzative in merito all'attuazione delle misure di prevenzione o delle azioni propedeutiche e i relativi indicatori sono collegati agli obiettivi inseriti per gli stessi soggetti nel Piano delle performance e negli obiettivi individuali annuali. L'attuazione delle misure previste nel PTPCT è uno degli elementi di valutazione del dirigente e del personale non dirigenziale);
- d) è un processo di miglioramento continuo e graduale e tiene conto dei requisiti di sostenibilità e attuabilità degli interventi;
- e) implica assunzione di responsabilità (si basa su un processo di diagnosi e trattamento, e richiede di fare scelte in merito alle più opportune modalità di valutazione e trattamento dei rischi che riguardano, in particolare, la Direzione Aziendale, i dirigenti, il RPC);
- f) è un processo che tiene conto dello specifico contesto interno ed esterno, nonché di quanto già attuato (come risultante anche dalla relazione del RPC);
- g) è un processo trasparente e inclusivo, che deve prevedere momenti di efficace coinvolgimento dei portatori di interesse interni ed esterni;
- h) è ispirata al criterio della prudenza volto anche ad evitare una sottostima del rischio di corruzione;

- i) non consiste in un'attività di tipo ispettivo o con finalità repressive (implica valutazioni non sulle qualità degli individui ma sulle eventuali disfunzioni a livello organizzativo).

## 11. ANALISI DEL CONTESTO

Il contesto aziendale, sia nella dimensione esterna che in quella interna viene indagato attraverso specifiche prospettive di analisi finalizzate a fornire una rappresentazione delle dinamiche esterne ed interne all'Azienda che ne condizionano l'operato in termini di scelte strategiche effettuate.

Nello specifico il contesto esterno viene rappresentato attraverso l'analisi del contesto territoriale e dal contesto demografico, mentre la rappresentazione del contesto interno è effettuata attraverso l'analisi del personale dipendente, della situazione economico – finanziaria, dell'articolazione organizzativa, e del sistema dell'offerta sanitaria.

### Il contesto esterno

L'ANAC ha ritenuto, come prima ed indispensabile fase del processo di gestione del rischio, quella relativa all'analisi del contesto, sia interno che esterno. Attraverso questa analisi si possono, infatti, ricavare delle informazioni utili a comprendere come il rischio corruttivo possa verificarsi all'interno dell'amministrazione, per via delle specificità dell'ambiente in cui essa opera, sia in termini di condizioni sociali, economiche e culturali) che in termini di indice di criminalità. In proposito si può evidenziare che la provincia di Matera si colloca al 88° posto della classifica generale delle 106 province italiane. L'indagine condotta dal "Sole 24 Ore" è stata elaborata su dati forniti dal Dipartimento Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno e sono relativi ai delitti "emersi" in seguito alle segnalazioni delle Forze di Polizia (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri, Carabinieri Forestali, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, DIA, Polizia Municipale, Guardia Costiera) sui seguenti reati: omicidi volontari consumati, infanticidi, tentati omicidi, furti con strappo, furti con destrezza, furti in abitazioni, furti in esercizi commerciali, furti di autovetture, rapine, estorsioni, usura, associazioni per delinquere, associazioni di tipo mafioso, riciclaggio e impiego di denaro, truffe e frodi informatiche, incendi, stupefacenti, violenze sessuali; il numero dei delitti commessi è stato rapportato alla popolazione ISTAT della provincia al 01/01/2019 (<https://urly.it/340cj>).

Il trend storico sullo stesso novero di reati, come anche di quelli contro la P.A., è rilevabile dai dati ISTAT (<https://urly.it/340cm>).

Ulteriori dati sono contenuti nell'indagine sulla corruzione in Italia (2016-2019) condotta dall'ANAC (<https://urly.it/340cn>).

### Regione Basilicata

La Basilicata, per la sua naturale collocazione geografica, risulta principalmente una regione di collegamento e di transito per i traffici di droga, di t.l. e di contrabbando nonché per l'introduzione di clandestini nel territorio nazionale. Essa, infatti, costituisce una meta d'interesse per i criminali provenienti dalla Puglia, dalla Campania e dalla Calabria.

I principali settori illeciti di interesse per la malavita organizzata lucana, oltre ai traffici di armi e di sostanze stupefacenti, sono l'usura e le estorsioni (cui sono correlati attentati incendiari e/o dinamitardi e furti d'auto, di macchine agricole ed industriali).

A questi si affiancano altre attività delinquenziali quali le rapine, soprattutto in danno di istituti bancari, e la gestione del gioco d'azzardo e delle lotterie istantanee illecite, che coniuga bassi rischi ad ampi margini di lucro.

L'attività investigativa ha, inoltre, riscontrato il tentativo di condizionamento dell'amministrazione pubblica da parte delle locali consorterie. Mentre l'incidenza criminale degli stranieri sul territorio regionale risulta limitata.

### Provincia di Matera

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

L'area jonica, oltre che terra di transito, sembra essere diventata "terra di conquista": gruppi criminali allogeni da qualche anno sembrano preferirla per realizzare furti in appartamenti, in aziende agricole e masserie incustodite perlopiù dislocate nelle isolate lande.

Allo stato non emergono segnali di riconducibilità alla criminalità organizzata (ex art. 416 bis) di fatti ed eventi delittuosi in quanto non si registrano dinamiche legate alla presenza di clan di stampo mafioso.

Le attività delinquenziali perseguite appaiono circoscritte allo spaccio degli stupefacenti, alle estorsioni di media rilevanza e al gioco d'azzardo.

Dalle informazioni e dai dati che emergono dall'analisi del contesto esterno, sia a livello regionale che a livello provinciale, coincidente territorialmente con l'ambito di competenza dell'ASM, si evidenzia che le aree di possibili influenze e pressioni a cui la struttura può essere interessata sono, da un lato il tentativo di condizionamento dell'amministrazione pubblica da parte delle locali consorzierie, dall'altro il fatto di aver individuato in Basilicata discariche abusive adibite allo smaltimento di rifiuti speciali; tale attività illecita è stata agevolata dalle caratteristiche morfologiche del territorio lucano, dalla scarsa densità abitativa nonché dalla vicinanza ad aree con forte vocazione eco-mafiosa.

Il panorama delinquenziale è così sintetizzabile:

- nel capoluogo opera, con zona di influenza nei comuni di Montescaglioso, Matera, Miglionico, Pomarico, Bernalda e dintorni, (influenza prevalente nella zona di Montescaglioso-Matera, Laterza, Bernalda, Castellaneta), collegamenti operativi nei settori degli stupefacenti, delle armi e degli esplosivi, delle estorsioni e delle minacce;
- nella fascia jonico-metapontina, cerniera ed arteria obbligata dei transiti illeciti tra il tarantino e la Calabria, si registra l'operatività nel comune di Policoro. Nello stesso comprensorio vi è attività nel traffico di sostanze stupefacenti, armi ed esplosivi, estorsioni, attentati dinamitardi e intimidatori nei confronti di operatori economici e commerciali e omicidi;
- Attività investigative hanno evidenziato all'interno della compagine mafiosa la gestione del traffico di stupefacenti nella fascia jonico-metapontina e nel territorio di Policoro. La cocaina veniva acquistata prevalentemente nei territori del cerignolano e del reggino3. Tratto da Fonte - incontri condotti in prefettura in passato dal Responsabile RPC.

Il caporalato, con la sua incidenza in particolare nel comparto agricolo, continua ad avere una certa rilevanza soprattutto nel metapontino, dove numerosi stranieri sono avviati al lavoro nei campi. Si registra infatti, il coinvolgimento di imprenditori locali, in collegamento con soggetti extracomunitari, nel favoreggiamento dell'immigrazione clandestina e nello sfruttamento quale manodopera in nero di cittadini di origine maghrebina, pakistana e bengalese.

### **Il contesto territoriale**

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

Il territorio della provincia di Matera, per il 5% montuoso, il 72% collinare e il 23% pianeggiante, può essere suddiviso in quattro zone, delimitate da linee di spartiacque, o da dorsali più o meno significative e da elementi storico-geografici che ne definiscono e ne rappresentano lo spazio fisico attraverso ambiti omogenei.

Nella visione strategica dell'Azienda, questi ambiti territoriali coincidono, per ulteriore semplificazione, con i perimetri amministrativi dei tre "Distretti della Salute":

a) *Area Distrettuale di Matera*

Comprende il solo comune di Matera che, come capoluogo di Provincia, rappresenta un fenomeno del tutto atipico nelle dinamiche territoriali, sia per dimensioni che per le problematiche emergenti.

b) *Area Distrettuale Collina Materana - Metapontino*

Comprende i comuni di Accettura, Aliano, Cirigliano, Colobraro, Craco, Gorgoglione, Montalbano Jonico, Nova Siri, Pisticci, Policoro, Rotondella, San Giorgio Lucano, San Mauro Forte, Scanzano Jonico, Stigliano, Tursi, Valsinni, Tinchi.

c) *Area Distrettuale Bradanica - Medio Basento*

Comprende i comuni di Bernalda, Calciano, Ferrandina, Garaguso, Grassano, Grottole, Irsina, Miglionico, Montescaglioso, Oliveto Lucano, Pomarico, Salandra, Tricarico.

Da tale articolazione emerge la realtà di un territorio (quello della provincia di Matera) assai eterogeneo sia nelle componenti geomorfologiche, sia in quelle naturalistiche, sia in quelle socio-economiche e storico-culturali. Il suo paesaggio, infatti, mostra, in una superficie relativamente poco estesa, aspetti naturalistici molto vari.

Un elemento fortemente caratterizzante la struttura territoriale della provincia di Matera è costituito da un indice molto basso della densità della popolazione, vale a dire il numero di abitanti per chilometro quadrato, che si attesta su un valore inferiore a 60 a fronte di una media nazionale pari a circa 200, collocando la suddetta area tra le province meno densamente popolate d'Italia.

La bassa densità della popolazione costituisce di fatto un fattore che condiziona notevolmente le dinamiche sanitarie sia con riferimento alla domanda assistenziale sia, soprattutto, con riferimento alla offerta che l'Azienda deve assicurare all'utenza di riferimento. Tale struttura del territorio, infatti, comporta una "dispersione" della popolazione che in alcuni casi diventa vero e proprio "isolamento", per l'effetto congiunto delle criticità, sia funzionali che strutturali, che caratterizzano il sistema viario locale ed in particolare la rete stradale e più in generale quella dei trasporti.

A tal proposito si sottolinea come il livello di infrastrutturazione del territorio, stradale e ferroviario, è tuttora quantitativamente e qualitativamente non adeguato a garantire gli standard di prestazione necessari al consolidamento e allo sviluppo della qualità della vita, con particolare riferimento al soddisfacimento del fabbisogno assistenziale.

Tale assetto del territorio di fatto influenza le scelte e le strategie sanitarie ed in particolare il modello dell'offerta assistenziale da adottare, che è pensato e strutturato per garantire una risposta omogenea ed uniforme per tutta la popolazione di riferimento.

### **Il contesto demografico**

Negli ultimi 18 anni il quadro demografico della provincia di Matera, ha fatto registrare in maniera inequivocabile un trend progressivamente decrescente della popolazione residente, con l'eccezione degli anni 2004, 2007, 2010, 2013 e 2014, che hanno fatto registrare momentanee quanto transitorie battute d'arresto. Nel 2001 il numero totale dei residenti nella provincia di Matera era superiore a 204.000 unità e da allora la popolazione è andata via via riducendosi fino a toccare il livello più basso nel 2019 (ultimo dato disponibile), in cui il numero dei residenti è inferiore a 197.000, con una riduzione superiore a 6.000 unità.

La progressiva riduzione della popolazione residente è l'effetto delle dinamiche inerenti sia al saldo naturale di crescita della popolazione, sia a quello migratorio.

Come dimostrato nel successivo grafico, la popolazione della provincia di Matera ha una struttura regressiva, caratterizzata dalla prevalenza della popolazione anziana rispetto a quella giovane, con un trend costantemente crescente della prima e decrescente della seconda. Al 01/01/2002 la percentuale di anziani era pari al 17,3% del totale della popolazione a fronte di una percentuale di giovani pari al 16%, al 01/01/2019 la percentuale degli anziani è aumentata al 22,6% mentre quella dei giovani è scesa al 12,4% del totale della popolazione.

### **L'emergenza da COVID – 19 e le principali misure aziendali**

Il 30 gennaio 2020, in seguito alla segnalazione da parte della Cina (31 dicembre 2019) di un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota (poi identificata come un nuovo coronavirus Sars-CoV-2) nella città di Wuhan, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale l'epidemia di coronavirus in Cina. Il giorno successivo il Governo italiano, dopo i primi provvedimenti cautelativi

adottati a partire dal 22 gennaio, tenuto conto del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia, ha proclamato lo stato di emergenza e messo in atto le prime misure contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale.

Da gennaio in poi fino a questi giorni, è stato un susseguirsi continuo di provvedimenti e di misure, sia a livello nazionale che regionale, adeguati e proporzionati a tutelare la salute dei cittadini e a contenere la diffusione del contagio, che di fatto hanno stravolto la programmazione sanitaria aziendale, ponendo in cima agli obiettivi strategici la gestione straordinaria dell'emergenza, con una profonda modifica dell'attività ordinaria e dell'operatività delle singole articolazioni organizzative aziendali. Nello specifico il P.O. di Matera è stato fortemente impegnato nella gestione dei pazienti COVID 19 attraverso i reparti di Malattie Infettive, Pneumologia e Terapia Intensiva, oltre che con i Laboratori per l'analisi dei tamponi, con la sospensione ad intermittenza di tutte le altre attività di ricovero e specialistiche ambulatoriali non urgenti. La sospensione delle attività specialistiche ambulatoriali ha riguardato anche il territorio, mentre sono state attivate modalità di lavoro da remoto (smart working) per la gestione di specifiche linee assistenziali (assistenza protesica, scelta e revoca del medico, esenzioni, ecc.), oltre che delle attività amministrative. Eccezionale sforzo è stato ed è tuttora profuso dal Dipartimento di Prevenzione e in particolare dalla U.O.C. di Igiene e Sanità Pubblica per tutte le attività di organizzazione dell'esecuzione dei tamponi, di sorveglianza epidemiologica, di mappatura dei contagi e di programmazione dei test, con la conseguente costante interlocuzione con le istituzioni a vario titolo impegnate nella gestione dell'emergenza, cui si è aggiunta, a partire dal 02/01/2021 l'implementazione del piano vaccinale anti Sars-Cov-2/Covid-19, che prevede la vaccinazione, su base volontaria, presso gli Ospedali di Matera e Policoro della popolazione afferente all'ASM, a partire dagli operatori sanitari aziendali, dagli operatori e dagli utenti delle RSA, dagli anziani e via via dal resto della popolazione.

Per la gestione dell'emergenza sanitaria, nell'ambito delle direttive e delle azioni coordinate dalla Regione, l'ASM ha adottato le seguenti azioni:

- ha istituito una Forza Aziendale, formalizzata con deliberazione n. 199 del 02/03/2020,
- ha istituito una Unità di Crisi con compiti di coordinamento operativo, formalizzata con deliberazione n. 343 del 01/04/2020, così come aggiornata con successiva deliberazione n. 350 del 03/04/2020,
- ha prontamente definito le proprie linee programmatiche ed operative, in conformità alle linee di indirizzo emanate a livello regionale e ministeriale, per la gestione della cd "FASE 1",
- successivamente ha definito specifici programmi per la gestione della cd "FASE 2" dell'emergenza, di seguito sinteticamente rappresentati:
  1. ADOZIONE ED IMPLEMENTAZIONE DI PROGRAMMI SPECIFICI PER LA RIPRESA DELLE ATTIVITA' ASSISTENZIALI SOSPESA A CAUSA DELL'EMERGENZA COVID 19;
  2. PREDISPOSIZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA della Basilicata per Emergenza COVID – 2019, in attuazione del programma operativo regionale in materia di assistenza ospedaliera, ai sensi dell'art. 2 del D.L. n. 34/2020, approvato dalla Regione con DGR n. 437 del 02/07/2020, così come integrata con successiva DGR n. 611 del 10/09/2020, approvato con deliberazione aziendale n. 847 del 28/09/2020;
  3. PREDISPOSIZIONE ED ADOZIONE DEL PIANO ATTUATIVO AZIENDALE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE TERRITORIALE della Basilicata per Emergenza COVID – 2019, in attuazione del programma operativo regionale in materia di assistenza territoriale, ai sensi dell'art. 1 del D.L. n. 34/2020, approvato dalla Regione con DGR n. 434 del 02.07.2020, così come integrata con successiva D.G.R. n. 612 del 10/09/2020, approvato con deliberazione aziendale n. 847 del 28/09/2020.

## Il Contesto Interno

### Le risorse umane

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera rappresenta la principale azienda della provincia per numero di dipendenti, pari a quasi 2.000 operatori, cui si aggiunge il personale con rapporto di convenzione costituito mediamente da 176 Medici di Medicina Generale, 25 Pediatri di Libera Scelta, 124 Medici della Continuità Assistenziale, 30 Specialisti Interni, di cui 20 medici e 10 veterinari.

Le risorse umane dell'ASM, che assieme a quelle finanziarie, sono fondamentali per il compimento della mission aziendale, negli ultimi anni hanno subito una significativa contrazione per effetto del blocco del turn over operato in attuazione delle politiche di riduzione della spesa pubblica e dei conseguenti vincoli finanziari stabiliti a livello nazionale e recepiti dalla normativa regionale.

La progressiva riduzione di personale ha determinato crescenti difficoltà, con specifico riferimento a quelle aree e a quei settori in cui si sono registrate maggiori uscite di risorse umane, mettendo a repentaglio, in alcuni casi, la garanzia dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Tale situazione rende necessaria l'acquisizione di nuove unità di personale, in sostituzione di quelle a vario titolo cessate o in via di cessazione, anche in considerazione dell'attuazione delle recenti riforme avviate in tema di previdenza, che hanno incrementato notevolmente il numero di pensionamenti, aggravando ulteriormente le carenze di organico.

Per tale ragione, in data 25/11/2020, con deliberazione aziendale n. 1065 è stato adottato in via definitiva il Piano Triennale dei Fabbisogni di Personale 2019-2021 – Aggiornamento 2020, in cui è stata prevista l'assunzione di 38 dirigenti medici, 4 dirigenti sanitari non medici, 68 unità nell'Area del Comparto sanitario.

Successivamente, in data 10/12/2020 con deliberazione aziendale n. 1121 è stato adottato in via provvisoria il Piano Triennale dei Fabbisogni del Personale per il triennio 2021-2023, approvato dalla Regione Basilicata con DGR n. 938 del 22/12/2020 nel quale, per il 2021, è prevista l'assunzione di 82 dirigenti nell'area medico-sanitaria, nonché n. 41 unità nel Comparto ruolo sanitario. L'attuazione del PTFP, sotto il profilo della capacità assunzionale, rimane, tuttavia, subordinata al rigoroso rispetto delle determinazioni della Regione Basilicata in ordine alla indicazione dei limiti di spesa di cui all'art. 20 comma 4 della L.R. n. 16/2012.

Conseguentemente, le assunzioni indicate per il triennio 2021-2023 potranno essere disposte soltanto previa verifica, da effettuarsi di volta in volta, in merito alla compatibilità economica delle stesse con il rispetto del tetto di spesa del personale stabilito a livello regionale.

La tabella ed il grafico seguenti rappresentano in maniera efficace il trend decrescente del numero di personale dipendente, che in un decennio ha evidenziato una contrazione netta di oltre 400 unità (-17%), sia nell'area della dirigenza (-13%), sia, in maggior misura, nell'area del comparto (-18%).

Personale presente al 31/12/2020	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	Scostamento	
AREA DIRIGENZA	560	531	519	516	525	525	517	523	516	489	482	-78	-13%
AREA COMPARTO	1.905	1.802	1.763	1.841	1.783	1.791	1.760	1.651	1.649	1.545	1.499	-406	-18%
Totale complessivo	2.465	2.333	2.282	2.357	2.308	2.316	2.277	2.174	2.165	2.034	1.981	-484	-17%

Una analisi di dettaglio del personale in servizio al 31.12.2020 è riportata di seguito:

Comando da altri Enti:	Comparto n. 6	Dirigenza n. 2	tot. n. 8
Tempo determinato:	Comparto n. 18	Dirigenza n. 24	tot. n. 42
Tempo indeterminato:	Comparto n. 1489	Dirigenza n. 459	tot. 1948
Totali complessivi:	Comparto n. 1513	Dirigenza n. 485	tot. 1998

#### Gli organi

Sono organi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera: il Direttore Generale, cui spetta la responsabilità complessiva della gestione, il Collegio Sindacale e il Collegio di Direzione, le cui rispettive funzioni sono declinate nell'Atto Aziendale, il cui ultimo aggiornamento è stato adottato con deliberazione aziendale n. 1099/2017, regolarmente approvata dalla Giunta Regionale con D.G.R. n. 132/2018.

Nel corso del 2020, con deliberazione aziendale n. 1186 del 24/12/2020, nell'ambito del recepimento della DGR n. 895 del 04/12/2020 che ha differito al 31/12/2022 il termine di scadenza della fase transitoria, relativamente all'adeguamento degli standard delle strutture complesse, semplici, incarichi di coordinamento e posizioni

organizzative delle Aziende Sanitarie della Regione Basilicata, l’Azienda Sanitaria ha aggiornato il proprio Atto Aziendale.

Il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, che costituiscono, tutti e tre, la Direzione Strategica Aziendale.

### **L’assetto organizzativo**

L’assetto organizzativo dell’ASM di Matera è preposto a garantire prioritariamente le prestazioni sanitarie comprese nei livelli essenziali ed uniformi di assistenza definiti dal Piano Sanitario Nazionale e da quello Regionale nel rispetto dei principi di efficacia, qualità, equità, appropriatezza ed economicità dell’intera attività aziendale.

L’Azienda aderisce al modello organizzativo integrato definito nell’Accordo Programmatico Interaziendale, condiviso tra i Direttori Generali delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale della Basilicata, formalizzato con D.G.R. n. 624 del 14/05/2015 così come integrata da successiva D.G.R. n. 1259 del 24/11/2017, finalizzato alla riorganizzazione, qualificazione e sostenibilità del Sistema Salute regionale, basato sui bisogni dei cittadini e nel rispetto di quattro principi fondamentali, quali la sicurezza, la qualità delle cure, l’efficienza e la sostenibilità del sistema. In conformità agli indirizzi ed alle indicazioni contenute nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, gli obiettivi di salute vanno perseguiti attraverso:

- la concentrazione delle attività ospedaliere complesse e a bassa incidenza all’Hub regionale individuato nell’AOR San Carlo di Potenza;
- la valorizzazione del ruolo dell’IRCCS CROB quale riferimento oncologico e della ricerca biomedica;
- la riorganizzazione e il potenziamento della rete emergenza extra ed intra ospedaliera;
- il mantenimento e/o sviluppo attività ad alta incidenza e a bassa complessità negli ospedali distrettuali;
- la riconversione dei posti letto ospedalieri in posti letto distrettuali (Presidi Ospedalieri Distrettuali, strutture intermedie);
- il potenziamento della rete di assistenza territoriale con lo sviluppo della Casa Salute;
- le azioni congiunte per la riduzione dei costi di gestione anche attraverso la messa in comune dei servizi tecnici ed amministrativi.

L’impianto organizzativo adottato dall’Azienda si fonda sulla netta distinzione tra funzioni direzionali relative al potere di indirizzo strategico, al governo ed al controllo e funzioni gestionali, tecniche e di erogazione delle prestazioni, con chiara determinazione delle competenze e delle responsabilità della direzione generale e strategica dell’Azienda e competenze e responsabilità della dirigenza dei vari livelli organizzativi e operativi.

Il modello organizzativo adottato dall’Azienda Sanitaria Locale di Matera si ispira ai seguenti principi:

- separazione della funzione di committenza dalla funzione di produzione delle prestazioni;
- adozione dell’organizzazione dipartimentale quale modello ordinario per la gestione operativa di tutte le attività aziendali;
- assunzione del modello di rete integrata di persone, strutture, servizi, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del sistema stesso;
- adesione al modello organizzativo integrato definito nel suddetto Accordo Programmatico Interaziendale, i cui strumenti sono rappresentati da:

- ❖ Dipartimenti Assistenziali Interaziendali;
- ❖ Reti Integrate Interaziendali;
- ❖ Strutture Complesse Interaziendali;

❖ Coordinamenti o Programmi Interaziendali.

L'articolazione di base dell'Azienda è improntata su un assetto organizzativo che è finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i Dipartimenti di Prevenzione;
- assistenza distrettuale, attraverso le strutture organizzative in cui si articolano i tre distretti aziendali;
- assistenza ospedaliera, attraverso le strutture organizzative in cui si articola il Presidio Ospedaliero per Acuti dell'ASM (P.O. Matera e P.O. Policoro) ed i tre Presidi Territoriali.

L'organizzazione aziendale si articola in quattro macrolivelli:

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

L'organizzazione dell'Azienda è articolata nelle seguenti tipologie di Strutture Organizzative:

- Dipartimenti;
- Strutture Complesse (Unità Operative Complesse – U.O.C.);
- Strutture Semplici a valenza dipartimentale (Unità Operative Dipartimentali – U.O.S.D.);
- Strutture Semplici (Unità Operative Semplici sub articolazioni di strutture complesse – U.O.S.);

Per struttura organizzativa si intende ogni articolazione interna dell'Azienda caratterizzata da:

- autonomia definita nell'ambito delle competenze stabilite dalla programmazione aziendale;
- responsabilità funzionale e/o gestionale;
- attribuzione di risorse (umane, tecniche o finanziarie) dedicate ed amministrare in spazi fisici definiti ed omogenei.

Al loro interno, le strutture organizzative sono ulteriormente graduabili per livelli di complessità corrispondenti agli incarichi dirigenziali di tipo professionale. Tale graduazione degli incarichi dirigenziali è definita con appositi e separati atti.

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dai CC.CC.NN.LL., sono attribuiti al personale appartenente alle categorie del ruolo del Comparto alcuni incarichi professionali individuati per l'esercizio di funzioni professionali caratterizzate da un elevato grado di esperienza ed autonomia gestionale ed organizzativa o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione. Al riguardo, dopo aver istituito, con deliberazione n. 1131/2019, così come modificata da successiva deliberazione n. 1155/2019, gli Incarichi di Funzione del Comparto e approvato il regolamento sull'affidamento e revoca degli incarichi, nel corso del 2020, con deliberazione aziendale n.796 del 09/09/2020, si è provveduto all'assegnazione e al conferimento di 109 incarichi di funzione.

L'impianto organizzativo aziendale si uniforma a quello previsto per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, assumendo la forma e la logica della rete.

L'Azienda sviluppa il modello dipartimentale di cui all'art. 29 della L.R. 31 agosto 2001 n. 39 aggregando il maggior numero di specialità per aree funzionali omogenee (AFO) e per strutture multi-presidio comprendendo in ogni caso l'area clinico-assistenziale medica, l'area clinico-assistenziale chirurgica e l'area dei servizi diagnostici e tecnologici.

In conformità alle indicazioni programmatiche regionali, l'Atto Aziendale dell'ASM ha ridisegnato l'articolazione organizzativa aziendale, prevedendo accanto alla fase a regime, una fase transitoria, la cui scadenza è stata prorogata al 31/12/2022, necessaria a consentire il graduale passaggio al nuovo modello organizzativo, evitando ripercussioni negative sull'operatività e funzionalità dei servizi, con particolare riferimento a quelli assistenziali. Si riporta di seguito l'articolazione organizzativa (ORGANIGRAMMA) dell'ASM prevista dall'Atto Aziendale così come risulta allo stato dell'arte, con l'indicazione, successivamente, dei Dipartimenti, delle Strutture Complesse (U.O.C.), delle Strutture Semplici Dipartimentali (U.O.S.D.) e delle Strutture Semplici (U.O.S.) incardinate presso le Strutture Complesse.

### **Organigramma aziendale**

#### **Dipartimento Multidisciplinare Medico**

- U.O.C. Medicina Generale Matera
- U.O.C. Medicina Generale Policoro
- U.O.C. Nefrologia - dialisi e Centro Regionale Trapianti d'Organo
- U.O.C. Neurologia
- U.O.C. Pneumologia
- U.O.C. Geriatria
- U.O.C. Endocrinologia
- U.O.S.D. Reumatologia
- U.O.S.D. Dialisi e Ambulatorio Nefrologia clinica Matera
- U.O.S.D. Dialisi Tinchi
- U.O.S.D. UTIIR
- U.O.S.D. Oncologia Medica
- U.O.S.D. Diabetologia Territoriale
- U.O.S.D. Stroke Unit
- U.O.S.D. Epatologia
- U.O.S.D. Coordinamento Regionale Trapianti
- U.O.S.D. Chemioterapia ed Ematologia
- U.O.S. Elettroencefalografia – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Neurologia

#### **Dipartimento Multidisciplinare Chirurgico**

- U.O.C. Chirurgia Generale Matera
- U.O.C. Chirurgia Generale Policoro
- U.O.C. Ortopedia Matera

- U.O.C. Ortopedia Policoro
- U.O.C. Otorinolaringoiatria
- U.O.C. Oculistica
- U.O.C. Urologia
- U.O.C. Chirurgia Plastica
- U.O.C. Chirurgia Vascolare
- U.O.S.D. Gestione Integrata Patologie Oftalmiche
- U.O.S.D. Vestibologia e Gestione Integrata Attività di Otorinolaringoiatria
- U.O.S.D. Gastroenterologia Interventistica
- U.O.S.D. Day Surgery Ortopedia
- U.O.S.D. Chirurgia Senologica
- U.O.S.D. Traumatologia e Patologia della Colonna Vertebrale
- U.O.S.D. Endoscopia Digestiva
- U.O.S.D. Attività Chirurgiche Laparoscopiche Matera
- U.O.S. Chirurgia dell'Orecchio, incardinata presso l'U.O.C. di Otorinolaringoiatria

#### **Dipartimento Emergenza Accettazione**

- U.O.C. Anestesia e rianimazione Matera
- U.O.C. Area Critica Intensiva Policoro
- U.O.C. Cardiologia e UTIC
- U.O.C. Pronto Soccorso Matera
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Matera
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Matera
- U.O.S.D. Coordinamento Attività Anestesiologiche Policoro
- U.O.S.D. Terapia Intensiva Generale Policoro
- U.O.S.D. Gestione Emergenza Accettazione
- U.O.S.D. Degenza Cardiologia
- U.O.S.D. UTIC Matera
- U.O.S.D. UTIC Policoro
- U.O.S.D. Scopenso Cardiaco e Cardiologia Riabilitativa
- U.O.S. Coordinamento Aziendale Trapianti d'Organo e Tessuti – Matera, incardinata presso l'U.O.C. Anestesia e Rianimazione

- U.O.S. Subintensiva Generale – Matera, incardinata presso l’U.O.C. Pronto Soccorso

**Dipartimento Integrazione Ospedale - Territorio**

- U.O.C. Direzione Sanitaria Ospedali per Acuti
- U.O.C. Direzione Distretto Matera
- U.O.C. Direzione Distretto Bradanica - Medio Basento
- U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina
- U.O.C. Medicina Fisica e Riabilitazione
- U.O.C. Lungodegenza Medica ASM
- U.O.C. Organizzazione Servizi Sanitari di Base
- U.O.C. Prevenzione e Trattamento Malattie dell’Apparato Respiratorio
- U.O.S.D. Gestione rapporti MMG/PLS
- U.O.S.D. Coordinamento attività Domiciliari e Palliative e Ricoveri
- U.O.S.D. Cure Palliative - Hospice
- U.O.S.D. Coordinamento Attività di Gestione Appropriata Percorsi Riabilitativi
- U.O.S.D. Lungodegenza Tricarico
- U.O.S.D. Direzione Sanitaria Policoro
- U.O.S.D. Nutrizione Clinica e Dietologia
- U.O.S.D. Servizio Farmaceutico territoriale
- U.O.S.D. Area Cronicità: Integrazione Ospedale – Territorio
- U.O.S.D. Pneumologia Territoriale
- U.O.S.D. Assistenza Integrativa
- U.O.S. Coordinamento attività distrettuali – Città di Matera e ambito medio Bradano – Basento, incardinata presso l’U.O.C. Direzione Distretto Matera
- U.O.S. Coordinamento attività distrettuali – ambito collina materana e area jonica, incardinata presso l’U.O.C. Direzione Distretto Collina Materana – Metapontina

**Dipartimento Servizi Diagnostici e di Supporto**

- U.O.C. Patologia Clinica Matera
- U.O.C. Radiologia Matera
- U.O.C. Radiologia Policoro
- U.O.C. Anatomia Patologica
- U.O.C. Servizio Immunotrasfusionale

- U.O.C. Farmacia Ospedaliera
- U.O.S.D. Laboratorio di Genetica
- U.O.S.D. Laboratorio Analisi Policoro/Tinchi
- U.O.S.D. Senologia Diagnostica
- U.O.S.D. Medicina Nucleare
- U.O.S.D. SIT Matera e Policoro – Centro Trombosi ed Emostasi

#### **Dipartimento Materno Infantile**

- U.O.C. Ostetricia e ginecologia
- U.O.C. Pediatria e neonatologia
- U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Pediatriche
- U.O.S.D. Gestione Integrata Attività Ostetrico - Ginecologiche
- U.O.S.D. Ecografia Ostetrico Ginecologica
- U.O.S.D. Endoscopia ginecologica e fisiopatologia della riproduzione
- U.O.S. Gravidanza a Rischio ed Emergenza Ostetrica Matera, incardinata presso l'U.O.C. Ostetricia e Ginecologia

#### **Dipartimento Salute Mentale**

- U.O.C. Spazio Psichiatrico Diagnosi e Cura
- U.O.C. Centro Salute Mentale
- U.O.C. Neuropsichiatria Infantile
- U.O.C. Ser. D. - Servizio Dipendenze Patologiche
- U.O.C. Psicologia Clinica
- U.O.S.D. Spazio Psichiatrico di Diagnosi e Cura Matera
- U.O.S.D. Centro Salute Mentale Matera
- U.O.S.D. Disturbi della Condotta Alimentare
- U.O.S.D. Neuropsichiatria Infantile Territoriale
- U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche Città di Matera e Ambito Medio Bradano- Basento, incardinata presso l'U.O.C. Centro Salute Mentale
- U.O.S. Gestione Strutture Residenziali Psichiatriche- Area Collina Materana e Area Jonica, incardinata presso l'U.O.C. Centro Salute Mentale

#### **Dipartimento Prevenzione Salute Umana**

- U.O.C. Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica
- U.O.C. Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro

- U.O.C. Igiene degli Alimenti e della Nutrizione
- U.O.C. Prevenzione Protezione e Impiantistica nei luoghi di Lavoro
- U.O.S.D. Coordinamento attività Igiene e Sanità Pubblica aree distrettuali
- U.O.S.D. Coordinamento attività Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro aree distrettuali
- U.O.S. Gestione attività vaccinali sul territorio aziendale

#### **Dipartimento Prevenzione Sanità Animale**

- U.O.C. Sanità Animale (Area A)
- U.O.C. Igiene della Produzione, Trasformazione, Commercializzazione, Conservazione e Trasporto degli Alimenti di Origine Animale e loro Derivati (Area B)
- U.O.C. Igiene degli Allevamenti e delle Produzioni Zootecniche (Area C)
- U.O.S.D. Coordinamento attività gestionali - sanitarie di emergenza veterinaria

#### **Dipartimento Amministrativo**

- U.O.C. Direzione Gestione e Sviluppo Risorse Umane
- U.O.C. Direzione Economico - Finanziaria
- U.O.C. Direzione Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio
- U.O.C. Direzione Provveditorato ed Economato
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere DEA I Livello
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Ospedaliere PSA
- U.O.C. Direzione Attività Amministrative Distrettuali
- U.O.C. Innovazioni Tecnologiche ed Attività Informatiche
- U.O.S.D. Gestione Bilancio

#### **Staff Direzione Sanitaria**

- U.O.S.D. Medicina Legale e Gestione del Rischio Clinico
- U.O.S.D. Qualità, Accreditamento e Servizio Professioni Sanitarie e Sociali

#### **Staff Direzione Generale**

- U.O.S.D. Gestione Affari Generali e Legali
- U.O.S.D. URP - Comunicazione - Ufficio Stampa – Privacy
- U.O.S.D. Programmazione e Controllo di Gestione - Centro di Controllo Strategico, Formazione - ECM - Tirocini

#### **Il Sistema dell'offerta assistenziale**

*Struttura dell'offerta ospedaliera*

L'ASM ha ereditato dalle ex ASL in essa confluite la gestione di 3 Presidi Ospedalieri: il P.O. di Matera, l'Ospedale di Tricarico e il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro, quest'ultimo composto a sua volta dai 3 plessi di Policoro, Stigliano e Tinchì.

Il processo di riorganizzazione della rete ospedaliera, avviato in questi ultimi anni dall'Azienda e tuttora in corso, in conformità agli indirizzi programmatici regionali, ha previsto una netta differenziazione tra l'assistenza ospedaliera per acuti e quella di tipo territoriale/distrettuale, ragion per cui il Presidio Ospedaliero Unificato di Policoro è stato disarticolato in tre distinti Ospedali: l'Ospedale per acuti di Policoro, l'Ospedale Distrettuale di Tinchì e l'Ospedale Distrettuale di Stigliano.

In applicazione dell'art. 2, comma 1b) della più volte menzionata L.R. n. 2/2017 di riordino del S.S.R. di Basilicata, a partire dal 01/01/2017, il Presidio Ospedaliero DEA di I livello "Ospedale Madonna delle Grazie di Matera" e il Presidio Ospedaliero di base di Policoro sede di PSA "Giovanni Paolo II" costituiscono un'unica articolazione ospedaliera per acuti.

Per effetto di tale riorganizzazione, il nuovo modello organizzativo prevede che l'assistenza ospedaliera per acuti sia erogata da un unico ospedale per acuti dotato di 2 presidi a gestione diretta, secondo un modello funzionale di rete integrata e attraverso il seguente assetto strutturale:

- P.O. Matera: Ospedale sede di DEA di I livello
- P.O. Policoro: Ospedale sede di Pronto Soccorso Attivo (P.S.A.)

La assistenza ospedaliera distrettuale è erogata dai seguenti Ospedali Distrettuali:

- Ospedale di Stigliano deputato alla lungodegenza e sede di Hospice
- Ospedale di Tinchì deputato alla riabilitazione e poliambulatorio multispecialistico, con un servizio di Dialisi
- Ospedale di Tricarico deputato alla lungodegenza e alla riabilitazione gestita in forma diretta con riferimento alle attività di Lungodegenza e attraverso la sperimentazione gestionale pubblico – privato con la Fondazione Don Gnocchi con riferimento alle attività di riabilitazione.

I posti letto delle strutture ospedaliere dell'ASM nel corso dell'ultimo triennio hanno subito continui "riaggiustamenti" a seguito delle evoluzioni del processo di riorganizzazione della rete ospedaliera sopra menzionato, anche in aderenza e nel rispetto degli standard definiti a livello nazionale e recepiti dalla Regione Basilicata.

Al 31/12/2020, i posti letto effettivi complessivi degli Ospedali per acuti della ASM ammontano a 473, di cui 394 ordinari e 79 DH/DS, distribuiti secondo lo schema riportato nella seguente tabella.

<b>OSPEDALI PER ACUTI</b>	<b>P.L. ORDINAR I</b>	<b>P.L. DH/DS</b>	<b>P.L. TOTALI</b>
Presidio Ospedaliero Matera	302	52	354
Presidio Ospedaliero Policoro	92	16	108
<b>TOTALE</b>	<b>394</b>	<b>68</b>	<b>462</b>

Al 31/12/2020, i posti letto complessivi effettivi degli Ospedali distrettuali della ASM ammontano a 123 posti letto ordinari, così distribuiti:

OSPEDALI DISTRETTUALI	P.L. ORDINARI
Ospedale Tricarico	99
Ospedale Stigliano	24
Ospedale Tinchi	
<b>TOTALE</b>	<b>123</b>

#### Struttura dell'offerta territoriale

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

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

Questa Azienda, inoltre, a partire dal 2009, ha avviato una gestione integrata delle attività riabilitative e della RSA, che si qualifica come una sperimentazione gestionale nell'ambito della collaborazione pubblico – privato e che si esplica attraverso l'intervento coordinato e sinergico della Fondazione ONLUS Don Gnocchi e della ASL di Matera presso il Polo Riabilitativo situato nel monoblocco dell'Ospedale di Tricarico.

Le attività del Polo Riabilitativo consistono in:

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

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

Con riferimento alle strutture convenzionate, vi sono:

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

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

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

Relativamente alla Medicina Generale, nell'Azienda operano mediante 176 Medici di Medicina Generale e 25 Pediatri di Libera Scelta.

Sono, inoltre, convenzionati con l'ASM 30 Specialisti Interni, di cui 20 medici e 10 veterinari.

Sul territorio aziendale operano 33 postazioni di continuità assistenziale con 124 medici dedicati in rapporto di convenzione con l'Azienda.

Sul territorio aziendale, inoltre, sono dislocate in punti geografici strategici, 14 postazioni di 118, con medici dedicati all'Emergenza Territoriale, la cui gestione è passata all'ASP a far data dal 01/01/2017, ai sensi della L.R. n. 2/2017.

#### *Struttura dell'offerta relativa alla Prevenzione*

Il Dipartimento di Prevenzione è stato istituito con la L.R. 3/99 che ne definisce funzioni, compiti ed obiettivi. Coerentemente con le linee di indirizzo della programmazione regionale, ed in particolare, ai sensi della L.R. n. 28/2008, le attività di prevenzione sono erogate dall'ASM attraverso due Dipartimenti:

- il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana
- il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana è la macrostruttura aziendale deputata alla tutela della salute negli ambienti di vita e di lavoro, attraverso interventi di prevenzione in campo alimentaristico, ambientale, di sicurezza nei luoghi di lavoro, di igiene personale e collettiva; utilizza il sistema di conoscenza epidemiologica e cerca di creare corretti stili di vita.

Il Dipartimento di Prevenzione Collettiva della Salute Umana comprende le UU.OO. o Servizi di seguito indicati:

- Servizio Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica (S.I.S.P.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione (S.I.A.N.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro (M.L.S.A.L.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co;
- Servizio Prevenzione, Protezione ed Impiantistica nei Luoghi di Lavoro (S.P.P.I.L.L.), che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa, con sedi operative rispettivamente a Matera e a Montalbano J.co.

Il Dipartimento di Prevenzione della Sanità e Benessere Animale è composto, per ciascuno degli ambiti territoriali ex ASL n. 4 di Matera e ex ASL n. 5 di Montalbano Jonico, dalle seguenti UU.OO.:

- Sanità Animale – Area A, che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;
- Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati – Area B; che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa;

- Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche – Area C, che con l'applicazione dell'ultimo atto aziendale è diventata un'unica struttura complessa.

Si inseriscono nel settore della prevenzione le attività svolte nell'ambito degli screening territoriali coordinati dall'IRCCS CROB di Rionero in Vulture:

1. Cervico Uterino
2. Mammografico
3. Colon – retto

## **Il Ciclo di gestione della Performance**

### *Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance*

I Sistemi di misurazione della performance sono strumenti essenziali per il miglioramento dei servizi pubblici e, se appropriatamente sviluppati e implementati, possono svolgere un ruolo fondamentale nella definizione e nel raggiungimento degli obiettivi strategici, nell'allineamento alle migliori pratiche in tema di comportamenti, attitudini e performance organizzative.

Nel corso dell'anno 2019, la ASM, con la collaborazione dell'O.I.V. (che ha validato il SMVP), ha predisposto l'aggiornamento 2020 del Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance dell'Azienda, formalizzato con delibera aziendale n. 1089 del 12.12.2019.

Il Sistema adottato, giunto alla sua terza edizione, tiene conto delle principali modifiche organizzative che hanno riguardato l'Azienda negli scorsi anni, con i conseguenti impatti sulle attività correlate alla misurazione e valutazione della performance, e viene adeguato rispetto alle novità normative introdotte dalla riforma della pubblica amministrazione (L. 124/2015 cd "riforma Madia") e alle modifiche apportate al D. Lgs. 150/2009 dal D. Lgs. n.74 del 25 maggio 2017, oltre che secondo le indicazioni contenute dalle Linee Guida n. 2 /2017 della Funzione Pubblica.

Il documento, che si caratterizza per uno spiccato orientamento alla soddisfazione e al coinvolgimento del cittadino, si prefigge lo scopo di disciplinare le attività e le modalità di monitoraggio, verifica dei risultati e valutazione della Performance dell'Azienda nel suo complesso oltre che del personale dell'ASM, nel rispetto dei vigenti CC.NN.LL. e della normativa di riferimento.

Il SMVP costituisce un importante tassello del processo di crescita e miglioramento avviato dall'Azienda, finalizzato, da un lato, a dare concreta attuazione ai principi della meritocrazia e della trasparenza, cui si ispira l'intero impianto della "Riforma Brunetta", dall'altro a favorire processi di innalzamento quali-quantitativo dei livelli di assistenza da erogare alla popolazione.

Il Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance della ASM ha per oggetto la misurazione e valutazione delle Performance intesa come il contributo che ciascun soggetto (unità organizzativa, team o singolo individuo), apporta attraverso la propria azione al raggiungimento delle finalità e degli obiettivi dell'Azienda ed alla soddisfazione dei bisogni per i quali la stessa è costituita.

In tale prospettiva, si distingue tra:

1. Performance dell'Azienda nel suo complesso rilevabile attraverso il documento programmatico Piano delle Performance, strettamente collegato alle strategie aziendali, declinato annualmente in sede di definizione del budget;
2. Performance Organizzativa riferita a ciascuna delle unità operative in cui è articolata l'Azienda;
3. Performance individuale riferita a ciascun dipendente, integrata con quella Organizzativa, e finalizzata alla promozione ed alla crescita delle competenze manageriali/professionali, trasversali/tecniche di ogni risorsa.

## **Attività di formazione del Personale**

Le attività di Formazione riguardano l'implementazione, organizzazione e gestione degli interventi e delle attività inerenti la formazione continua, la formazione obbligatoria, la formazione in sede e fuori sede, i tirocini formativi e

volontari, formazione in favore di Enti pubblici e privati, progetti formativi per conto della Regione, convenzioni per tirocini e formazione, consulenze inerenti progetti ed eventi formativi aziendali.

La programmazione dell'attività di formazione viene elaborata sulla base delle proposte formulate dai Direttori/Dirigenti di Dipartimento/Servizi/UU.OO.

Le proposte vengono inserite nel Piano Formativo Aziendale che include, altresì, la formazione obbligatoria (Anticorruzione, D.Lgs.81/2008, Radioprotezione).

Il P.F.A. viene valutato dal Comitato Scientifico ECM e recepito con atto deliberativo aziendale. Per garantire la formazione continua a tutto il personale del ruolo sanitario, obbligato all'acquisizione dei crediti ECM, viene privilegiata la formazione in sede, mentre la formazione specifica e/o specialistica, viene effettuata fuori sede dal personale interessato. L'aggiornamento specifico riguarda settori limitati del personale che, a fronte dell'evoluzione normativa, ha la necessità di partecipare alle iniziative formative di aggiornamento che, per la propria specificità, vengono organizzate da agenzie dedicate e riconosciute dalla P.A., le cui sedi sono ubicate presso altre città.

Le attività formative svolte in presenza nel corso del 2020 sono state fortemente limitate dall'osservanza delle disposizioni volte a contenere il contagio da Covid-19, con particolare riguardo al divieto di organizzazione di eventi e convegni.

Conseguentemente, il P.A.F. (Piano Aziendale della Formazione) approvato ad inizio 2020, non ha potuto trovare attuazione, se non per alcune attività svolte in presenza ad inizio anno e poche altre svolte in videoconferenza nel corso del 2020.

In particolare, sono stati svolti 5 corsi con accreditamento ECM per circa 50 partecipanti e 43 corsi c.d. "fuori sede", soprattutto in modalità webinar, per 90 partecipanti.

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

La formazione inerente alla prevenzione della corruzione, in entrambe le tipologie sia generale che specifica ha interessato la totalità dei dipendenti (dirigenza e comparto).

La formazione obbligatoria sulla sicurezza ha riguardato 230 dipendenti tra dirigenza e comparto.

Formazione anticorruzione e formazione sulla sicurezza sono state affidate ad agenzie formative dedicate e specializzate negli specifici settori.

Nella tabella successiva sono riportate le attività di formazione aziendale svolte nel 2020

Tipologia	Numero	Partecipanti
Eventi RES Accreditati ECM	5	50
Corsi fuori sede	43	90
<b>Totale</b>	<b>48</b>	<b>140</b>

Nel corso del 2020 e con prosecuzione fino a febbraio 2021 sono state realizzate più sessioni (livello base, livello specifico e laboratori di formazione intervento per le aree a maggiore rischio) di formazione in modalità webinar sui temi dell'anticorruzione e trasparenza rivolte sia ai dipendenti che ai Dirigenti dell'ASM.

## 12. VALUTAZIONE DEL RISCHIO

### Interventi organizzativi di prevenzione del rischio corruttivo

Il Piano triennale di prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera disciplina l'attuazione del complesso degli interventi organizzativi disposti dall'Azienda per prevenire il rischio della corruzione e dell'illegalità in particolare modo, fornisce in modo sistemico:

- una **valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione**, individuando quelli nell'ambito dei quali è più elevato il rischio medesimo;
- **gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione;**
- le **procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti** chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari, nonché che le attività a rischio di corruzione devono essere svolte, ove possibile, dal personale specificamente selezionato e formato;
- le **attività individuate a prevenire il rischio di corruzione;**
- le **attività individuate finalizzate agli obblighi di informazione** nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- le **procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini**, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- le **procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'Amministrazione** e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione;
- **gli specifici obblighi di trasparenza** ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Il Piano disciplina le seguenti misure obbligatorie "generali" di prevenzione:

- ✓ Codici di comportamento - diffusione di buone pratiche e valori;
- ✓ Rotazione ordinaria del personale;
- ✓ Rotazione straordinaria;
- ✓ Inconferibilità e incompatibilità di incarichi;
- ✓ Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- ✓ Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra- istituzionali;
- ✓ Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti (pantouflage - revolving doors);
- ✓ Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- ✓ Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage – revolving doors);
- ✓ Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- ✓ Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (c.d. whistleblower);
- ✓ Formazione;
- ✓ Patti di integrità negli affidamenti;
- ✓ Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- ✓ Trasparenza.

In aggiunta alle anzidette misure di prevenzione, la cui applicazione discende dalla legge o da altre fonti normative, il presente P.T.P.C.T. introduce e sviluppa - per le aree a rischio interessate ai sensi del P.T.P.C.T. medesimo - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento dell'Azienda e valutati i costi stimati, l'impatto sull'organizzazione ed il grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse

Attraverso la predisposizione del P.T.P.C.T., in sostanza, l'Azienda attiva azioni ponderate e coerenti tra loro capaci di ridurre il rischio di comportamenti corruttivi. Ciò implica necessariamente una valutazione probabilistica di tale rischiosità e l'adozione di un sistema di gestione del rischio medesimo.

Il P.T.P.C.T. quindi è un programma di attività, con indicazione delle aree di rischio e dei rischi specifici, delle misure da implementare per la prevenzione in relazione al livello di pericolosità dei rischi specifici, dei responsabili per l'applicazione di ciascuna misura e dei tempi.

Il P.T.P.C.T. non è un documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete, da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione e quanto ad efficacia preventiva della corruzione.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione si applica a tutti i dipendenti e collaboratori a qualsivoglia titolo dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

### **Individuazione delle aree di rischio**

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

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

L'individuazione delle aree di rischio è il risultato di un processo complesso, che presuppone la valutazione del rischio da realizzarsi attraverso la verifica "sul campo" dell'impatto del fenomeno corruttivo sui singoli processi svolti nell'Azienda.

Per "**rischio**" si intende l'effetto dell'incertezza sul corretto perseguimento dell'interesse pubblico e, quindi, sull'obiettivo istituzionale dell'Azienda, dovuto alla possibilità che si verifichi un dato evento.

Per "**evento**" si intende il verificarsi o il modificarsi di un insieme di circostanze che si frappongono o si oppongono al perseguimento dell'obiettivo istituzionale dell'Azienda. Le aree di rischio variano a seconda del contesto esterno ed interno e della tipologia di attività istituzionale svolta dalla specifica Amministrazione.

Tuttavia, l'esperienza internazionale e nazionale mostrano che vi sono delle aree di rischio ricorrenti, rispetto alle quali potenzialmente tutte le pubbliche amministrazioni sono esposte.

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

Con l'Aggiornamento 2015 al PNA, l'ANAC con la Determinazione n. 12 del 28.10.2015, ha ritenuto fornire indicazioni per la predisposizione delle misure di prevenzione della corruzione nell'area di rischio relativa ai Contratti Pubblici di lavori, servizi e forniture, introducendo una più ampia definizione di "area di rischio contratti pubblici" in luogo di quella di " affidamento di lavori, servizi e forniture ", in quanto ciò consente un'analisi approfondita non solo della fase di affidamento ma anche di quelle successive di esecuzione del contratto; precisamente:

#### Fasi delle procedure di approvvigionamento

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

L'Aggiornamento 2015 ha altresì ravvisato la necessità di andare oltre l'analisi delle aree di rischio "obbligatorie" e ampliare la visione verso attività con alto livello di probabilità di eventi rischiosi; in particolare ci si riferisce a:

- ✓ gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- ✓ controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni;
- ✓ incarichi e nomine;
- ✓ affari legali e contenzioso.

L'Aggiornamento 2015 ha fornito indicazioni specifiche per il settore sanitario, individuando un elenco esemplificativo e non esaustivo di alcune aree peculiari in ordine alla necessità che ogni Ente individui le proprie aree specifiche e precisamente, sulla base dell'analisi dell'attività svolta e della mappatura dei processi:

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

La mappatura dei processi è stata operata con i Dirigenti Responsabili delle Aree di Rischio Mappate, in modo da garantire la conoscenza da parte dei dirigenti stessi dei fenomeni collegati all'attività di prevenzione della corruzione oltre ad un reale coinvolgimento nel processo ed una diretta assunzione di responsabilità per i processi implementati/aggiornati.

Le aree di rischio di cui all' art. 1, comma 16 della L. n. 190/2012, comuni e generali a tutte le pubbliche amministrazioni si articolano, a loro volta, nelle seguenti Aree:

- Acquisizione e progressione del personale
- Contratti Pubblici ( ex Det. n. 12/2015)
- Area: Gestione del Patrimonio  
Per la presente area di rischio, l'analisi della realtà aziendale ha evidenziato, alla luce degli indicatori di cui alla Det. n.12/2015, che gli obblighi di trasparenza di cui all'art. 30 del D.Lgs. n. 33/2013 sono completamente rispettati, che l'azienda ha un patrimonio (immobili di proprietà) disponibile completamente utilizzato a fini istituzionali; pertanto si è ritenuto non necessaria una specifica mappatura del rischio.
- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi e con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.

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

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

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

Le aree di rischio individuate sono le seguenti:

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

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

### 13. La gestione del rischio

Per "**gestione del rischio**" si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'Azienda con riferimento al rischio. I principi fondamentali per una corretta gestione del rischio cui si fa riferimento nel presente P.T.P.C.T., in conformità al P.N.A. 2019 e all'Aggiornamento 2015, sono desunti dai Principi e linee guida UNI ISO 31000:2018 [a sostituzione della versione del 2010]- che rappresentano l'adozione nazionale, in lingua italiana, della norma internazionale ISO 31000 (edizione novembre 2009), elaborata dal Comitato tecnico ISO/TMB "Risk Management". Particolare attenzione è stata dedicata, in quanto propedeutica alla gestione del rischio, all'analisi del contesto esterno ed interno, al fine di predisporre il PTPC contestualizzato e conseguentemente più efficace. Il metodo di lavoro è un metodo partecipato. Ogni singolo Dirigente Responsabile di Area a Rischio ha partecipato alle fasi di Mappatura dei Processi, all'Analisi e Valutazione (dei Rischi) dei Processi, alla Identificazione e Valutazione dei Rischi (Specifici), alla Identificazione delle Misure confermando il lavoro già svolto o segnalando nuove e diverse indicazioni da recepire nel Piano 2021-2023. In questo modo è stata garantita la attività di mappatura dei processi, il pieno coinvolgimento, in termini formali e sostanziali, nella stesura del presente Piano quale aggiornamento-implementazione del precedente. Il lavoro svolto ha confermato la positività della metodologia sperimentata negli anni precedenti. La predetta metodologia si è sviluppata contestualmente alle azioni di informazione/formazione nonché di un necessario adeguamento del PTPC ove segnalato dai dirigenti responsabili coinvolti.

Le fasi del processo di gestione dei rischi sono le seguenti:

➤ **1. Mappatura dei Processi:**

- a) Premessa;
- b) Analisi dell'applicabilità dei processi ed individuazione delle Aree di rischio e/o Processi per l'azienda sanitaria locale di Matera;
- c) Identificazione delle strutture deputate allo svolgimento del Processo;

➤ **2. Analisi e Valutazione dei Processi:**

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

➤ **3. Identificazione e Valutazione dei rischi:**

- a) Analisi dell'applicabilità dei rischi specifici presenti nel Registro ed individuazione di eventuali nuovi rischi specifici associati ai processi valutati come maggiormente rischiosi;
- b) Valutazione dei rischi specifici (in termini di impatto e probabilità);

➤ **4. 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".

#### 1. La mappatura dei processi

##### a. Premessa

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

La fase iniziale del processo di gestione del rischio, previa analisi del Contesto Esterno ed Interno all'Azienda Sanitaria, consiste nella **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 essere 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 richiede un forte impegno ed un certo dispendio di risorse dell’amministrazione.

In aderenza alle disposizioni ANAC la mappatura dei processi indicata nel presente PTPCT sarà integrata nel corso dei successivi aggiornamenti, secondo un principio di gradualità, arrivando al dettaglio della mappatura delle fasi del processo.

Una fase fondamentale del processo di risk management è costituito dall’individuazione del registro dei rischi.

Il presente Piano contiene un **registro dei rischi**, redatto, in continuità con il Piano precedente sulla base dell’analisi del contesto in cui opera l’amministrazione e dell’analisi e valutazione dei rischi specifici ai quali sono esposti i vari uffici o procedimenti dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Il **Registro dei Rischi** è stato suddiviso in 4 livelli:

1. Area di rischio, che rappresenta la denominazione dell’area di rischio generale cui afferisce il processo ed i rischi specifici ad esso associati. Le aree di rischio sono quelle 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 definiscono la tipologia di rischio che si può incontrare in un determinato Processo.
4. Individuazione delle misure di prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio.

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

Oltre alle aree di rischio individuate dal PNA come comuni a tutte le amministrazioni, sono state individuate ulteriori aree di rischio in relazione alla specificità dell’Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte. Sono stati quindi individuati i principali processi associati alle aree di rischio comuni e specifiche.

***c. Identificazione delle Strutture aziendali deputate allo svolgimento del Processo.***

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

## **2. Analisi e Valutazione dei processi**

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

L’analisi ha mirato a valutare i processi organizzativi individuati in relazione alla specificità dell’Azienda Sanitaria Locale ed alla particolarità delle prestazioni/attività erogate/svolte, classificando l’area di esposizione al rischio generale commisurato al processo ed ai rischi specifici ad esso associati.

Il Processo rappresenta una classificazione, a livello macro, delle possibili attività di trasformazione di input in output dell’amministrazione.

## **3. Identificazione e Valutazione dei rischi**

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

Il modello utilizzato nelle passate edizioni del Piano, che costituisce la base del presente in una logica di continuità laddove non si riscontrino variazioni significative, prevedeva dover rispondere a 5 domande per la probabilità e a 5 domande per l'impatto. Si procedeva 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 giungeva alla valutazione finale di esposizione al rischio.

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

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

Nel processo di analisi e valutazione dei rischi, pur tenendo conto degli esiti della precedente metodologia, si è adottata una metodologia di approccio qualitativo suggerita dall'ANAC con il PNA 2019.

La nuova metodologia propone l'utilizzo di un approccio qualitativo, in luogo del precedente approccio quantitativo, basato su valori di giudizio soggettivo e sulla conoscenza effettiva dei fatti e delle situazioni che influiscono sul rischio da parte dei Responsabili/Dirigenti U.O. delle Aree a Rischio Individuate.

A tal fine, appare utile prima di tutto definire cosa si intende per valutazione del rischio, ossia "la misurazione dell'incidenza di un potenziale evento sul conseguimento degli obiettivi dell'amministrazione".

Ai fini della valutazione del rischio, in continuità con quanto già proposto dall'Allegato 5 del PNA 2013, nonché in linea con le indicazioni internazionali sopra richiamate, si procederà ad incrociare due indicatori compositi (ognuno dei quali composto da più variabili) rispettivamente per la dimensione della probabilità e dell'impatto.

La probabilità consente di valutare quanto è probabile che l'evento accada in futuro, mentre l'impatto valuta il suo effetto qualora lo stesso si verifichi, ovvero l'ammontare del danno conseguente al verificarsi di un determinato evento rischioso.

Per ciascuno dei due indicatori (probabilità e impatto), sopra definiti, si è quindi proceduto ad individuare un set di variabili significative caratterizzate da un nesso di causalità tra l'evento rischioso e il relativo accadimento.

Con riferimento all'indicatore di probabilità sono state individuate nove variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI PROBABILITA'			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
	<b>Discrezionalità:</b> focalizza il grado di discrezionalità nelle attività svolte o negli atti prodotti; esprime l'entità del rischio in conseguenza delle responsabilità attribuite e della necessità di dare risposta immediata all'emergenza	Alto	Ampia discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		Medio	Apprezzabile discrezionalità relativa sia alla definizione di obiettivi operativi che alle soluzioni organizzative da adottare, necessità di dare risposta immediata all'emergenza
		Basso	Modesta discrezionalità sia in termini di definizione degli obiettivi sia in termini di soluzioni organizzative da adottare ed assenza di situazioni di emergenza
2	<b>Coerenza operativa:</b> coerenza fra le prassi operative sviluppate dalle unità organizzative che svolgono il processo e gli strumenti normativi e di regolamentazione che disciplinano lo stesso	Alto	Il processo è regolato da diverse norme sia di livello nazionale sia di livello regionale che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte sia del legislatore nazionale sia di quello regionale, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operative

		Medio	Il processo è regolato da diverse norme che disciplinano singoli aspetti, subisce ripetutamente interventi di riforma, modifica e/o integrazione da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono contrastanti. Il processo è svolto da una o più unità operativa
		Basso	La normativa che regola il processo è puntuale, non subisce interventi di riforma, modifica e/o integrazione ripetuti da parte del legislatore, le pronunce del TAR e della Corte dei Conti in materia sono uniformi. Il processo è svolto da un'unica unità operativa
3	<b>Rilevanza degli interessi “esterni”</b> quantificati in termini di entità del beneficio economico e non, ottenibile dai soggetti destinatari del processo	Alto	Il processo dà luogo a consistenti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Medio	Il processo dà luogo a modesti benefici economici o di altra natura per i destinatari
		Basso	Il processo dà luogo a benefici economici o di altra natura per i destinatari con impatto scarso o irrilevante
4	<b>Livello di opacità del processo</b> , misurato attraverso solleciti scritti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, le richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, gli eventuali rilievi da	Alto	Il processo è stato oggetto nell'ultimo anno di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
	parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza	Medio	Il processo è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, e/o rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
		Basso	Il processo non è stato oggetto negli ultimi tre anni di solleciti da parte del RPCT per la pubblicazione dei dati, richieste di accesso civico “semplice” e/o “generalizzato”, nei rilievi da parte dell'OIV in sede di attestazione annuale del rispetto degli obblighi di trasparenza
5	<b>Presenza di “eventi sentinella”</b> per il processo, ovvero procedimenti avviati dall'autorità giudiziaria o contabile o ricorsi amministrativi nei confronti dell'Azienda o procedimenti disciplinari avviati nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame	Alto	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, concluso con una sanzione indipendentemente dalla conclusione dello stesso, nell'ultimo anno
		Medio	Un procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa e/o un procedimento disciplinare avviato nei confronti di un dipendente impiegato sul processo in esame, indipendentemente dalla conclusione dello stesso, negli ultimi tre anni
		Basso	Nessun procedimento avviato dall'autorità giudiziaria o contabile o amministrativa nei confronti dell'Ente e nessun procedimento disciplinare nei confronti dei dipendenti impiegati sul processo in esame, negli ultimi tre anni
6	<b>Livello di attuazione delle misure di prevenzione sia generali sia specifiche previste dal PTPCT per il processo/attività</b> , desunte dai monitoraggi effettuati dai responsabili	Alto	Il responsabile non ha effettuato o ha effettuato il monitoraggio con consistente ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato e trasmettendo in ritardo le integrazioni richieste
		Medio	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente o con lieve ritardo, non fornendo elementi a supporto dello stato di attuazione delle misure dichiarato ma trasmettendo nei termini le integrazioni richieste
		Basso	Il responsabile ha effettuato il monitoraggio puntualmente, dimostrando in maniera esaustiva attraverso documenti e informazioni circostanziate l'attuazione delle misure
7	<b>Segnalazioni, reclami</b> pervenuti con riferimento al processo in oggetto, intese come qualsiasi informazione pervenuta a mezzo email, telefono, ovvero reclami o risultati di indagini di customer satisfaction, avente ad oggetto episodi di abuso, illecito, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, corruzione vera e propria, cattiva gestione, scarsa qualità del servizio	Alto	Segnalazioni in ordine a casi di abuso, mancato rispetto delle procedure, condotta non etica, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Medio	Segnalazioni in ordine a casi di cattiva gestione e scarsa qualità del servizio, pervenuti nel corso degli ultimi tre anni
		Basso	Nessuna segnalazione e/o reclamo

8	<b>Presenza di gravi rilievi a seguito dei controlli interni di regolarità amministrativa</b>	Alto	Presenza di gravi rilievi tali da richiedere annullamento in autotutela o revoca dei provvedimenti interessati negli ultimi tre anni
		Medio	Presenza di rilievi tali da richiedere l'integrazione dei provvedimenti adottati
		Basso	Nessun rilievo o rilievi di natura formale negli ultimi tre anni
9	<b>Capacità dell'Azienda di far fronte alle proprie carenze organizzative nei ruoli di responsabilità</b> (Dirigenti, PO) attraverso l'acquisizione delle corrispondenti figure apicali anziché l'affidamento di interim se non derivante da fattori esterni (es. blocco assunzioni)	Alto	Utilizzo frequente dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato o mancato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Medio	Utilizzo dell'interim per lunghi periodi di tempo, ritardato espletamento delle procedure per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti
		Basso	Nessun interim o utilizzo della fattispecie per il periodo strettamente necessario alla selezione del personale per ricoprire i ruoli apicali rimasti vacanti

Con riferimento all'indicatore di impatto, sono state individuate quattro variabili ciascuna delle quali può assumere un valore Alto, Medio, Basso, in accordo con la corrispondente descrizione.

INDICATORE DI IMPATTO			
N.	Variabile	Livello	Descrizione
1	<b>Impatto sull'immagine dell'Azienda</b> misurato attraverso il numero di articoli di giornale pubblicati sulla stampa locale o nazionale o dal numero di servizi radio-televisivi trasmessi, che hanno riguardato episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione	Alto	Un articolo e/o servizio negli ultimi tre anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Medio	Un articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
		Basso	Nessun articolo e/o servizio negli ultimi cinque anni riguardante episodi di cattiva amministrazione, scarsa qualità dei servizi o corruzione
2	<b>Impatto in termini di contenzioso</b> , inteso come i costi economici e/o organizzativi sostenuti per il trattamento del contenzioso dall'Azienda	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda in maniera consistente sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi potrebbe generare un contenzioso o molteplici contenziosi che impegnerebbero l'Azienda sia dal punto di vista economico sia organizzativo
		Basso	Il contenzioso generato a seguito del verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi è di poco conto o nullo
3	<b>Impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio</b> , inteso come l'effetto che il verificarsi di uno o più eventi rischiosi inerenti il processo può comportare nel normale svolgimento delle attività dell'Azienda	Alto	Interruzione del servizio totale o parziale ovvero aggravio per gli altri dipendenti dell'Azienda
		Medio	Limitata funzionalità del servizio cui far fronte attraverso altri dipendenti dell'Azienda o risorse esterne
		Basso	Nessuno o scarso impatto organizzativo e/o sulla continuità del servizio
4	<b>Danno generato</b> a seguito di irregolarità riscontrate da organismi interni di controllo (controlli interni, controllo di gestione, audit) o autorità esterne (Corte dei Conti, Autorità Giudiziaria, Autorità Amministrativa)	Alto	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda molto rilevanti
		Medio	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda sostenibili
		Basso	Il verificarsi dell'evento o degli eventi rischiosi, comporta costi in termini di sanzioni che potrebbero essere addebitate all'Azienda trascurabili o nulli

Dopo aver attribuito i valori alle singole variabili degli indicatori di impatto e probabilità, seguendo gli schemi proposti dalle precedenti tabelle e aver proceduto alla elaborazione del loro valore sintetico di ciascun indicatore, come specificato in precedenza, si procede all'identificazione del livello di rischio di ciascun processo, attraverso la combinazione logica dei due fattori, secondo i criteri indicati nella tabella seguente.

Combinazioni valutazioni PROBABILITA' - IMPATTO		LIVELLO DI RISCHIO
PROBABILITA'	IMPATTO	
alto	alto	Rischio alto
alto	medio	Rischio medio/alto
medio	alto	

alto	basso	Rischio medio
medio	medio	
basso	Alto	
medio	basso	Rischio medio/basso
basso	medio	
basso	basso	Rischio basso

Il collocamento di ciascun processo dell'amministrazione, in una delle fasce di rischio, come indicate all'interno della precedente tabella, consente di definire il rischio intrinseco di ciascun processo, ovvero il rischio che è presente nell'organizzazione in assenza di qualsiasi misura idonea a contrastarlo, individuando quindi allo stesso tempo la corrispondente priorità di trattamento.

Per la redazione del presente PTPC, avvenuta sul finire del 2020, la nuova metodologia di carattere qualitativo è stata pienamente esplicitata, pur tenendo conto nella individuazione dei processi, della metodologia iniziale, di base per la individuazione degli stessi processi.

Per ciascun processo individuato come rischioso associato alle aree assegnate, si è proceduto alla valutazione della probabilità e dell'impatto. La probabilità indica la frequenza di accadimento degli specifici rischi, mentre l'impatto indica il danno che il verificarsi dell'evento rischioso causa all'amministrazione. Le domande proposte indagavano l'impatto e la probabilità dai punti di vista sia soggettivo che oggettivo.

Le risposte alle domande sono date con riferimento alle realtà effettive dell'Azienda.

Le risposte ai quesiti sono 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, in sede di audit per ogni Area a rischio.

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

#### VALUTAZIONE COMPLESSIVA

La Valutazione Complessiva del Rischio, risultante dall'incrocio tra le variabili riferite alla probabilità di accadimento e le variabili riferite all'impatto, inteso come conseguenze sull'ASM a seguito di eventi corruttivi viene determinata, per ciascun Processo, in rapporto agli eventi rischiosi che sottendono allo stesso, secondo la seguente classificazione:

#### VALORI E FREQUENZE DELLA PROBABILITÀ E DELL'IMPATTO

Probabilità alto – impatto alto: rischio alto;

Probabilità alto - impatto medio, probabilità medio - impatto alto: rischio medio/alto;

Probabilità alto - impatto medio, probabilità medio - impatto medio, probabilità basso - impatto alto: rischio medio;

probabilità medio – impatto basso; probabilità basso – impatto medio: rischio medio/basso;

probabilità basso – impatto basso: rischio basso.

#### 4. Identificazione delle misure.

##### **a) Identificazione delle misure più idonee alla prevenzione/mitigazione/trattamento del rischio;**

Il PNA 2019 ha classificato le misure, in via astratta e generale, nonché quelle di carattere trasversale, atte a mitigare e a comprimere la verifica di eventi rischiosi di carattere corruttivo, come di seguito indicato:

1. **CONTROLLO**
2. **TRASPARENZA**
3. **DEFINIZIONE E PROMOZIONE DELL'ETICA DI STANDARD DI COMPORTAMENTO**
4. **REGOLAMENTAZIONE**
5. **SEMPLIFICAZIONE**
6. **FORMAZIONE**
7. **SENSIBILIZZAZIONE E PARTECIPAZIONE**
8. **ROTAZIONE**
9. **SEGNALAZIONE E PROTEZIONE**
10. **DISCIPLINA DEL CONFLITTO D'INTERESSI**
11. **REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I "RAPPRESENTANTI DI INTERESSI PARTICOLARI"**

In sede di identificazione e valutazione del rischio, i responsabili delle UU.OO., di concerto con il RPC, hanno stabilito quali misure di prevenzione adottare, secondo criteri di applicabilità, fattibilità e rispondenza alle reali esigenze dei processi interessanti le UU.OO. medesime.

**b) Per ciascuna attività il Modello specifica "chi fa cosa".**

## 14 TRATTAMENTO DEL RISCHIO

**Determinazione, per ciascuna area di rischio, delle esigenze di intervento utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, con l'indicazione di modalità, responsabili, tempi d'attuazione e indicatori di misure di prevenzione obbligatorie e misure ulteriori**

Il P.T.P.C.T. dell'A.S.L. di Matera - per tutte le aree di rischio individuate ai sensi del P.T.P.C.T. medesimo - indica le misure di prevenzione generali e specifiche da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi. La individuazione e la scelta delle misure specifiche e ulteriori è effettuata mediante il confronto con il coinvolgimento dei titolari del rischio. Per "titolare del rischio" si intende la persona con la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio. In continuità con l'Aggiornamento al Piano intervenuto nel giugno 2019, le misure ulteriori adottate dall'ASM con il presente P.T.P.C.T. - che integrano misure di prevenzione diverse da quelle di diretta emanazione di legge e, considerate in un'ottica strumentale alla riduzione del rischio di corruzione, sono le seguenti:

- a) l'affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza al Nucleo Ispettivo Interno dell'Azienda istituito con Deliberazione n. 901 del 30.07.2014, come modificato con la deliberazione n. 1459 del 20.12.2016 e successiva Deliberazione 120 del 12/02/2020;
- b) la previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario; misura da attuarsi - con decorrenza immediata - da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, a vario titolo competenti;
- c) il monitoraggio dell'attività in ordine agli "orari di disponibilità" dell'U.P.D. durante i quali i funzionari addetti sono disponibili ad ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'Azienda su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari (art. 15, comma 3, d.P.R. n. 62/2013); misura da attuarsi - entro il mese di dicembre 2020 - da parte dei dirigenti e dipendenti che compongono l'U.P.D.;
- d) potenziamento, nell'ambito delle strutture esistenti della rete U.R.P. dell'Azienda, degli uffici per curare il rapporto con le associazioni e le categorie di utenti esterni (canali di ascolto), in modo da raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione e segnalazioni di illecito, e veicolare le informazioni agli uffici aziendali competenti; misura da attuarsi - anche mediante la utilizzazione di tutti i canali di comunicazione possibili, dal numero verde, alle segnalazioni via web ai social media - da parte del Direttore della U.O.C. Relazioni con il Pubblico, entro dicembre 2020;
- e) la previsione di meccanismi di raccordo tra tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, ed il Servizio Gestione Risorse Umane (mediante consultazione obbligatoria e richiesta di avviso dell'U.P.D.), al fine di consentire la valutazione complessiva dei dipendenti anche dal punto di vista comportamentale; meccanismi, in particolare, che stabiliscano un concreto ed effettivo raccordo tra l'ufficio di appartenenza del dipendente, il Servizio Gestione Risorse Umane competente al rilascio di autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali e l'U.P.D., di modo da far acquisire rilievo alle situazioni in cui sono state irrogate sanzioni disciplinari a carico di un soggetto ovvero si sta svolgendo nei suoi confronti un procedimento disciplinare, per la:
  - 1) preclusione allo svolgimento di incarichi aggiuntivi o extraistituzionali;
  - 2) valutazione della performance e del riconoscimento della retribuzione accessoria ad essa collegata.

La presenza di un procedimento disciplinare pendente deve essere considerata - anche in relazione alla tipologia di Illecito- per il conferimento di incarichi aggiuntivi e/o dell'autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali.

La tempistica per l'introduzione e per l'implementazione delle misure può essere differenziata, a seconda che si tratti di misure generali, obbligatorie o di misure ulteriori.

### Misure di prevenzione di carattere trasversale

Tutte le misure sono classificate e riportate nel registro dei processi secondo la classificazione indicata nel PNA 2019 (pag. 50 P.T.P.C.T.). Il presente P.T.P.C.T. individua ed implementa anche delle misure di carattere trasversale da considerare ulteriori ed obbligatorie.

Sono misure di carattere trasversale:

- la *trasparenza* (P.T.T.I.): gli adempimenti di trasparenza possono essere misure obbligatorie o ulteriori; le misure ulteriori di trasparenza sono indicate nel P.T.T.I.;
- *l'informatizzazione dei processi* che consente per tutte le attività dell'Azienda la tracciabilità dello sviluppo del processo e riduce quindi il rischio di "blocchi" non controllabili con emersione delle responsabilità per ciascuna fase;
- *l'accesso telematico a dati, documenti e procedimenti* e il riutilizzo dei dati, documenti e procedimenti (d.lgs. n. 82/2005) che consentono l'apertura dell'Azienda verso l'esterno e, quindi, la diffusione del patrimonio pubblico e il controllo sull'attività da parte dell'utenza;
- il *monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali*, in quanto attraverso il monitoraggio emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi.

Nel corso del 2020 il monitoraggio dei termini procedurali non è stato effettuato, in quanto, causa pandemia, sono stati garantiti esclusivamente i termini perentori.

### Individuazione, per ciascuna misura, del responsabile e del termine per l'attuazione, stabilendo il collegamento con il ciclo delle performance.

Il presente P.T.P.C.T. individua per ciascuna misura da implementare il responsabile dell'implementazione e il termine per l'implementazione stessa. L'efficacia del P.T.P.C.T. dipende dalla collaborazione fattiva di tutti i componenti dell'organizzazione e, pertanto, è necessario che il suo contenuto sia coordinato rispetto a quello di tutti gli altri strumenti di programmazione presenti nell'Azienda. Il P.T.P.C.T. è quindi strutturato come documento di programmazione, con l'indicazione di obiettivi, indicatori, misure, responsabili, tempistica e risorse. Il presente P.T.P.C.T. stabilisce i dovuti collegamenti con il ciclo della performance, garantendone l'effettività, la concretezza e la realtà. L'Azienda a tal fine procede alla costruzione di un ciclo delle performance integrato, che comprenda gli ambiti relativi:

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

Il contenuto del P.T.P.C.T. è coordinato con gli strumenti già vigenti per il controllo nell'amministrazione nonché con quelli individuati dal d.lgs. n. 150/, ossia:

- il Piano e la Relazione sulla performance (art. 10 del d.lgs. n. 150/2009),
- il Sistema di misurazione e valutazione della performance (art. 7 del d.lgs. n. 150/2009),
- il P.T.T.I.

La rilevanza strategica dell'attività di prevenzione e contrasto della corruzione comporta che l'Azienda proceda all'inserimento dell'attività che pone in essere per l'attuazione della l. n. 190/2012 nella programmazione strategica e operativa, definita in via generale nel Piano della performance (e negli analoghi strumenti di programmazione eventualmente previsti).

L'Azienda, quindi, procede ad inserire negli strumenti del ciclo della performance, in qualità di obiettivi e di indicatori per la prevenzione del fenomeno della corruzione, i processi e le attività di programmazione posti in essere per l'attuazione del P.T.P.C.T. In tal modo, le attività svolte dall'Azienda per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del P.T.P.C.T. vengono inserite in forma di obiettivi nel Piano della performance.

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

Il P.T.T.I. costituisce una sezione del P.T.P.C.T. ed il ruolo di Responsabile della trasparenza è svolto, dal Responsabile della prevenzione della corruzione. La sezione del Piano relativa alla Trasparenza è impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari a garantire la pubblicazione dei dati e, caratteristica essenziale di tale sezione è l'indicazione dei soggetti responsabili della pubblicazione degli stessi. I suddetti soggetti responsabili possono avvalersi della figura dell'Editor, istituita dall'Azienda già dal 2015 quale referente della trasparenza. Ogni responsabile di unità operativa individua il proprio referente della trasparenza con il compito di trasmettere e aggiornare la pubblicazione dei dati relativi alla propria U.O., secondo la specifica procedura indicata nella Deliberazione n. 194 del 3.3.2021, con la quale sono stati individuati gli Editor per ciascuna articolazione aziendale soggetta ad obblighi di pubblicazione ex D. Lgs. 33/2013. Ogni responsabile di Unità operativa ha, comunque, la funzione di sovraintendere all'attendibilità dei dati da inserire.

Al fine di garantire che l'organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all'input ricevuto, il programma triennale per la trasparenza, adottato ai sensi dell'art. 11 del d. lgs. n. 150 del 2009, è coordinato con il piano per la prevenzione della corruzione in modo da assicurare un'azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento.

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

### **Individuazione dei Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e degli altri soggetti tenuti a relazionare al Responsabile alla luce del d.lgs. 97/2016**

Tutti i dirigenti dell'Azienda, per l'area di rispettiva competenza, sono "referenti" del RPC e:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione e dell'autorità giudiziaria;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione della corruzione;
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale;
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C.T.

Il presente P.T.P.C.T. individua i Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione e gli altri soggetti nell'ambito dell'Azienda che sono tenuti a relazionare al Responsabile. Il P.T.P.C.T. stabilisce obblighi periodici semestrali di monitoraggio delle misure attraverso l'utilizzo del software dedicato, per relazionare al responsabile, fatte salve le situazioni di urgenza.

Le relazioni possono essere integrate da specifici audit di cui è redatto processo verbale. Tali processi sono da considerare meccanismi che permettono al Responsabile di conoscere fatti corruttivi tentati o realizzati all'interno dell'Azienda ed il contesto in cui la vicenda si è sviluppata ovvero le contestazioni circa il mancato adempimento agli obblighi di trasparenza.

I soggetti che si relazionano costantemente con il Responsabile della prevenzione della corruzione per l'esercizio della sua funzione sono:

- il Dirigente Responsabile che redige il Piano della Performance;
- l'U.O. Gestione Risorse Umane – Ufficio Procedimenti Disciplinari (U.P.D), per dati e informazioni circa la situazione dei procedimenti disciplinari, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali;
- l' Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.);
- i Referenti, designati nel P.T.P.C.T., cui sono affidati specifici compiti di relazione e segnalazione;
- i Dirigenti, in base ai compiti a loro affidati dall'art. 16 del d.lgs. n. 165/2001;
- i RUP, i DEC e i collaboratori secondo il Regolamento sulle funzioni tecniche;
- il Nucleo Ispettivo Interno.

La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della prevenzione da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del P.T.P.C.T. è suscettibile di essere sanzionata disciplinarmente.

#### **Forme di consultazione in sede di elaborazione e di verifica del P.T.P.C.T. e PTI**

L'ASM attua una Consultazione pubblica sul PTPCT. La legge 190/2012 impone, infatti l'obbligo di avviare una discussione aperta a cittadini e portatori di interesse, propedeutica alla redazione del Piano stesso. L'iniziativa si inserisce tra le azioni di trasparenza e comunicazione diretta con i cittadini e dà prova di un nuovo modo di essere della pubblica amministrazione che si rende trasparente, scrutinabile (accountable) e aperta a processi di partecipazione e all'adozione di misure per l'integrità. La Consultazione pubblica viene attuata con cadenza annuale.

Al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione e della predisposizione del P.T.P.C.T. e del PTI, l'Azienda organizza la "Giornata della Trasparenza". Anche questa iniziativa viene attuata con cadenza annuale.

#### **Iniziative di formazione sui temi dell'etica e della legalità e di formazione specifica per il personale addetto alle aree a più elevato rischio di corruzione e per il Responsabile della prevenzione della corruzione.**

Il presente P.T.P.C.T. pianifica iniziative di formazione rivolte:

- a tutto il personale sui temi dell'etica e della legalità, con particolare riferimento ai contenuti del Codice di comportamento dei pubblici dipendenti;
- ai dirigenti e al personale addetti alle aree a rischio;
- al Responsabile della prevenzione e all'ufficio di supporto in priorità;

La programmazione della formazione contenuta nel P.T.P.C.T. è coordinata con quella prevista nel Piano Triennale della Formazione (P.T.F).

## 15. 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, in fase di audit, per il 2021 sono state individuate la misura di presidio dei rischi precedentemente rilevati. Sono state individuate misure ulteriori mutate dall’attività operativa e concreta esplicita e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese obbligatorie dal loro inserimento nel presente P.T.P.C.T.. 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. Alle misure generali che devono essere necessariamente implementate all’interno di ciascuna amministrazione, sono state affiancate misure ulteriori. In entrambi i casi, le misure sono “coerenti con gli esiti della valutazione”. Le misure, come già sottolineato in precedenza, sono state classificate nell’allegato registro dei processi, secondo la classificazione indicata nel PNA 2019.

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 .....

#### REGISTRO DEI PROCESSI E DEI RISCHI

Processo (.....)

Eventi rischiosi

1. Abuso.....

### 2. LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEL PROCESSO

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 è “ \_\_\_\_\_ ”

### 3. LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DEGLI EVENTI RISCHIOSI

### 4. INDIVIDUAZIONE DELLE MISURE

Misura – Descrizione – Fasi – Tempi - Ufficio Responsabile - Soggetto Responsabile

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

#### Indicazione dei Processi:

- 1) **Indicazione degli Eventi Rischiosi** associati ai Processi a rischio, tenuto conto della matrice relativa al singolo evento rischioso;
- 2) **Indicazione dei Servizi/Uffici** che risultano essere maggiormente esposti al rischio;
- 3) **Indicazione delle Misure applicabili** che, potenzialmente, potrebbero mitigare, correggere o prevenire il suddetto rischio;
- 4) **Indicazione delle Misure** esistenti all’interno dell’organizzazione, a presidio del rischio.

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

Sono stati, pertanto, censiti:

- eventuali controlli interni previsti;
- atti organizzativi interni che, disciplinando in maniera puntuale il processo, capaci di ridurre gli spazi di discrezionalità nei quali potrebbero annidarsi episodi di corruzione e di cattiva gestione;
- altri regolamenti/procedure, etc. che si è ritenuto potessero presidiare il rischio.

#### **Indicazione delle Misure proposte a presidio del rischio.**

Si è trattato di incrociare le misure applicabili generali indicate da PNA e quelle esistenti a presidio del rischio. Per ciascun processo, quindi le “Misure Previste” contemplano sia le Misure del PNA e della Determinazione n. 12/2015 ANAC, dettagliate a seconda delle specifiche necessità dell’organizzazione (efficacia delle misure esistenti) che ulteriori misure non specificate dal PNA e nella Determinazione n. 12/2015 ANAC ma ritenute indispensabili (in esito e nel corso degli approfondimenti avvenuti anche negli anni precedenti con i Dirigenti dei Servizi competenti per materia mutate dall’attività operativa e concreta esplicata e dalle buone pratiche in essere per i fini istituzionali).

#### **Indicazione della Tipologia delle Misure individuate**

E’ stata inserita:

- a) La Classificazione in termini di misure: Organizzative, Regolamentari e Formative (secondo le indicazioni mutate dal PNA 2019: – 1. Controllo, 2. Trasparenza, 3. Definizione e promozione dell’etica di standard di comportamento, 4. Regolamentazione, 5. Semplificazione, 6. Formazione, 7. Sensibilizzazione e partecipazione, 8. rotazione, 9. Segnalazione e protezione, 10. Disciplina del conflitto d’interesse, 11. regolazione dei rapporti con i “rappresentanti di interessi particolari”;
- b) La Classificazione della Misura in: Generale, Obbligatoria (prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC) o Ulteriore (non prevista dal PNA e dalla Determinazione n. 12/2015 ANAC);
- c) La Classificazione della Misura in: Specifica (per un determinato Ufficio) o Trasversale (applicabile a tutti gli Uffici).

#### **Indicazione delle modalità di attuazione delle misure**

Concerne l’indicazione di:

- a) Le fasi previste per la loro attuazione;
- b) L’esplicitazione dei tempi di realizzazione;
- c) Servizio - Dirigente/Posizione Organizzativa – Responsabile PO – Responsabile del procedimento.

#### **Le priorità di trattamento del rischio**

Le decisioni circa la priorità del trattamento si basano essenzialmente sui seguenti fattori:

- livello di rischio: maggiore è il livello, maggiore è la priorità di trattamento;
- obbligatorietà della misura: va data priorità alla misura obbligatoria ( generale ) rispetto a quella ulteriore
- impatto organizzativo e finanziario connesso all’implementazione della misura.

La priorità di trattamento è definita congiuntamente al Responsabile della prevenzione della corruzione.

#### **Aree di rischio individuate e mappate**

Per redigere il presente Piano Triennale della prevenzione della corruzione nel quale esplicitare le misure preventive del rischio di corruzione ed illegalità è stato utilizzato la metodologia di carattere qualitativo secondo quanto in precedenza illustrato, al fine di effettuare l’individuazione, la mappatura e la valutazione dei rischi. L’applicazione della suddetta metodologia ha prodotto i risultati indicati nelle schede di cui all’allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

#### **Misure di prevenzione della corruzione**

##### **1. La trasparenza e il PTTI**

Il PNA 2019 richiama la definizione di trasparenza introdotta dal d. lgs. n. 33/2013 da intendersi come “accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche”.

La trasparenza è regola per l’organizzazione, per l’attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia. In tal senso si è espresso anche il Consiglio di Stato enunciando che “la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa”. (Cons. Stato., Sez. consultiva per gli atti normativi, 24 febbraio 2016, n. 515, parere reso sullo schema di decreto n. 97/2016.).

In tema di trasparenza occorre evidenziare che è necessario, come da ultimo ha avuto modo di sottolineare anche la Corte Costituzionale nella sentenza n. 20/2019, operare un bilanciamento tra il diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni. L’ANAC, dunque, richiama l’attenzione delle pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, a verificare che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l’obbligo di pubblicazione. Pertanto l’attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, deve avvenire nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all’art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di:

- liceità, correttezza e trasparenza;
- minimizzazione dei dati;
- esattezza;
- limitazione della conservazione;
- integrità e riservatezza.

Nel merito, per agevolare l’attività di pubblicazione, oltre che per gli Editor, anche per i Responsabili della Trasparenza, verrà pianificata, anche per il 2021, specifica attività di formazione.

La sezione del Piano relativa alla Trasparenza sarà impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari a garantire la pubblicazione dei dati. Caratteristica essenziale di tale sezione è l’indicazione dei soggetti responsabili della pubblicazione dei dati. Al fine di garantire il controllo sull’adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, l’Azienda Sanitaria ha istituito già dal 2015, la figura dell’Editor, quale referente della trasparenza. Come da Delibera n. 194 del 3.3.2021, ogni responsabile di unità operativa, ha individuato il proprio referente della trasparenza con il compito di trasmettere ed aggiornare la pubblicazione dei dati relativi alla propria U.O. Ogni responsabile di Unità operativa avrà la funzione di sovrintendere l’attendibilità dei dati da inserire.

L’ASM ha ritenuto necessario l’unificazione delle figure di Responsabile della Trasparenza e Integrità e di Responsabile della Prevenzione della Corruzione per uniformare le relative funzioni di monitoraggio e controllo ed assicurare una più distinta differenziazione rispetto alle funzioni di gestione, secondo la regolazione vigente. Il P.T.T.I. costituisce una sezione del PTPC, così come indicato dall’ANAC. Al fine di garantire che l’organizzazione aziendale sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per procedimento, processo e prodotto e che le unità organizzative siano, oltre che coordinate tra loro, rispondenti all’input ricevuto, il programma triennale per la trasparenza, adottato ai sensi dell’art. 11 del d. lgs. n. 150/2009, è coordinato con il piano per la prevenzione della corruzione in modo da assicurare un’azione sinergica ed osmotica tra le misure e garantire la coincidenza tra i periodi di riferimento.

Il presente Piano della Prevenzione della Corruzione dell’Azienda Sanitaria Locale di Matera recepisce la regolamentazione del programma triennale aziendale per la trasparenza costituendone una specifica sezione. L’Azienda adotta il presente P.T.P.C.T. ed il correlato P.T.T.I. entro il 31 marzo 2021, giusta comunicazione ANAC del 2 dicembre 2020 e, contestualmente provvede alla loro pubblicazione sul proprio sito istituzionale, con evidenza del nominativo del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, coordinate con quelle del Garante della Protezione dei dati personali.

L'Azienda adempie agli obblighi di trasparenza senza ritardo. A tal fine, nella attuazione degli specifici adempimenti, tiene conto dei termini di entrata in vigore delle norme, attraverso la previsione di progressive fasi di implementazione, conformandosi alle linee guida della Autorità Nazionale Anticorruzione.

Per il 2021, contestualmente alla delibera di individuazione degli Editor, per ciascuna U.O., l'Azienda ha provveduto all'approvazione della tabella degli obblighi di pubblicazione (stato di attuazione), allegata al presente piano, nonché alla relativa procedura di pubblicazione.

## 2. Tracciabilità dei procedimenti

I Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, mediante tutti gli strumenti e le tecnologie a disposizione, sono tenuti ad assicurare la tracciabilità dei procedimenti rimessi alla propria competenza, mediante:

- a) la dematerializzazione dei flussi amministrativi, da tradursi non solo in riduzione del cartaceo, ma anche in razionalizzazione dei flussi informativi e trasparenza dei processi amministrativi, con conseguente individuazione degli ambiti di verifica degli atti amministrativi, al fine di consentire di monitorare lo "stato" di un atto, in modo da poter rispondere alle diverse sollecitazioni dei cittadini, dei fornitori, delle altre Amministrazioni, rilevando, con tempismo, le eventuali criticità che dovessero insorgere e le inefficienze che dovessero palesarsi;
- b) la semplificazione dei flussi documentali;
- c) la standardizzazione di tipologie di provvedimenti, mediante modelli e percorsi fruibili trasversalmente da tutta la struttura;
- d) la trasparenza del procedimento istruttorio di formazione dei provvedimenti amministrativi, in modo che sia anche assicurata la tracciabilità delle varie fasi, ossia che sia possibile rilevare, per ogni singola fase, il concorso e l'apporto degli operatori responsabili, considerato che le deliberazioni e le determinazioni, che sono lo strumento amministrativo ordinario dell'azione dell'Azienda, osservate in prospettiva dinamica di flusso procedurale, presentano elevati gradi di complessità per conseguire il perfezionamento finale e richiedono l'intervento di più soggetti, il presidio delle discipline normative e regolamentari su cui sono incardinate e, per quelle con rilevanza economica, l'uso delle risorse disponibili in bilancio.

La tracciabilità dei procedimenti è, altresì, misura ordinaria per garantire la effettività degli interventi organizzativi previsti dal presente piano della prevenzione della corruzione dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera.

Con la pubblicazione in Gazzetta ufficiale della legge di conversione (Legge n. 120/2020), del Decreto Semplificazione e Innovazione digitale (DL n. 76/2020), che, al Titolo III, contiene le previsioni normative per velocizzare il processo di trasformazione digitale del Paese, diviene operativo l'insieme di norme che ha il fine di ridisegnare la governance del digitale, accelerare la digitalizzazione dei servizi pubblici e semplificare i rapporti tra cittadini e pubblica amministrazione anche in ottica di diffusione della cultura dell'innovazione e superamento del divario digitale, con un'attenzione anche all'accesso agli strumenti informatici delle persone con disabilità.

Per rispondere alle esigenze di innovazione digitale, l'U.O. Innovazione Tecnologica predisporrà tutte le procedure necessarie per la concreta applicazione del decreto all'Azienda Sanitaria.

Entro il 28 febbraio 2021, tutte le amministrazioni sono tenute ad avviare il passaggio dalle diverse modalità di autenticazione online al Sistema Pubblico di Identità Digitale – SPID e alla Carta d'Identità Elettronica.

Da tale data le amministrazioni non potranno più rilasciare o rinnovare le vecchie credenziali. Potranno essere utilizzate le credenziali rilasciate in precedenza fino alla loro naturale scadenza e non oltre il 30 settembre 2021.

L'identificazione digitale è equiparata all'esibizione di un documento d'identità ed è estesa per l'accesso ai servizi dei concessionari pubblici e delle società a partecipazione pubblica.

## 3. Codice di Comportamento

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

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

Il Codice di Comportamento dell’ASM, aderente “sotto il profilo formale e sostanziale” alle normative e disposizioni vigenti come attestato dall’OIV con la nota prot. n° 20170046565 del 26/06/2017, integra il Codice di Comportamento Nazionale di cui al DPR n.62/2013 , è pubblicato sul sito aziendale, è consegnato a tutti i dipendenti al momento dell’assunzione in servizio, è oggetto di specifica sessione di formazione rivolta a tutti i dipendenti.

In relazione al contenuto dello stesso i Dirigenti per l’area di rispettiva competenza provvedono ad effettuare la “mappatura” e il “monitoraggio” dei doveri di comportamento connessi alla piena attuazione, da parte dei dipendenti, sul versante dei comportamenti soggettivi, delle misure oggettive e organizzative del PTPCT.

Con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020 l’Anac ha adottato le Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche. All’uopo, è in corso la revisione del Codice etico e del Codice di Comportamento, sulla base delle integrazioni suggerite dalle Linee Guida Anac, che prima dell’adozione sarà trasmesso all’O.I.V., per il prescritto parere obbligatorio. Salvo rallentamenti dovuti alla pandemia, si conta di adottare il Codice Etico e il Codice di Comportamento, revisionati, nel corso del 2021.

#### **4. Formazione**

La formazione ha da sempre rappresentato una delle principali misure di prevenzione indicate dall’ANAC.

Vista la sua importanza, l’incremento della formazione dei dipendenti, l’innalzamento del livello qualitativo e il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono obiettivo strategico per la prevenzione della corruzione all’interno dell’Azienda.

L’attività di formazione programmata dall’ASM, si sviluppa in due ambiti:

- a) uno generale, rivolto a tutti i dipendenti, mirato all’aggiornamento delle competenze e alle tematiche dell’etica e della legalità;
- b) uno specifico rivolto al RPCT, ai referenti e ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio, mirato a valorizzare le politiche, i programmi e gli strumenti utilizzati per la prevenzione e ad approfondire tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’amministrazione.

L’azione formativa sarà caratterizzata dall’essere intesa come formazione/intervento, orientata cioè su un taglio pratico e operativo volto all’esame di casi concreti contestualizzati e capace di costruire capacità tecniche e comportamentali nei dipendenti pubblici.

L’attività di formazione prevista nel presente piano 2021/2023, relativa all’anno 2021, è riportata nell’allegato “Piano di formazione in materia di anticorruzione e trasparenza”, da assumere all’interno della Pianificazione complessiva dell’attività formativa dell’Azienda.

#### **5. Conflitto di interessi**

Un aspetto rilevante in materia di prevenzione della corruzione è rappresentato dal “conflitto di interessi”: situazione nella quale la cura dell’interesse pubblico cui è preposto il funzionario potrebbe essere deviata per favorire il soddisfacimento di interessi contrapposti di cui sia titolare il medesimo funzionario direttamente o indirettamente.

L’ampiezza del tema si evince dall’inserimento delle ipotesi di conflitto di interesse in diverse norme che trattano aspetti differenti.

In particolare rileva:

- l’astensione del dipendente in caso di conflitto di interessi (art. 7 del DPR 62/2013 e art. 6-bis della Legge n. 241/1990);

- le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso enti privati in controllo pubblico (d.lgs. 8 aprile 2013, n.39);
- l'adozione dei codici di comportamento (art. 54, comma 2 del D.lgs. n. 165/2001);
- il divieto di pantouflage (art. 53, co. 16 -ter, del d.lgs. 165/2001);
- l'autorizzazione a svolgere incarichi extra istituzionali (art. 53 del d.lgs. 165/2001);
- l'affidamento di incarichi a soggetti esterni in qualità di consulenti (art. 53 del d.lgs. n. 165/2001).

Il PNA 2019 evidenzia che nel D.P.R. n. 62/2013, all'art. 14 rubricato "Contratti ed altri atti negoziali" sono contenute altre due fattispecie rilevanti quali ipotesi di conflitto di interesse:

- l'obbligo di astensione del dipendente nel caso in cui l'amministrazione concluda accordi con imprese con cui il dipendente stesso abbia stipulato contratti a titolo privato (ad eccezione di quelli conclusi ai sensi dell'art. 1342 del codice civile) o ricevuto altre utilità nel biennio precedente;
- l'obbligo di informazione a carico del dipendente nel caso in cui stipuli contratti a titolo privato con persone fisiche o giuridiche private con le quali abbia concluso, nel biennio precedente, contratti di appalto, finanziamento e assicurazione, per conto dell'amministrazione.

Il dipendente è tenuto a comunicare la situazione di conflitto al dirigente/superiore gerarchico per le decisioni di competenza in merito all'astensione.

L'Azienda, nell'intraprendere adeguate iniziative per dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, ha adottato il modello standard reso disponibile da AGENAS, per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Il modello è stato reso disponibile già dal 2016, dopo aver informato e formato tutto il personale dirigente.

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

Si procederà a sollecitare i Dirigenti per l'utilizzo della procedura AGENAS.

L'ipotesi del conflitto di interessi è stata descritta avendo riguardo alla necessità di assicurare l'indipendenza e la imparzialità nell'intera procedura relativa al contratto pubblico, qualunque sia la modalità di selezione del contraente. La norma ribadisce inoltre l'obbligo di comunicazione all'amministrazione/stazione appaltante e di astensione per il personale che si trovi in una situazione di conflitto di interessi.

## **6. Le inconferibilità ed incompatibilità di incarichi**

Il tema è disciplinato da svariate disposizioni tra cui di particolare rilievo quelle contenute nel D.lgs. 39/2013, nel D.lgs. 165/2001 (artt. 35 bis e 53), nel D.lgs. 502/1992 oltre che da disposizioni di legge o regolamentari su discipline specifiche.

Riguardo al settore sanitario il d. Lgs 39/2013, di fatto, riconosce un peculiare e speciale statuto in ordine alla disciplina delle inconferibilità e incompatibilità di incarichi; tale principio è, tra l'altro, suffragato dalla giurisprudenza amministrativa (cfr. sentenza del Consiglio di Stato, Sez. III, n.5583 del 12 novembre 2014; sentenza Tar Lazio, sez. I, n.12288 del 20.11.2020).

Ad ogni buon conto, la procedura di carattere generale per il conferimento e la conferma degli incarichi e la verifica delle dichiarazioni rese è effettuata in prima istanza dalla Direzione Strategica aziendale, con il supporto dell'U.O. Gestione Risorse Umane e dai Dirigenti per l'area di rispettiva competenza come di seguito indicato:

- preventiva acquisizione della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità o incompatibilità da parte del destinatario dell'incarico;
- successiva verifica delle dichiarazioni rese;
- conferimento dell'incarico in assenza di motivi ostativi certi al conferimento stesso;

- pubblicazione contestuale dell'atto di conferimento dell'incarico, ai sensi dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013, e della dichiarazione di insussistenza di cause di inconferibilità e incompatibilità, ai sensi dell'art. 20, co. 3, del d.lgs. 39/2013.

L'attività di verifica in materia di inconferibilità e incompatibilità è rimessa in seconda istanza al RPCT.

Nel caso in cui si appalesino situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi, ove la Direzione Strategica non provveda, il RPCT avvia un procedimento di accertamento e adotta o invita la Direzione Strategica ad adottare gli eventuali provvedimenti conseguenti.

Tutti i Direttori di UU.OO. sono tenuti ad informare la Direzione Strategica e il RPCT delle situazioni di inconferibilità e di incompatibilità di cui siano venuti comunque a conoscenza. La Direzione Strategica provvede all'eventuale rimozione dei soggetti interessati, in base alla segnalazione ricevuta o direttamente, laddove si tratti di fatti la cui conoscenza è diffusa o notoria (stampa).

#### **7. Conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti**

Il legislatore, in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi dirigenziali e assimilati ha individuato, anche con specifico riferimento alle Aziende Sanitarie:

- a) delle particolari ipotesi di inconferibilità di incarichi in relazione all'attività svolta dall'interessato in precedenza;
- b) delle situazioni di incompatibilità specifiche per i titolari di incarichi;
- c) delle ipotesi di inconferibilità di incarichi per i soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna per delitti contro la pubblica amministrazione.

L'obiettivo del complesso intervento normativo è tutto in una ottica di prevenzione. Infatti, la legge ha valutato ex ante e in via generale che:

- a) lo svolgimento di certe attività/funzioni può agevolare la preconstituzione di situazioni favorevoli per essere successivamente destinatari di determinati incarichi e, quindi, può comportare il rischio di un accordo corruttivo per conseguire il vantaggio in maniera illecita;
- b) il contemporaneo svolgimento di alcune attività, di regola, inquina l'azione imparziale della pubblica amministrazione costituendo un humus favorevole ad illeciti scambi di favori;
- c) in caso di condanna penale, anche se ancora non definitiva, è stabilito di evitare l'affidamento di determinati incarichi che comportano responsabilità con estensione del principio anche per specifiche aree a rischio di corruzione.

Con specifico riferimento alle Aziende Sanitarie, infatti, il decreto 39/2013 regola, tra l'altro, le ipotesi di inconferibilità degli incarichi ivi contemplati riconducibili alle seguenti diverse situazioni:

- a) incarichi a soggetti provenienti da enti di diritto privato regolati o finanziati dalle pubbliche amministrazioni;
- b) incarichi a soggetti che sono stati componenti di organi di indirizzo politico o candidati in competizioni elettorali;
- c) incarichi a soggetti che siano stati destinatari di sentenze di condanna, anche non definitive, per delitti contro la pubblica amministrazione.

In proposito, inoltre, il D. Lgs. 165/2001, in tema di Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni agli uffici, all'art. 35-bis, estende il principio, recitando testualmente:

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

*(.....)*

*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;*

*(.....)".*

Ed infine, l'art. 53, 1-bis del medesimo decreto, riguardo l'incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi, stabilisce che *“Non possono essere conferiti incarichi di direzione di strutture deputate alla gestione del personale a soggetti che rivestano o abbiano rivestito negli ultimi due anni cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali o che abbiano avuto negli ultimi due anni rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni”*.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del D. Lgs. n. 39/2013.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata. Per il caso in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine, non fossero note all'amministrazione e si appalesassero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Amministrazione conferente è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera verifica la sussistenza di eventuali condizioni ostative in capo ai dipendenti e/o soggetti cui l'organo di indirizzo politico intende conferire incarico all'atto del conferimento degli incarichi.

Le condizioni ostative sono quelle previste nel D. Lgs. 39/2019, oltre alle ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive.

L'accertamento avviene mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445/ 2000: dichiarazione sostitutiva che deve essere pubblicata sul sito dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013).

Se all'esito della verifica risulta la sussistenza di una o più condizioni ostative, l'Azienda si astiene dal conferire l'incarico e provvede a conferire l'incarico nei confronti di altro soggetto, ovvero a segnalare la situazione ostativa all'organo politico che deve conferire l'incarico. In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 D. Lgs. n. 39/2013, l'incarico è nullo e si applicano le sanzioni di cui all'art. 18 del medesimo decreto.

A tal fine, il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane è tenuto ad assicurare che i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di inconferibilità all'atto del conferimento dell'incarico. L'U.O., per i nuovi incarichi, provvede, altresì, agli opportuni adempimenti di verifica presso gli enti preposti (cfr. pag. 14).

## **8. Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali**

Per "incompatibilità" si intende "l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico".

Oltre alle ulteriori situazioni di conflitto di interesse o cause impeditive stabilite da leggi e regolamenti, specifiche situazioni di incompatibilità per le Aziende sanitarie sono previste nei Capi V e VI del D. Lgs. n. 39/2013.

A differenza che nel caso di inconferibilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra di loro.

Se si riscontra nel corso del rapporto una situazione di incompatibilità, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua una contestazione all'interessato e la causa deve essere rimossa entro 15 giorni; in caso contrario, la legge prevede la decadenza dall'incarico e la risoluzione del contratto di lavoro autonomo o subordinato (art. 19 D. Lgs. n. 39/2013).

Il controllo deve essere effettuato:

- a) all'atto del conferimento dell'incarico;
- b) annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento. Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione contesta la circostanza all'interessato e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, la Direzione aziendale, con il supporto dell'U.O. Gestione Risorse Umane, è tenuto ad assicurare che i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto (con cadenza annuale).

Le situazioni di incompatibilità (d. lgs. n. 39 del 2013) sono contestate dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

In linea con quanto previsto dall'art. 1, comma 1, e dall'art. 19, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, il collocamento in aspettativa o fuori ruolo del dipendente, ove previsti dalla normativa, consente di superare l'incompatibilità.

In riferimento all'art. 20, comma 2, del d.lgs. n. 39/2013, i soggetti interessati sono tenuti a rendere la dichiarazione sull'insussistenza delle cause di incompatibilità annualmente nel termine stabilito da ciascun ente.

La dichiarazione deve altresì essere resa tempestivamente all'insorgere della causa di incompatibilità, al fine di consentire l'adozione delle conseguenti iniziative da parte dell'Azienda.

La dichiarazione sostitutiva sull'insussistenza di cause di incompatibilità, resa dai soggetti interessati, deve essere pubblicata sul sito istituzionale dell'Azienda (art. 20 D. Lgs. n. 39/2013).

In riferimento agli incarichi dirigenziali, la dichiarazione annuale di incompatibilità è resa, di norma, dai dirigenti interessati entro il 30 aprile di ogni anno con la trasmissione della dichiarazione sottoscritta e di un documento d'identità in corso di validità alla mail [trasparenza@asmbasilicata.it](mailto:trasparenza@asmbasilicata.it). Per i dirigenti titolari di nuovi incarichi, la U.O.C. Gestione Risorse Umane provvede agli opportuni adempimenti di verifica presso gli Enti preposti.

Se la situazione di incompatibilità si appalesa nel corso del rapporto, ove la Direzione Strategica non provveda, il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua la contestazione nei confronti dell'interessato e lo stesso deve essere rimosso dall'incarico o assegnato ad altro ufficio.

Tutti i Direttori di UU.OO. sono tenuti ad informare la Direzione Strategica della situazione di cui siano venuti comunque a conoscenza. La Direzione Strategica provvede all'eventuale rimozione dei soggetti interessati, in base alla segnalazione ricevuta o direttamente, laddove si tratti di fatti la cui conoscenza è diffusa o notoria (stampa).

Per l'anno 2021 si disporrà la verifica delle dichiarazioni rese da parte di tutti i dirigenti tenuti alle dichiarazioni e all'eventuale segnalazione delle inadempienze alla Direzione per l'eventuale adozione di provvedimenti disciplinari.

Nel 2021 si procederà, altresì, ad una verifica a campione per categoria di incarico, sulla veridicità delle dichiarazioni rese e quindi sulla presenza di eventuali situazioni di incompatibilità, attraverso procedure di controllo.

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

Il cumulo in capo ad un medesimo dirigente o funzionario di incarichi conferiti dall'Azienda può comportare il rischio di un'eccessiva concentrazione di potere su un unico centro decisionale.

La concentrazione del potere decisionale aumenta il rischio che l'attività amministrativa possa essere indirizzata verso fini privati o impropri determinati dalla volontà del dirigente stesso.

Inoltre, lo svolgimento di incarichi, soprattutto se extra-istituzionali, da parte del dirigente o del funzionario può realizzare situazioni di conflitto di interesse che possono compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa, ponendosi altresì come sintomo dell'evenienza di fatti corruttivi.

In ragione della connessione con il sistema di prevenzione della corruzione della disciplina per lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti pubblici, la Legge n. 190/2012 è intervenuta a modificare l'art. 53 del D.lgs. n.165/2001.

Tale fattispecie è particolarmente rilevante, tanto è vero che all'interno del D.lgs. n.33/2013, l'art. 18 disciplina le modalità di pubblicità degli incarichi autorizzati ai dipendenti dell'amministrazione.

Alle previsioni della legge n. 190/2012 - che sono intervenute a modificare il regime dello svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti pubblici contenuto nell'art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001 - si aggiungono le prescrizioni contenute nella precedente normativa, tra cui, in particolare, la disposizione contenuta nel comma 58 bis dell'art. 1 della L. n. 662/1996, che stabilisce che: "Ferma restando la valutazione in concreto dei singoli casi di conflitto di interesse, le amministrazioni provvedono, con decreto del Ministro competente, di concerto con il Ministro per la funzione pubblica, ad indicare le attività che in ragione della interferenza con i compiti istituzionali, sono comunque non consentite ai dipendenti con rapporto di lavoro a tempo parziale con prestazione lavorativa non superiore al 50 per cento di quella a tempo pieno".

Per quel che concerne l'Azienda Sanitaria Locale di Matera trova, in proposito, applicazione la norma della L. n. 190/2012 che stabilisce che - attraverso intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma I, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 - si definiscono gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, con particolare riguardo all'adozione, da parte di ciascuna amministrazione, di norme regolamentari relative all'individuazione degli incarichi vietati ai dipendenti pubblici di cui all'articolo 53, comma 3-bis, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, introdotto dall'art. 1 comma 42, lettera a) della legge n. 190/2012, ferma restando la disposizione del comma 4 dello stesso articolo 53.

In materia, l'intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013) ha previsto che al "fine di supportare gli enti in questa attività, è costituito un tavolo tecnico presso il Dipartimento della funzione pubblica con i rappresentanti delle regioni e degli enti locali con l'obiettivo di analizzare le criticità e stabilire dei criteri che possono costituire un punto di riferimento per le regioni e gli enti locali.

Gli enti sono tenuti ad adottare i previsti regolamenti entro 90 giorni dalla conclusione dei lavori, i cui risultati saranno adeguatamente pubblicizzati, e comunque non oltre 180 giorni dalla data di adozione della presente Intesa." Il presente P.T.P.C.T. recepisce dinamicamente la regolamentazione aziendale dinanzi richiamata.

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

Sarà effettuata, a cura dell'Ufficio Giuridico, una rilevazione delle richieste più frequenti di incarichi extraistituzionali a seguito della procedura per la presentazione della richiesta e il rilascio dell'autorizzazione la cui istruttoria è orientata anche all'apprezzamento dell'opportunità di crescita professionale, culturale e scientifica nonché di valorizzazione di un'opportunità personale che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali ordinarie da parte del dipendente.

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

La L. n. 190/2012 - in materia di Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione - ha ex novo introdotto anche delle misure di prevenzione di carattere soggettivo, con le quali la tutela è anticipata al momento di individuazione degli organi che sono deputati a prendere decisioni e ad esercitare il potere nelle amministrazioni. Tra queste, l'art. 35 bis, inserito nell'ambito del D. Lgs. n. 165/2001, pone delle condizioni ostative per la partecipazione a commissioni di concorso o di gara e per lo svolgimento di funzioni direttive in riferimento agli uffici considerati a più elevato rischio di corruzione.

Il citato articolo 35-bis stabilisce per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, il divieto:

- di far parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;
- di essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, alla concessione o all'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzioni di vantaggi economici a soggetti pubblici o privati;

- di far parte di commissioni di gara per l'affidamento di lavori, servizi e forniture, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.

Ulteriore elemento da tenere in considerazione rispetto all'inconferibilità disciplinata dall'art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001 è la sua durata illimitata, ciò in ragione della loro natura di misure di natura preventiva e della lettura in combinato degli artt. 25, co. 2, Cost. e 2, co. 1, c.p.

Inoltre, il D. Lgs. n. 39/2013 ha previsto un'apposita disciplina riferita alle inconferibilità di incarichi dirigenziali e assimilati (art. 3), riproducendo per la categoria dei dirigenti il disposto dell'art. 35-bis del D.lgs. n. 165/2001.

Gli atti ed i contratti posti in essere in violazione delle limitazioni sono nulli ai sensi dell'art. 17 del D. Lgs. n. 39/2013. A carico dei componenti di organi che abbiano conferito incarichi dichiarati nulli sono applicate le specifiche sanzioni previste dall'art. 18 del medesimo decreto.

Se la situazione di inconferibilità si appalesa nel corso del rapporto, ove la Direzione Strategica non provveda, il Responsabile della prevenzione della corruzione provvede ad effettuare le sollecitazioni del caso, a valle delle quali informa l'OIV e le autorità competenti dell'inerzia dell'Amministrazione.

In proposito, i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) e il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche -in presenza di situazioni di specie – sono tenuti ad assicurare la verifica della sussistenza di eventuali precedenti penali a carico dei dipendenti e/o dei soggetti cui si intende conferire incarichi nelle seguenti circostanze:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- b) all'atto del conferimento degli incarichi dirigenziali riferiti alle arre indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001;
- c) al conferimento degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013;
- d) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici che presentano le caratteristiche indicate dall'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001.

Tutti i Direttori di UU.OO. sono tenuti ad informare la Direzione Strategica della situazione di cui siano venuti comunque a conoscenza. La Direzione Strategica provvede all'eventuale rimozione dei soggetti interessati, in base alla segnalazione ricevuta o direttamente, laddove si tratti di fatti la cui conoscenza è diffusa o notoria (stampa).

L'accertamento sui precedenti penali avviene mediante acquisizione d'ufficio ovvero mediante dichiarazione sostitutiva di certificazione resa dall'interessato nei termini e alle condizioni dell'art. 46 del d.P.R. n. 445/2000 (art. 20 d.lgs. n. 39/2013). Se all'esito della verifica risultano a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione, l'Azienda:

- a) si astiene dal conferire l'incarico o dall'effettuare l'assegnazione,
- b) applica le misure previste dall'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013,
- c) provvede a conferire l'incarico o a disporre l'assegnazione nei confronti di altro soggetto.

In caso di violazione delle previsioni di inconferibilità, secondo l'art. 17 del d.lgs. n. 39, l'incarico è nullo.

A tal fine, i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) e il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda, in base alla rispettiva competenza, nonché tutti i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche sono tenuti, in presenza di situazioni di specie:

- a) a effettuare i controlli sui precedenti penali ed a porre in essere le determinazioni conseguenti in caso di esito positivo del controllo;
- b) a proporre al Direttore Generale gli atti necessari per adeguare i propri regolamenti sulla formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di concorso.

In caso di inerzia della Direzione Strategica Aziendale, le situazioni di inconferibilità sono contestate dal Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ente che ha conferito l'incarico dirigenziale.

### **11. Patti di integrità**

A norma dell'art. 1, comma 17, della Legge n. 190/2012, le stazioni appaltanti possono predisporre e utilizzare i patti di integrità, da far sottoscrivere agli operatori economici partecipanti alla gara e prevedendo specifiche clausole secondo cui il mancato rispetto del protocollo di legalità o patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

I patti di integrità rappresentano un sistema di condizioni la cui accettazione e presupposto necessario e condizionante la partecipazione delle imprese alla specifica gara, finalizzate ad ampliare gli impegni cui si obbliga il concorrente, sia sotto il profilo temporale - nel senso che gli impegni assunti dalle imprese rilevano sin dalla fase precedente alla stipula del contratto di appalto - sia sotto il profilo del contenuto – nel senso che si richiede all'impresa di impegnarsi, non tanto e non solo alla corretta esecuzione del contratto di appalto, ma soprattutto ad un comportamento leale, corretto e trasparente, sottraendosi a qualsiasi tentativo di corruzione o condizionamento dell'aggiudicazione del contratto.

Già dal 2014 (deliberazione n. 439 del 4.04.2014) è in attuazione la misura di cui all'art. 1 c. 17 della L. 190/2012 finalizzata all'utilizzo di Patti di Integrità, ed è stato approvato il documento "Tipo" quale "Patto di Integrità" in uso all'ASM di Matera.

### **12. Whistleblowing**

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

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

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

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

### **13. Rotazione del Personale**

Alla luce delle indicazioni contenute nel PNA 2016, con specifico riferimento al settore Sanità, confermate e integrate da quelle contenute nel PNA 2019, l'ASM ha adottato il Regolamento della rotazione degli incarichi.

Sono comunque sempre applicabili, da parte dei dirigenti per le singole arre di riferimento, le misure alternative e/o aggiuntive alla rotazione tese a una maggiore e rafforzata trasparenza interna come, ad esempio, la condivisione di più modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione alle attività delle rispettive strutture (a titolo esemplificativo: affiancamento al funzionario istruttore di uno o più funzionari, in modo che, ferma restando l'unitarietà del procedimento ai fini dell'interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni e le decisioni finali; attuazione da parte del dirigente di una articolazione dei compiti e delle competenze in modo da evitare la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto -c.d. segregazione delle funzioni-.)

La rotazione tuttavia rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire da un lato alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, elevando il livello di professionalità dello stesso in relazione alle capacità potenziali e future, e dall'altro ad elevare le capacità professionali

complessive dell'Amministrazione, senza che ciò determini inefficienze e malfunzionamenti. Con l'attuazione della rotazione, pertanto, si possono determinare effetti positivi sia a favore dell'Amministrazione sia a favore del dipendente al quale si offre l'opportunità di accumulare esperienze in ambiti diversi, perfezionando le proprie capacità e occasioni di progresso nella carriera. Per le considerazioni di cui sopra, la rotazione viene considerata uno strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane.

#### **14. La rotazione “straordinaria”**

L'istituto della rotazione “straordinaria”, che non si associa in alcun modo alla rotazione “ordinaria”, è previsto dall'art. 16, co. 1, lett. l-quater) del d.lgs.n. 165/2001, come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione “del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”.

L'ANAC con la deliberazione n. 215/2019 ha provveduto a fornire indicazioni in ordine alle modalità di applicazione dell'istituto.

L'Amministrazione, nel valutare l'applicabilità della rotazione straordinaria deve verificare la sussistenza dei seguenti presupposti:

- reati presupposto per l'applicazione della misura, così come individuati dalla Delibera ANAC 215/2019, ovvero gli articoli 317, 318, 319, 319-bis, 319-ter, 319-quater, 320, 321, 322, 322-bis, 346-bis, 353 e 353-bis del codice penale;
- avvio del “procedimento penale” nei confronti del dipendente, quale momento iniziale la cui conoscenza è necessaria per l'adozione di un provvedimento motivato di eventuale applicazione della misura. In considerazione del momento iniziale, sussiste il dovere in capo ai dipendenti dell'ASM, qualora fossero interessati da procedimenti penali, di segnalare immediatamente all'amministrazione l'avvio di tali procedimenti.
- esistenza di una condotta qualificabile come “corruttiva ai sensi dell'art. 16 comma 1 lett. l-quater del D. Lgs. 165/2001.

In presenza degli elementi sopra descritti il Direttore Generale adotta obbligatoriamente un provvedimento motivato ai fini dell'eventuale applicazione della misura, di carattere non sanzionatorio, della rotazione straordinaria.

L'adozione del provvedimento è facoltativa nei casi di procedimenti penali avviati per altri reati contro la P.A. di cui al Capo I del Titolo II del Libro Secondo del C.P. e dei reati rilevanti ai fini delle inconferibilità.

Resta ferma la necessità, da parte dell'Amministrazione, prima dell'avvio del procedimento di rotazione, dell'acquisizione di sufficienti informazioni atte a valutare l'effettiva gravità del fatto ascritto al dipendente ai fini della tutela dell'immagine di imparzialità dell'Amministrazione.

#### **15. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage - revolving doors)**

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

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

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

La disposizione stabilisce che i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del D. Lgs. 165/2001 non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

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

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

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

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

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

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

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

- a) il Direttore dell'U.O. Gestione Risorse Umane dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera è tenuto ad assicurare che nei contratti di assunzione del personale sia inserita la clausola che prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente;
- b) i Direttori delle UU.OO. Provveditorato ed Attività Tecnica (Acquisizione Beni e Servizi dell'Azienda Sanitaria Locale di Matera) sono tenuti ad assicurare che nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, sia inserita la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto della Azienda nei loro confronti per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- c) all'esatto rispetto di tale previsione sono tenuti tutti gli altri Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, in presenza di analoghi procedimenti amministrativi ascritti alla loro responsabilità;
- d) è disposta l'esclusione dalle procedure di affidamento nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;
- e) è fornita tempestiva informativa dei fatti al Direttore dell'U.O. Affari Generali e Legali dell'Azienda, affinché si agisca in giudizio per ottenere il risarcimento del danno nei confronti degli ex dipendenti per i quali sia emersa la violazione dei divieti contenuti nell'art. 53, comma 16 ter, D. Lgs. n. 165/2001.

Con il presente Piano si prevede che annualmente debbano essere seguite procedure di controllo a campione, a cura delle UU.OO. competenti.

## 16. Monitoraggio P.T.P.C.T.

A far data dal 2016 è stato sviluppato in house un software per il monitoraggio dell'attuazione delle misure in uso presso l'ASM. Ogni dirigente responsabile ha ricevuto una password per l'accesso e può indicare la percentuale di realizzazione della misura e la motivazione di eventuale scostamento oltre che la possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle.

In seguito agli audit intervenuti nel corso del 2020 si è provveduto ad aggiornare il registro dei processi e le connesse misure di prevenzione.

Per i Dirigenti delle U.O. considerate a rischio, al fine di migliorare l'individuazione degli indicatori utili ad una valutazione oggettiva dell'attuazione delle misure, per una maggiore efficacia del sistema, sarà svolta una specifica azione di formazione/intervento nel corso del 2021.

## 17. Indicatori di Efficacia delle Misure

In ordine alla individuazione di indicatori di efficacia delle misure negli anni precedenti è stata utilizzata la modalità della comunicazione semestrale ai Dirigenti delle UU.OO. con la quale si chiede conto dell'attuazione delle misure e relativi adempimenti del PTPC; In ordine alla verifica dell'efficacia della misura e capacità di adeguamento, un primo riscontro si ottiene in sede di aggiornamento del PTPC quando i Dirigenti rispondono alla richiesta sulla necessità di modificare o meno le misure adottate. A far data dalla fine del 2016, inoltre, con l'introduzione del software di monitoraggio, il riscontro (quale indicatore), è avvenuto attraverso la verifica dello stato di attuazione ed adempimento del PTPC; il software richiede l'indicazione della percentuale di attuazione della misura e motivazione di eventuale scostamento, oltre alla possibilità di comunicare al RPC la necessità di implementare, variare, eliminare o altra azione da compiere in relazione alla misura stessa.

Dal 2020 è stata introdotta l'utilizzazione dello strumento delle audizioni dei referenti e dei loro collaboratori per verificare la gradazione del rischio per singoli processi e per individuare le misure di prevenzione da assegnare per ciascun processo. In occasione degli audit si procede anche ad una valutazione dell'efficacia delle misure e degli eventuali accorgimenti o implementazioni di nuovi modelli per ampliare l'efficacia dei sistemi di prevenzione della corruzione.

## 18. Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera svolge le sue attività nell'osservanza dei principi di centralità della persona, uguaglianza ed imparzialità, continuità, trasparenza, equità, diritto di scelta, efficienza, efficacia e partecipazione, così come puntualizzati nel piano aziendale della trasparenza e dell'integrità, utilizzando come criteri metodologici quelli della correttezza dell'azione amministrativa, della formazione continua, della comunicazione, della applicazione della metodologia continua della qualità, della semplificazione dell'azione amministrativa, della legalità ed integrità, della lealtà e del rispetto della privacy.

Il sistema di garanzie introdotto dal P.T.P.C.T. si fonda sul ruolo attivo del cittadino ed implica un rapporto equo e costante tra Azienda e cittadini.

La partecipazione attiva del cittadino ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso una efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale il cittadino partecipa alla progettazione ed al controllo della pubblica amministrazione.

L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami costituisce l'azione concretamente messa in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire anche la effettività delle misure preventive del P.T.P.C.T..

Le azioni di cui ai periodi che precedono sono attuate dal Responsabile U.O. URP Ufficio Relazioni con il Pubblico.

Il Responsabile dell'U.O. Ufficio Relazioni con il Pubblico dell'Azienda attua e adegua misure di sensibilizzazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità.

Al fine di migliorare ed implementare la strategia di prevenzione della corruzione, nonché la complessiva efficacia dell'azione aziendale, l'Azienda utilizza canali di ascolto in chiave propositiva da parte dei portatori di interesse e dei rappresentanti delle categorie di utenti e di cittadini rispetto all'azione dell'amministrazione.

### 19. Misure ulteriori per la prevenzione della corruzione

L'Azienda Sanitaria Locale di Matera pone in essere le azioni e introduce ed implementa le misure che si configurano come obbligatorie, in quanto disciplinate direttamente dalla legge, nonché introduce e sviluppa - per le aree di rischio interessate - misure ulteriori, ritenute necessarie e utili per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, tenuto conto del particolare contesto di riferimento.

L'individuazione e la valutazione delle misure è compiuta di concerto tra il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e i dirigenti per le aree di competenza, nel corso di specifici audit.

La individuazione e la scelta delle misure ulteriori è la risultante di un processo di costante confronto, basato sul coinvolgimento dei titolari del rischio, ossia dei soggetti che hanno la responsabilità e l'autorità per gestire il rischio.

Nella valutazione delle misure ulteriori sono esaminati i costi stimati, l'impatto sull'organizzazione ed il grado di efficacia che si attribuisce a ciascuna di esse.

Il presente P.T.P.C.T. disciplina anche la tempistica per l'introduzione e per l'implementazione delle anzidette misure ulteriori.

Tra le misure ulteriori previste dal presente P.T.P.C.T. sono presenti:

- a) la programmazione dell'attività di controllo del Nucleo Ispettivo Interno.
- b) la previsione della presenza di più funzionari in occasione dello svolgimento di procedure o procedimenti "sensibili", anche se la responsabilità del procedimento o del processo è affidata ad un unico funzionario; misura da attuarsi da parte dei Responsabili di tutte le articolazioni aziendali, centrali e periferiche, a vario titolo competenti.
- c) il Monitoraggio dell'attività circa gli di "orari di disponibilità" dell'U.O. Gestione Risorse Umane – Ufficio U.P.D. durante i quali i funzionari addetti sono disponibili ad ascoltare ed indirizzare i dipendenti dell'Azienda su situazioni o comportamenti, al fine di prevenire la commissione di fatti corruttivi e di illeciti disciplinari (art. 15, comma 3, D.P.R. n. 62/2013); misura da attuarsi da parte dei dirigenti che compongono l'U.P.D.
- d) il Monitoraggio e l'implementazione, nell'ambito delle strutture esistenti della rete U.R.P. dell'Azienda, degli uffici per curare il rapporto con le associazioni e le categorie di utenti esterni (canali di ascolto), in modo da raccogliere suggerimenti, proposte sulla prevenzione della corruzione e segnalazioni di illecito, e veicolare le informazioni agli uffici aziendali competenti.
- e) lo svolgimento di incontri e riunioni periodiche tra dirigenti competenti in settori diversi per finalità di aggiornamento sull'attività dell'Azienda, circolazione delle informazioni e confronto sulle soluzioni gestionali.

Tutte le misure di prevenzione della corruzione (generali, ulteriori e specifiche) previste e relative ad ogni processo, come specificato nel registro dei processi, sono state classificate secondo la classificazione indicata nel PNA 2019.

## 16. MONITORAGGIO E RIESAME

### Definizione del processo di monitoraggio sull'implementazione del P.T.P.C.T.

La gestione del rischio si completa con la successiva azione di monitoraggio, che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle azioni di risposta ossia delle misure di prevenzione introdotte.

Il P.T.P.C.T. individua il sistema di monitoraggio sull'implementazione delle misure e definisce un sistema di reportistica per consentire al Responsabile della prevenzione della corruzione di monitorare costantemente "l'andamento dei lavori" e di intraprendere le iniziative più adeguate nel caso di scostamenti.

A supporto è stato predisposto un apposito applicativo informatico per il monitoraggio del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione già dal 2016.

L'utilizzo dell'applicativo è andato a regime nell'anno 2017 e consente, laddove utilizzato, di verificare lo stato di attuazione del Piano e la corrispondente applicazione delle misure proposte nonché la loro percentuale di realizzazione. I Responsabili e/o loro delegati delle Unità Operative hanno la possibilità di accedere all'applicativo nella Intranet Aziendale. Con detto software dunque si è dotati di uno strumento a disposizione dei singoli dirigenti che consente agli stessi di riferire sullo stato di attuazione delle misure attraverso l'indicazione di una percentuale di realizzazione e della motivazione di eventuale mancata completa attuazione, oltre che alla possibilità di interloquire con il RPC in ordine all'adeguatezza ed efficacia delle misure adottate o dell'opportunità di modificarle, integrarle o implementarle. Questa fase è finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e, quindi, alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione. Essa è attuata dai medesimi soggetti che partecipano all'intero processo di gestione del rischio.

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

Dal 2020 è utilizzato lo strumento delle audizioni con i Direttori di UU.OO. e i loro collaboratori, con la finalità di migliorare l'attuazione del monitoraggio riducendo al minimo i rischi da autoreferenzialità.

Il sistema di audit programmato e ciclo rotatorio pluriennale per le aree a rischio sarà oggetto di utilizzazione anche nel 2021.

### Individuazione delle modalità per operare l'aggiornamento del P.T.P.C.T.

Il P.T.P.C.T. è adottato entro il 31 gennaio di ciascun anno ed è pubblicato sul sito istituzionale con indicazione del Link nella Sezione "Amministrazione Trasparente - Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione" oltre che sulla piattaforma on line sul sito istituzionale dell'ANAC al fine di consentire la vigilanza dell'ANAC ai sensi dell'art. 1, co. 2, lett. f), della L. 190/2012 e smi.

L'aggiornamento annuale del Piano deve tener conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- normative sopravvenute che modificano le finalità istituzionali dell'Azienda, mediante - a titolo esemplificativo - la acquisizione di nuove competenze;
- emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del P.T.P.C.T.;
- nuovi indirizzi o direttive contenuti nel P.N.A.

L'aggiornamento segue la stessa procedura seguita per l'adozione del presente P.T.P.C.T.

## 17. CONSULTAZIONE E COMUNICAZIONE

L'Azienda trasmette al Dipartimento della Funzione Pubblica ([www.funzionepubblica.it](http://www.funzionepubblica.it)) il Piano della Prevenzione della Corruzione.

### Gestione ed uso dei dati raccolti in materia di prevenzione della corruzione

La fase “consultazione e comunicazione” integra l’efficacia del sistema di gestione del rischio. Questa fase riveste un ruolo trasversale e contestuale a tutte le attività che sono state precedentemente esaminate e si compone di due principali attività:

- Attività di coinvolgimento dei soggetti interni (personale, organo di vertice, OIV ecc.) ed esterni (cittadini, associazioni, altre istituzioni, ecc.) ai fini del reperimento delle informazioni necessarie alla migliore personalizzazione della strategia di prevenzione della corruzione dell’amministrazione;
- Attività di comunicazione (interna ed esterna) delle azioni intraprese e da intraprendere, dei compiti e delle responsabilità di ciascuno e dei risultati attesi.

I dati acquisiti ai sensi del P.T.P.C.T. sono utilizzati dall'Azienda per lo svolgimento delle competenze istituzionali. L'Azienda elabora i dati rilevanti e pubblica un report riepilogativo dell’attività svolta redatto sulla base della scheda fornita dall’ANAC, predisposto dal Responsabile della prevenzione della corruzione. Le risultanze del report sono utilizzate dall'Azienda al fine di:

- a) valutare l'adeguatezza del P.T.P.C.T.;
- b) valutare lo stato di diffusione del Codice di comportamento aziendale;
- c) valutare la percezione della corruzione e del valore dell'integrità;
- d) promuovere iniziative di diffusione delle migliori pratiche per l'implementazione di sistemi di prevenzione più efficienti;
- e) proporre aggiornamenti o modifiche del P.T.P.C.T.;
- f) intraprendere le iniziative regolamentari e/o amministrative più adeguate in relazione alle aree a maggior rischio in base al monitoraggio.