



Servizio Sanitario Regionale Basilicata  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

NUMERO 2015/00035

DEL 27/01/2015

Collegio Sindacale il 27/01/2015

**OGGETTO**

Adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017 e del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017 (All.1) - Relazione annuale sull'attuazione del PTPC 2014-2016 ( All.2 e 3)

Struttura Proponente

Internal Audit ed Attività Ispettive

Documenti integranti il provvedimento:

Descrizione Allegato	Pagg.	Descrizione Allegato	Pagg.
PTPC e Programma per la Trasparenza 2015	101		

Uffici a cui notificare

--	--

**CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE**

La presente è stata pubblicata ai sensi dell'Art.32 della L.69/2009 all'Albo Pretorio on-line in data 27/01/2015

La presente diviene eseguibile ai sensi dell'art.44 della L.R. n.39/2001 e ss.mm.ii

Immediatamente

Dopo 5 gg dalla pubblicazione all'Albo

Ad avvenuta approvazione regionale

**Premessa e richiamata** la Legge n. 190/2012 (di seguito, Legge) recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”, con cui sono stati introdotti importanti strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo ed individuati i soggetti preposti ad adottare ogni adeguata iniziativa in materia;

**Vista** la Circolare n.1 del 25 gennaio 2013 con cui il Dipartimento della funzione pubblica ha dettato le prime disposizioni applicative della Legge e contenente precisazioni in ordine alle competenze affidate dalla Legge ai vari soggetti istituzionali ed alle modalità di individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione, con particolare riferimento ai compiti allo stesso ascriviti;

**Viste** le Linee d’indirizzo del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto alla corruzione e all’illegalità, dettate per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione;

**Richiamati** i decreti attuativi della Legge:

- il decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

- il decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190;

- il DPR n. 62 del 16 aprile 2013 Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

**Vista** l’Intesa tra Governo Regioni ed Enti Locali per l’attuazione dell’art. 1, commi 60 e 61, della Legge n. 190/2012;

**Vista** la Sentenza del Consiglio di Stato n. 05583/2014, con cui si esclude l’incompatibilità tra l’incarico di dirigente medico titolare di struttura complessa e la carica di componente di organo di indirizzo politico;

**Richiamate:**

**1)** la deliberazione aziendale n. 219 del 15/04/2013 con cui si è provveduto alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione nella persona della dott.ssa Beatrice Nolè, già Direttore della U.O.C. Area di Staff Internal Audit e Attività Ispettive;

**2)** la deliberazione aziendale n. 222 del 16/04/2013 con cui si è stato nominato Responsabile della Trasparenza il Dott. Antonio Bavusi, già Dirigente Responsabile della U.O.S. Comunicazione e Relazioni esterne;

**Vista** la deliberazione n. 756 del 18/12/2013, con cui è stato adottato il Codice di Comportamento dei dipendenti;

**Ritenuto** di dover procedere all’aggiornamento del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016, approvato con deliberazione n.44 del 30/01/2014, anche alla luce delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall’A.N.AC, oltre che sulla base dell’esperienza maturata nel 2014;

**Ritenuto**, altresì, di dover aggiornare il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2014-2016, approvato con citata deliberazione n. n.44 del 30/01/2014;

**Vista** la proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, predisposta dal Responsabile della prevenzione della corruzione, Dott.ssa Beatrice Nolè e la proposta di Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2015-2017, predisposta dal Responsabile della Trasparenza, Dott. Antonio Bavusi, Programma allegato al Piano di prevenzione della corruzione (ALL. 1);

**Considerato** che al Piano va anche allegata la Relazione annuale sull'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016, redatta dal Responsabile della prevenzione della corruzione per l'anno 2014, ai sensi dell'art.1, comma 14 della Legge n. 190/2012, e pubblicata sul sito web aziendale, sia nel formato excel fornito dall' ANAC ( ALL. 2), sia anche in formato word (ALL.3);

**Ritenuto** che la predetta proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017 (All.1) e la Relazione Annuale 2014(All. 2 e All.3) allegati alla presente deliberazione e parte integrante e sostanziale della stessa, siano suscettibili di approvazione;

**Rilevato** che il Piano potrà essere modificato e/o integrato in applicazione degli indirizzi espressi dalle autorità e dagli organi di cui alla Legge.

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

### DELIBERA

- di **approvare** il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017(All.1) e la Relazione Annuale 2014 (All. 2 e 3), allegati alla presente deliberazione costituendo parte integrante e sostanziale della stessa;
- di **pubblicare** detto Piano, comprensivo degli ALL. 1, 2 e 3, sul sito web aziendale nelle apposite sezioni dedicate all'anticorruzione e alla trasparenza;
- di **trasmettere** copia del Piano al Dipartimento della funzione pubblica in osservanza di quanto disposto all'art.1, comma 8 della Legge n. 190,;
- di rilevare che il Piano in questione potrà essere modificato e/o integrato in applicazione degli indirizzi espressi dalle autorità e dagli organi di cui alla Legge.

Il presente atto è immediatamente eseguibile.

---

L'Istruttore

---

Il Responsabile Unico del Procedimento

Beatrice Nolè

---

Il Dirigente Responsabile dell'Unità Operativa

*Francesco Negrone*

*Giovanni Battista Bochicchio*

*Cristiana Mecca*

---

Il Direttore Sanitario  
Francesco Negrone

---

Il Direttore Generale  
Giovanni Battista Bochicchio

---

Il Direttore Amministrativo  
Cristiana Mecca

Tutti gli atti ai quali è fatto riferimento nella premessa e nel dispositivo della deliberazione sono depositati presso la struttura proponente, che ne curerà la conservazione nei termini di legge.

**AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA- ASP**

**Legge n. 190 del 6/11/2012**

**Piano triennale di prevenzione della corruzione  
2015-2016-2017**

## 1 PREMESSA

In attuazione della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione, adottata dall'Assemblea Generale dell'O.N.U. il 31 ottobre 2003 e ratificata con legge 3 agosto 2009 n.116, **la legge 6 novembre 2012, n. 190 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”** introduce numerosi strumenti per la prevenzione e la repressione del fenomeno corruttivo, individuando anche i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia. La legge 190/2012 è entrata in vigore il 28 novembre 2012.

I soggetti istituzionali cui è demandata l'attuazione della norma sono i seguenti:

1. **il Comitato Interministeriale**, che ha il compito di fornire le linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione;
2. **il Dipartimento della Funzione Pubblica**, che opera come soggetto promotore delle strategie di prevenzione e coordinatore della loro attuazione, e a cui compete la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione ( art.1, comma 4 della legge 190/2012);
3. **l'A.N.AC (ex C.I.V.I.T.)** Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche, a cui, in qualità di autorità nazionale anticorruzione, competono le funzioni di raccordo con le altre autorità, di vigilanza e controllo sulla effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure adottate dalle pubbliche amministrazioni e sul rispetto della normativa in materia di trasparenza. Alla suddetta Autorità compete, in particolare, anche l'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione (art.1, commi 2 e 3 della legge 190/2012);
4. **gli Organi di indirizzo politico delle Pubbliche Amministrazioni**, cui compete la nomina del Responsabile Aziendale della prevenzione della corruzione (art.1, comma 7 della legge 190/2012), nonché l'approvazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione ( in applicazione dell'art. 1, comma 5 della legge 190/2012), entro il 31 gennaio di ogni anno, curandone la trasmissione al Dipartimento della funzione pubblica;
5. **il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione** cui compete, tra l'altro, la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione, in tempi utili per l'adozione del Piano entro il 31 gennaio di ogni anno (art. 1, comma 8 della legge 190/2012).

Allo stato attuale risultano adottati i seguenti provvedimenti contenenti linee di indirizzo applicativo:

- 1) **Circolare 25 gennaio 2013 n.1 del Dipartimento della funzione pubblica**, contenente precisazioni in ordine alle competenze affidate dalla legge 190/2012 ai vari soggetti istituzionali e alle modalità di individuazione del Responsabile della prevenzione della corruzione, con particolare riferimento ai compiti di tale figura;
- 2) **Linee di indirizzo dd. 13 marzo 2013 emanate dal Comitato Interministeriale** (istituito con DPCM del 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione;
- 3) **Intesa tra Governo, Regioni ed Enti** locali per l'attuazione dell'art.1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n.190, recante: “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione” – **Repertorio atti n.79/CU del 24 luglio 2013.**

**Sono stati emanati i tre decreti attuativi della L.190/2012.:**

- **il Decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33** Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;
- **il Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39** Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art.1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190;
- **il DPR n. 62 del 16 aprile 2013** Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

**L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP con deliberazione n. 219 del 15/04/2013 ha individuato il Responsabile della prevenzione della corruzione dell'ASP** (art.1, comma 7 della legge n. 190/2012) nel Direttore della U.O.C. Area di Staff Internal Audit e Attività ispettive, e ha ritenuto di supportare l'attività del Dirigente de quo assegnando una specifica risorsa.

Nella suddetta deliberazione si prende atto, inoltre, che tra i compiti del Responsabile della prevenzione della corruzione vi sono quelli di:

- Predisporre entro il 31 gennaio di ogni anno, il piano triennale di prevenzione della corruzione;
- Definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti che operano in settori individuati a rischio di corruzione.

### ***Processo di adozione del PTPC***

**Nelle more dell'approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione, l'Azienda ASP ha inteso procedere con tempestività all'approvazione del primo Piano triennale di prevenzione della corruzione per gli anni 2013-2014-2015.** A tal proposito, il Responsabile della prevenzione della corruzione ha provveduto ad effettuare la prescritta proposta di Piano triennale da sottoporre all'approvazione del Direttore Generale. Il Piano è stato quindi adottato con deliberazione n.314 del 27/05/2013.

**La Relazione annuale sull'attuazione del Piano triennale di prevenzione della corruzione 2013 – 2014 – 2015”, redatta dal Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi dell'art.1, comma 14 della L. n. 190/2012, è stata pubblicata sul sito web aziendale in data 15.12. 2013,** nel rispetto della tempistica fissata dalla normativa vigente, ed è stata, altresì, inviata contestualmente all'OIV per la valutazione dell'apporto dato da ciascun dirigente. Nella Relazione sono stati illustrati le azioni svolte ed i risultati conseguiti, anche sulla base dei rendiconti ricevuti dai Direttori di U.O. entro il 30 novembre 2013.

**Con riferimento all'art. 1, commi 44 e 45 della legge 190/2012, l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP ha provveduto, inoltre, ad adottare entro i termini previsti, il Codice di Comportamento dei dipendenti con deliberazione n. 756 del 18/12/2013,** previa acquisizione del parere obbligatorio dell'OIV.

*Va ricordato che l'adozione del Codice di Comportamento da parte delle amministrazioni rappresenta una delle principali misure obbligatorie e trasversali previste dalla L.n.190/2012 e dal Piano Nazionale Anticorruzione.*

Il Codice di Comportamento dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza –Asp, integra i doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità, e buona condotta che i dipendenti pubblici sono tenuti ad osservare, ai sensi del DPR n.62/2013, con gli ulteriori e più specifici doveri individuati in rapporto ai caratteri, alle funzioni, alla tipologia di azioni e al contesto in cui l'Azienda si trova ad operare.

**E' stato anche previsto, come auspicato dall'ANAC, il collegamento del Codice di Comportamento con il Codice Etico, già adottato con deliberazione n. 137/2013, Codice Etico che con la sua dimensione valoriale costituisce parte integrante del Codice di Comportamento aziendale.**

Come richiamato dal comma 44 ( che sostituisce l'art. 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165), la violazione dei doveri contenuti nel codice di comportamento, compresi quelli relativi all'attuazione del Piano di prevenzione della corruzione, è fonte di responsabilità disciplinare. La vigilanza sull'applicazione del codice di comportamento è posta in carico ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura, alla struttura di controllo interno e agli uffici di disciplina.

**La revisione e l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della corruzione a valere per gli anni 2014- 2015-2016 è stata condotta dal Responsabile della prevenzione della corruzione alla luce delle indicazioni contenute nel Piano Nazionale Anticorruzione approvato dall' A.N.AC, con particolare riferimento alle direttive alle pubbliche amministrazioni per l'applicazione delle misure di prevenzione illustrate nel paragrafo 3 del PNA ( cfr. par. 3 “La strategia di prevenzione a livello decentrato”), oltre che sulla base dell'esperienza maturata nell'anno 2013.**

Il Piano Nazionale Anticorruzione contiene gli obiettivi strategici governativi per lo sviluppo della strategia di prevenzione a livello centrale e fornisce indirizzi e supporto per la pianificazione della strategia anticorruzione a livello decentrato, strategia che deve delinarsi muovendo necessariamente dalla mappatura dei processi all'interno di ciascuna amministrazione e dall'applicazione della metodologia indicata per la rilevazione e la misurazione del grado di rischio di ciascun processo (cfr. ALL.1, par. B.1.2g e ALL. 5).

*Il processo di revisione ed aggiornamento del PTPC 2014-2016 ha visto il pieno coinvolgimento dei Dirigenti delle UU.OO. che, con il supporto del Responsabile, hanno analizzato e misurato il rischio corruttivo dei processi, alla luce della nuova metodologia del Piano Nazionale (pur avendovi già provveduto in occasione del primo PTPC 2013-2015) ed hanno definito le ulteriori e specifiche misure di gestione del rischio.*

**Così come in sede di elaborazione del Codice di Comportamento sono state attuate forme di consultazione pubblica, ricevendo contributi di cui si è tenuto debito conto, anche per la stesura del PTPC 2014-2016 è stata seguita una procedura di consultazione, pubblicando apposito Avviso sul sito web aziendale.**

E' stato, altresì, organizzato un incontro tra la Direzione Strategica, i Responsabili della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione e le Associazioni di Volontariato, le Associazioni dei Consumatori, gli Ordini Professionali e le Organizzazioni Sindacali. L'incontro si è tenuto a Potenza presso la sede centrale dell'Azienda in data 20.01.2014.

Secondo i contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione, ed in continuità con quanto già implementato nel 2013 per la prevenzione della corruzione, **l'Azienda Sanitaria Locale di Potenza ha approvato con deliberazione n. 44 del 30/01/2014 la proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016** elaborata dal Responsabile della prevenzione della corruzione, il quale, in sede di stesura del piano, ha anche recepito le proposte sopra descritte emerse a seguito della consultazione pubblica.

*Il Piano, i cui contenuti sono coordinati con gli altri strumenti di programmazione aziendali, ed in particolare con il ciclo della performance 2014-2016, include anche la sezione dedicata al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, alla cui stesura ha provveduto il Responsabile per la Trasparenza. Detto PTPC 2014-2016 reca, altresì, in allegato la Relazione Annuale sull'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2013-2015”, redatta dal Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi dell'art.1, comma 14 della L. n. 190/2012.*



***Il presente Piano di Prevenzione della Corruzione 2015-2017, redatto dal Responsabile della prevenzione della corruzione, e i cui contenuti sono coordinati con gli altri strumenti di programmazione aziendali, ed in particolare con il ciclo della performance 2014-2016, include la sezione dedicata al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, alla cui stesura ha provveduto il Responsabile per la Trasparenza.***

Detto PTPC 2015-2017 reca, altresì, in allegato la Relazione Annuale sull'attuazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016" –anno 2014, redatta dal Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi dell'art.1, comma 14 della L. n. 190/2012, utilizzando la griglia fornita dall'ANAC.

***Nel redigere il presente Piano per il triennio 2015-2017 si è tenuto conto sia del feedback ottenuto dall'implementazione delle misure di gestione del rischio attuata negli anni 2013 e 2014, sia anche dei suggerimenti estratti per deduzione dalla citata griglia dell'ANAC che rimarca la necessità di prevedere controlli a campione in relazione all'attuazione delle varie misure di gestione del rischio. Si è tenuto conto, inoltre, della esigenza già riconosciuta nel PNA di uno sviluppo graduale e progressivo del sistema di prevenzione che sia adeguatamente supportato dalla crescita del consenso da parte dei diversi attori coinvolti.***

## 2 CONTENUTO E FINALITA' DEL PIANO

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza, ai sensi della legge n.190/2012, entro il 31 gennaio di ogni anno adotta il Piano Triennale di prevenzione della corruzione con l'obiettivo di fornire una valutazione del diverso grado di esposizione delle articolazioni aziendali al rischio di corruzione, di individuare le aree di attività amministrativa maggiormente esposte a tale tipo di rischio, a partire dalle attività che la legge n. 190/2012 già considera come tali (quelle previste dall'art.1, comma 16, lettere a),b),c) e d) e di adottare le misure necessarie, in aggiunta a quelle già esistenti, per la prevenzione e il contrasto della corruzione e, più in generale, dell'illegalità.

***Gli obiettivi alla base della strategia nazionale e declinati nel PNA vengono assunti come obiettivi strategici dello stesso PTPC aziendale. Tali obiettivi, al cui conseguimento concorrono tutti i dipendenti dell'azienda, sono:***

- ***Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione;***
- ***Aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione;***
- ***Creare un contesto sfavorevole alla corruzione.***

Alla individuazione delle misure più idonee ed efficaci da adottare e alle attività di implementazione del Piano e di monitoraggio della sua effettiva realizzazione, concorrono pertanto i Dirigenti e tutto il personale, in uno con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Col suddetto Piano vengono, tra l'altro, definiti:

- a) le procedure atte a selezionare e formare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- b) le procedure volte a garantire gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- c) il monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- d) il monitoraggio dei rapporti tra l'azienda 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;
- e) gli obblighi in materia di trasparenza;
- f) gli adempimenti correlati al decreto legislativo n. 39/2013.

***Vengono riconfermate le misure di gestione del rischio già previste nel PTPC 2014-2016 ai fini della prevenzione e del contrasto del rischio corruttivo, sia quelle obbligatorie per legge e trasversali (trasparenza, codice di comportamento, incompatibilità e inconferibilità, ecc), sia quelle ulteriori individuate dai Direttori di U.O. in relazione ai rischi specifici.***

***Dette misure di gestione del rischio vengono traslate nel Piano della Performance 2014-2016 e diventano altresì obiettivi da assegnare nelle schede di budget che saranno approntate per l'anno 2015.***

***L'effettiva applicazione delle misure nei tempi previsti dai Dirigenti Responsabili e riportati nel Piano stesso, sarà oggetto di valutazione da parte dell'OIV, con conseguente ricaduta sull'attribuzione del fondo per la retribuzione di risultato alle UU.OO.***

Misure ed interventi organizzativi vanno naturalmente considerati come strumenti da affinare e/o modificare ed integrare nel tempo, anche alla luce dei risultati via via conseguiti con la loro applicazione, così come affermato anche dalle Linee di indirizzo dd.13 marzo 2013 emanate dal Comitato Interministeriale e come ribadito nella Premessa.

Copia del Piano, a scopo di presa d'atto, viene consegnata, a cura dei Dirigenti, ai dipendenti al momento dell'assunzione. Ai dipendenti già in servizio ne viene data ampia diffusione anche attraverso il sito aziendale.

### **3 DEFINIZIONE DI CORRUZIONE**

Il concetto di corruzione, nel contesto del presente Piano, deve essere inteso come comprensivo delle varie situazioni in cui il dipendente abusa delle funzioni e dei compiti a lui attribuiti al fine di ottenere indebiti vantaggi privati. E' evidente che il verificarsi dell'evento corruttivo implica la cooperazione di un soggetto privato che è d'accordo con il pubblico ufficiale o con l'incaricato di pubblico servizio nel dargli o promettere denaro o altra utilità affinché quest'ultimo compia un atto del suo ufficio o un atto contrario ai doveri d'ufficio.

La stessa Circolare 25 gennaio 2013, n. 1 del Dipartimento della Funzione Pubblica, sottolineando che la legge n. 190 /2012 non contiene una definizione della "corruzione" che viene data quindi per presupposta, precisa che in questo contesto il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, comprensivo anche delle "situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale – venga in evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite".

### **4 IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Con riferimento ai compiti e alle funzioni attribuitigli dalla legge n. 190/2012, il Dirigente individuato quale Responsabile della prevenzione della corruzione con apposito atto del Direttore Generale (deliberazione n. 219 del 15/04/2012), predispose ogni anno, ai sensi dell'art.1, il Piano triennale della prevenzione della corruzione che sottopone al Direttore Generale per l'approvazione, nei tempi utili a consentirne l'adozione entro il 31 gennaio. La proposta di Piano deve contemplare i contenuti distintamente indicati nel comma 9 dell'art. 1 della legge in parola.

A seguito della sua approvazione, il Piano viene pubblicato sul sito Perla PA, nonché trasmesso, a cura del Responsabile della prevenzione della corruzione, alla Regione Basilicata e pubblicato sul sito aziendale nella sessione dedicata alla prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, previa proposta dei dirigenti competenti, individua il personale da inserire nei percorsi formativi sui temi della legalità e della condotta etica, tra il personale che opera nei settori a più alto rischio di corruzione.

Egli vigila sul funzionamento e sull'osservanza del Piano; propone modifiche al Piano in caso di accertamento di significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione dell'Azienda; verifica, d'intesa con il Dirigente competente, la possibilità di

introdurre meccanismi di rotazione negli uffici in cui l'attività presenta un alto grado di esposizione al rischio corruttivo.

Il Responsabile provvede, altresì, a pubblicare entro il 31 dicembre di ogni anno sul sito web aziendale la Relazione sull'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti ricevuti dai dirigenti entro il 30 novembre di ogni anno sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso. Detta relazione viene trasmessa contestualmente all'OIV per le attività di valutazione dei medesimi dirigenti.

A fronte dei compiti attribuiti, la legge prevede consistenti responsabilità in capo al Responsabile in caso di inadempimenti, in particolare per il caso di mancata predisposizione del piano e mancata adozione delle misure per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione. Inoltre una più generale forma di responsabilità dirigenziale, disciplinare e amministrativa si realizza in caso di condanna in via definitiva all'interno dell'amministrazione per un reato di corruzione ( ai sensi dell'art. 1, comma 12), a meno che il responsabile non provi le circostanze di cui alle lettere a) e b) del comma 12 dell'art. 1, ovvero di aver predisposto, prima della commissione del reato, il Piano e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza del Piano stesso.

Come previsto dalla Circolare 25 gennaio 2013, n.1 del Dipartimento della funzione pubblica, i rilevanti compiti e funzioni e la consistente responsabilità di cui il Responsabile della prevenzione della corruzione è titolare saranno remunerati, a seguito di valutazione positiva dell'attività da parte dell'OIV, attraverso il riconoscimento dei risultati conseguiti mediante la retribuzione di risultato (in base alle risorse disponibili del fondo).

## **5 DECRETO LEGISLATIVO 8 APRILE 2013, n. 39 – ADEMPIMENTI**

Con riferimento al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39, il Responsabile della prevenzione della corruzione cura, ai sensi dell'art.15 del suddetto decreto, che nell'Azienda siano rispettate le disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi contenute nel suddetto decreto.

***Definizione di inconfiribilità*** (comma 2, lettera g) dell'art.1 del decreto legislativo n. 39/2013)

Per “inconfiribilità” s'intende la preclusione, permanente o temporanea, al conferimento degli incarichi amministrativi di vertice, incarichi dirigenziali interni, incarichi dirigenziali esterni ed incarichi di amministratore di enti pubblici e di enti privati in controllo pubblico:

- A coloro che abbiano riportato condanne penali per reati contro la pubblica amministrazione, di cui al capo I del titolo II del libro secondo del Codice Penale, anche in presenza di sentenza non passata in giudicato;
- A coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da PP.AA. o svolto attività professionali a favore di questi ultimi;
- A coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico.

***Definizione di incompatibilità*** (comma 2, lettera h) dell'art.1 del decreto legislativo n. 39/2013)

Per “incompatibilità” s’intende l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici 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;
- l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione contesta all’interessato l’esistenza o l’insorgere delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità di cui al decreto in parola; il Responsabile segnala, altresì, i casi di possibile violazione delle disposizioni del suddetto decreto all’Autorità nazionale anticorruzione, all’Autorità garante della concorrenza e del mercato, nonché alla Corte dei conti, per l’accertamento di eventuali responsabilità amministrative (art. 15, commi 1 e 2 del decreto legislativo n. 39/2013).

Con cadenza annuale il Responsabile della Prevenzione della Corruzione curerà l’acquisizione delle autodichiarazioni di non sussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità, per garantire una verifica periodica e sistematica, con conseguente aggiornamento dei relativi dati sul sito aziendale.

***Il Responsabile della Prevenzione della corruzione effettuerà verifiche periodiche, raccordandosi a tale scopo con la U.O. Gestione del Personale, volte ad accertare che gli interessati rendano la dichiarazione sostitutiva all’atto del conferimento dell’incarico.***

La realizzazione delle suddette attività farà sì che, in linea con quanto previsto dal P.N.A., il controllo sia effettuato:

- all’atto del conferimento dell’incarico;
- annualmente e su richiesta nel corso del rapporto.

***Il Responsabile della Prevenzione della corruzione effettuerà verifiche a campione sulla veridicità delle dichiarazioni di insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità rese dagli interessati.***

## **6 VALUTAZIONE DEL DIVERSO LIVELLO DI ESPOSIZIONE AL RISCHIO DI CORRUZIONE DELLE ARTICOLAZIONI AZIENDALI - INDIVIDUAZIONE DELLE ATTIVITA' A RISCHIO**

La rilevazione delle attività dell'azienda e la mappatura del rischio di corruzione è stata avviata agli inizi dell'anno 2013 con la richiesta inoltrata, a cura della U.O.C. Area di Staff Internal Audit e Attività Ispettive, alle diverse articolazioni aziendali di procedere ad una ricognizione e classificazione delle loro attività, con riferimento alla **probabilità** (bassa, media, alta) che si abbia un evento corruttivo, all' **entità del danno** (bassa, media, alta) nel caso tale evento si verifichi e quindi al **grado di rischio** (accettabile, rilevante, critico) attribuibile alle medesime attività.

*Il Format utilizzato ha consentito anche di rilevare le tipologie di controllo già predisposte e attuate, la loro periodicità, la qualifica ed il nominativo del soggetto destinato a tali controlli, nonché i risultati attesi e quelli effettivamente conseguiti in relazione a 3 variabili ritenute prioritarie dalla Direzione Strategica:*

- L'appropriatezza delle prestazioni
- L'ottimizzazione dell' uso delle risorse e la riduzione dei costi
- Il contrasto della illegalità e della corruzione.

Va anche detto che l' attenzione allo sviluppo di procedure omogenee e condivise per migliorare le prassi e renderle maggiormente trasparenti ed efficienti ha portato, nel tempo, ad una **intensa attività di regolamentazione**, limitando in tal senso anche il rischio di esposizione a fenomeni di corruzione. Si richiamano, pertanto, i **regolamenti già approvati** e adottati nello svolgimento dei procedimenti:

- Art. 9 D.L. n. 90/2014, convertito con L. n. 114/2014 recante “Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari” – Approvazione del Regolamento di Organizzazione della U.O.C. Affari Legali e della rappresentanza e difesa in giudizio dell'ASP di Potenza (deliberazione n. 682 del 29.12.2014);
- Nuova versione del “Regolamento per l'acquisizione di beni e servizi in economia e per gli affidamenti dei servizi di architettura e di ingegneria” che modifica e sostituisce la versione precedente approvata con DDG n. 346 del 7/11/2014;
- DDG n. 453 del 9/9/2014 “Modifica ed Integrazione al Regolamento Aziendale in materia di incompatibilità e autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali adottato con DDG n. 521/2013;
- DDG n. 193 del 14/4/2014 “Integrazione e rettifica della deliberazione n. 155 del 19/03/2014 avente ad oggetto “Approvazione del Regolamento per la istituzione e la gestione degli elenchi degli avvocati e per il conferimento degli incarichi legali”;
- DDG n. 168 del 28/03/2014 “Approvazione e adozione della proposta denominata “Flusso ACP 2014” formulata dalla U.O.C. Sistema Informativo Automatizzato;
- Regolamento Ufficio stampa – approvazione (deliberazione n. 86 del 13/02/2013);
- Regolamento contenente la disciplina dell'accesso alle strutture dell'ASP di Potenza da parte dei soggetti esterni (Deliberazione n. 77 del 12/02/2013);

- Manuale di Gestione del Protocollo Informatico (Deliberazione n. 843 del 5/12/2012);
- Linee Guida Aziendali per i Medici per richiedere dispositivi di riabilitazione: Presidi, Protesi, Ortesi e Ausili (Deliberazione n. 472 del 14/6/2012);
- Regolamento Aziendale ALPI già approvato con deliberazione n. 610/2010 e n. 50/2011 – adeguamento alle disposizioni di cui all’art. 26 della Legge regionale n. 26/2011 e alla Legge n. 14 del 24/2/2012 ( Deliberazione n. 370 del 2/5/2012);
- Regolamento per la disciplina delle cure domiciliari e palliative (Deliberazione n. 549 del 23/7/2012);
- Regole di funzionamento Ufficio ALPI ex Deliberazione del Direttore Generale ASP n. 1242/2010);
- Regolamento per l’uso dell’autovettura privata dei dipendenti per fini d’ istituto e per il rimborso delle spese sostenute nei casi di missione (Deliberazione n. 47 del 24/1/2011);
- Regolamento assegnazione ed uso della telefonia mobile aziendale (Deliberazione n. 1231 del 20/12/2010);
- Regolamento per la Gestione dell’Albo Telematico Aziendale (Deliberazione n. 1331 del 31/12/2010);
- Regolamento di Pubblica Tutela (Deliberazione n. 774 del 23/7/2010);
- Regolamento aziendale per l’affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali (Deliberazione n. 836 del 11/8/2010);
- Nuovo Regolamento ASP sul diritto di accesso ai documenti amministrativi, ai sensi della L. 7 agosto 1990, n. 241 e successive modifiche ed integrazioni (Deliberazione n. 1120 del 18/11/2010);
- Regolamento aziendale gestione agende CUP – Specialistica Ambulatoriale (Deliberazione n. 1196 del 10/12/2010).

***Pur avendo già effettuato nel 2013 sia la mappatura dei processi che la misurazione del grado di rischio di ciascun processo, in fase di revisione e aggiornamento del Piano 2014-2016 si è ritenuto utile procedere di nuovo a tale analisi e misurazione alla luce delle indicazioni del P.N.A.***

E’ stata, pertanto, applicata la metodologia suggerita dal P.N.A. riportata nell’All. 1, par. B.1.2 e nell’ALL.5.

***Il Responsabile della prevenzione della corruzione insieme ai Dirigenti Responsabili delle diverse articolazioni aziendali hanno definito i processi sia all’interno delle aree di rischio obbligatorie, sia anche all’interno di aree di rischio ulteriori, individuate in relazione alle specificità aziendali; hanno quindi definito i rischi specifici per ciascun processo, procedendo poi alla valutazione e misurazione del grado di rischio.***

Per ciascun rischio specifico sono state riportate e descritte le misure di contrasto del rischio corruttivo già esistenti e le ulteriori nuove misure proposte, con l’indicazione del Responsabile dell’attuazione della misura e dei tempi di attuazione della misura stessa.

***Si ritiene di dover confermare gli esiti del suddetto procedimento di mappatura del rischio e di definizione delle misure di gestione del rischio corruttivo realizzato nell’anno precedente, tanto sia per il limitato lasso di tempo intercorso sia anche perché non si sono registrati rilevanti cambiamenti nell’organizzazione aziendale tali da richiedere una nuova mappatura dei processi rispetto a quella effettuata nel 2014.***

*Di seguito si espone la tabella recante il Catalogo dei Processi - Rischi specifici - Misure di Gestione e del Rischio.*



**CATALOGO DEI PROCESSI – RISCHI SPECIFICI - MISURE DI GESTIONE DEL RISCHIO**

<b>PROCESSO</b>	<b>GRADO DI RISCHIO</b>	<b>RISCHIO SPECIFICO</b>	<b>MISURE ESISTENTI</b>	<b>MISURA PROPOSTA</b>	<b>RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA</b>	<b>TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA</b>
RECLUTAMENTO CON PROCEDURA CONCORSUALE	6	VALUTAZIONE DEI REQUISITI ATTITUDINALI E PROFESSIONALI RICHIESTI IN RELAZIONE ALLA POSIZIONE DA RICOPRIRE, ALLO SCOPO DI RECLUTARE CANDIDATI PARTICOLARI. <b>VALORE: 9</b>	VERIFICA FORMALE DELLO SVOLGIMENTO DELLE PROVE	PREDEFINIZIONE CON ATTO REGOLAMENTARE INTERNO DEI CRITERI GENERALI DI VALUTAZIONE DELLE PROVE DI SELEZIONE	DIRIGENTE U.O. GESTIONE DEL PERSONALE	IN FASE DI ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO CHE AVVIA IL PROCEDIMENTO
ASSUNZIONE MEDIANTE AVVIAMENTO AL LAVORO DI PERSONALE CON QUALIFICA INFERIORE A BS PER CHIAMATA NUMERICA (DPR 220/2001- DPR 487/1994 CAPOIII) DALLE LISTE DI COLLOCAMENTO CIRCOSCRIZIONALI	6	1.IRREGOLARE FORMAZIONE DELLE GRADUATORIE DA PARTE DEGLI UFFICI CIRCOSCRIZIONALI PER L'IMPIEGO, FINALIZZATA A FAVORIRE SOGGETTI PARTICOLARI <b>VALORE:9</b> 2.INDIVIDUAZIONE DI PROFILI PROFESSIONALI SPECIFICI ALLO SCOPO DI RECLUTARE CANDIDATI PARTICOLARI <b>VALORE:9</b>	n.i.	RICHIESTA DI TRASMISSIONE ALL'AZIENDA ASP CHE ASSUME ,DELLE PROCEDURE ADOTTATE PER LA FORMULAZIONE DELLE GRADUATORIE // INDIVIDUAZIONE DI PROFILI PROFESSIONALI NEI LIMITI DELLA DECLARATORIA DEL CCNL DEL COMPARTO	DIRIGENTE U.O. GESTIONE DEL PERSONALE	ALL'ATTO DELL'ADOZIONE DEL PROVVEDIMENTO DI ASSUNZIONE // IN FASE DI RICOGNIZIONE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI	4	ANALISI IRREGOLARE DEI PRESUPPOSTI PER LA CONCESSIONE DELL'AUTORIZZAZIONE <b>VALORE:4</b>	REGOLAMENTO AZIENDALE ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N.521/2013	ACQUISIZIONE DEL PARERE DELLA DIREZIONE AMMINISTRATIVA O SANITARIA PER LA VALUTAZIONE DELLE SITUAZIONI DI CONFLITTO POTENZIALE	DIRIGENTE U.O. GESTIONE DEL PERSONALE	IN FASE ISTRUTTORIA
APPLICAZIONE STRUMENTI INCENTIVANTI	4	INCONGRUA VALUTAZIONE DEL DIPENDENTE FINALIZZATA ALLA RETRIBUZIONE INCENTIVANTE <b>VALORE:4</b>	APPLICAZIONE DEL PROTOCOLLO SUL SISTEMA PREMIAnte DEL COMPARTO	ADOZIONE DI UN SISTEMA PREMIAnte PER LA DIRIGENZA CON CRITERI DI VALUTAZIONE OGGETTIVI E VERIFICABILI	DIRIGENTE U.O. GESTIONE DEL PERSONALE	ALL'ATTO DELLA CONTRATTAZIONE DI LIVELLO AZIENDALE
CONFERIMENTO INCARICHI DI COLLABORAZIONE	2	MOTIVAZIONE GENERICA E TAUTOLOGICA CIRCA LA SUSSISTENZA DEI PRESUPPOSTI DI LEGGE PER IL CONFERIMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI, ALLO SCOPO DI AGEVOLARE SOGGETTI PARTICOLARI <b>VALORE:2,25</b>	VERIFICA DELLA NORMATIVA DI RIFERIMENTO AL FINE DI AVVIARE OGNI SINGOLA PROCEDURA DI SELEZIONE PUBBLICA PER IL REPERIMENTO DI FIGURE PROFESSIONALI NON PRESENTI NELLA DOTAZIONE ORGANICA	PUNTUALE VERIFICA DELLA NORMATIVA E DELLA PREVISIONE NELLA DOTAZIONE ORGANICA DELLE FIGURE PROFESSIONALI RICHIESTE DAI VARI SERVIZI AZIENDALI, AL FINE DI AVVIARE LA PROCEDURA DI SELEZIONE PUBBLICA	DIRIGENTE U.O. AFFARI GENERALI	OGNI VOLTA CHE VIENE AVVIATA UNA PROCEDURA SELETTIVA

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'AFFIDAMENTO	6	<p>RESTRIZIONE DEL MERCATO NELLA DEFINIZIONE DELLE SPECIFICHE TECNICHE ATTRAVERSO L'INDICAZIONE NEL DISCIPLINARE DI PRODOTTI CHE FAVORISCANO UNA DETERMINATA IMPRESA (FORNITURE)</p> <p><b>VALORE:6</b></p>	<p>1.OBBLIGHI DERIVANTI DAL CODICE DEI CONTRATTI</p> <p>2.DIRETTIVA PROT.43523 DEL 10/07/2009 A FIRMA DEL DS E DA DELL'ASP SULLE MODALITA' DI INOLTRO DELLE RICHIESTE DI ACQUISTO DI BENI E ATTREZZATURE DA PARTE DEI SERVIZI</p>	<p>REITERAZIONE DELLA DIRETTIVA PROT.43523 DEL 10/07/2009</p>	<p>DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA</p>	<p>TRE MESI</p>

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
INDIVIDUAZIONE DELLO STRUMENTO/ISTITUTO PER L'AFFIDAMENTO	6	ELUSIONE DELLE REGOLE DI AFFIDAMENTO DEGLI APPALTI, MEDIANTE L'IMPROPRIO UTILIZZO DEL MODELLO PROCEDURALE DELL'AFFIDAMENTO DELLE CONCESSIONI AL FINE DI AGEVOLARE UN PARTICOLARE SOGGETTO <b>VALORE:6</b>	1.PROGRAMMAZIONE FABBISOGNO DI LAVORI SERVIZI E FORNITURE 2.SCELTA DELLA PROCEDURA APERTA, IN OGNI CASO POSSIBILE, CON L'AGGIUDICAZIONE AL MASSIMO RIBASSO, PER TUTTI I LAVORI SUPERIORI AD UN MILIONE DI EURO 3.SCELTA COMPONENTI COMMISSIONI TRAMITE DELIBERAZIONI DELLA DIREZIONE STRATEGICA 4.ACQUISTI O LAVORI IN ECONOMIA EFFETTUATI NORMALMENTE CON RICHIESTA DI ALMENO TRE PREVENTIVI (AD ECCEZIONE DI PRODOTTI FARMACEUTICI E PROTESICI SALVA VITA URGENTI) 5.UTILIZZO AL 100% DI CONVENZIONI CONSIP E PRODOTTI/SERVIZI MEPA 6. ROTAZIONE DEI FORNITORI PER BENI E SERVIZI NON ACQUISTABILI DAL MERCATO ELETTRONICO	1.PUBBLICAZIONE DELL'AVVISO DI PRE-INFORMAZIONE; 2. PREDISPOSIZIONE DI APPOSITO PROTOCOLLO CHE INDIVIDUI IL PERSONALE DELL'UFFICIO CHE, A ROTAZIONE, PER COMPETENZA ED IN EQUIPE, REDIGA APPOSITA CERTIFICAZIONE SULLE MOTIVAZIONI DELLA PROCEDURA DI GARA PRESCELTA NEL CAPITOLATO; 3. DEFINIZIONE DEI CRITERI PER LA COMPOSIZIONE DELLE COMMISSIONI/SEGGI DI GARA E VERIFICA/CONTROLLO AFFINCHÉ CHI VI PARTECIPANO NON ABBA LEGAMI PARENTALI O INTERESSI CON LE IMPRESE CONCORRENTI; 4.FORMALIZZAZIONE DI UN ITER AMMINISTRATIVO INTERNO, CON IL COINVOLGIMENTO DI SOGGETTI INDIPENDENTI RISPETTO ALLA PROCEDURA DI AFFIDAMENTO (DIVERSI DAL RUP E DAL BENEFICIARIO DEL BENE, SERVIZIO, FORNITURA) PER L'APPROVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE DI GARA; 5. RAFFORZARE LE CAPACITÀ DEL PERSONALE (ABILITÀ/COMPETENZE E FORMAZIONE) NEL GESTIRE LE ATTIVITÀ E I CONTROLLI; 6.ISTITUZIONE ALBO DEI FORNITORI E AGGIORNAMENTO ALBO DEI PROFESSIONISTI.	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITÀ TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITÀ TECNICHE VENOSA	TRE /SEI MESI

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
REQUISITI DI QUALIFICAZIONE	3	DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA GARA ED, IN PARTICOLARE, DEI REQUISITI TECNICI ED ECONOMICI DEI CONCORRENTI, AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA (CLAUSOLE DEI BANDI CHE STABILISCONO REQUISITI DI QUALIFICAZIONE ) <b>VALORE : 3</b>	CONTROLLI PREVISTI DAL CODICE DEI CONTRATTI	1.CREAZIONE DI SUPPORTI OPERATIVI PER L'EFFETTUAZIONE DEI CONTROLLI DEI REQUISITI DEI PARTECIPANTI; 2.VERIFICA DEL MANTENIMENTO DEI REQUISITI; 3. ESPRESSA INDICAZIONE NEGLI AVVISI E BANDI DI GARA DELL'OBBLIGO DI DICHIARAZIONE DELLE COMPOSIZIONI AZIONARIE E DICHIARAZIONE DI NON ESSERE SOCIO DI UNA SOA	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
REQUISITI DI AGGIUDICAZIONE	8	USO DISTORTO DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA FINALIZZATO A FAVORIRE UN'IMPRESA <b>VALORE:8</b>	1.ECCEZIONALITA' DEL SISTEMA DI VALUTAZIONE DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA; 2. AGGIUDICAZIONE SECONDO IL CRITERIO DEL PREZZO PIU' BASSO	1.DEFINIZIONE DEI CRITERI PER LA COMPOSIZIONE DELLE COMMISSIONI E VERIFICA/CONTROLLO CHE CHI VI APRTECIPA NON ABBIA LEGAMI PARENTALI E/O INTERESSI CON LE IMPRESE CONCORRENTI; 2. CREAZIONE DI GRIGLIE PER LA VALUTAZIONE DELLE OFFERTE ; 3. VERIFICA DELLA INCOMPATIBILTA' TRA ESTENSORE DEL CAPITOLATO E COMPONENTE DELLA COMMISSIONE; 4.PROTOCOLLO PER L'INDIVIDUAZIONE DI CHI CONTROLLA, CHE COSA E CON QUALI METODI, CON L'INDIVIDUAZIONE DI ULTERIORI CONTROLLI (ES.SITUAZIONE FALLIMENTARE)	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
VALUTAZIONE DELLE OFFERTE	3	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI INDICATI NEL DISCIPLINARE DI GARA, A CUI LA COMMISSIONE AGGIUDICATRICE DEVE ATTENERSI PER DECIDERE I PUNTEGGI DA ASSEGNARE ALL'OFFERTA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA VALUTAZIONE DEGLI ELABORATI PROGETTUALI <b>VALORE: 3</b>	TRASPARENZA DELL'OPERATO E DEI CRITERI DI VALUTAZIONE TRAMITE VERBALE CHE ATTESTI COME LA COMMISSIONE SI SIA ATTENUTA AI CRITERI DEL DISCIPLINARE E ALLE GRIGLIE DI VALUTAZIONE	1.CONTROLLO INTERNO SULL'OPERATO DELLA COMMISSIONE DA PARTE DEL RUP ; 2. CAPITOLATI O PROGETTI PRELIMINARI COMPLETI ED ESAUSTIVI IN OGNI LORO PARTE.	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
VERIFICA DELLE EVENTUALI ANOMALIE DELLE OFFERTE	3	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E VERIFICA DELLE OFFERTE ABNORMEMENTE BASSE, ANCHE SOTTO IL PROFILO PROCEDURALE <b>VALORE:3</b>	VERIFICA DELLE ANOMALIE SECONDO IL DISPOSTO DEL CODICE DEI CONTRATTI	1. CONTROLLO INTERNO SULL'OPERATO DELLA COMMISSIONE DA PARTE DEL RUP PER LA GARA DA AGGIUDICARE SECONDO L'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA; 2.VERIFICA MEDIANTE L'ANALISI DEI COSTI DELLE AGGIUDICAZIONI IN CUI L'OFFERTA RISULTI ESSERE MOLTO BASSA.	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
PROCEDURE NEGOZIATE	3	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE, AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA <b>VALORE:3</b>	1.DISCIPLINARE PER LE ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA AI SENSI DELL'ART.125 DEL CODICE DEI CONTRATTI, ADOTTATO CON DELIBERAZIONE ASP N.58/2010; 2. REGOLAMENTO PER L'EFFETTUAZIONE DI LAVORI IN ECONOMIA EXDELIBERAZIONE N.555/2006; 3. REGOLAMENTO PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA, EX 554/2006	1. ELABORAZIONE DI UN NUOVO REGOLAMENTO REDATTO ALLA LUCE DELLA LEGGE N.190/2012 E DECRETO LEGSL. 33/2013; 2. LE DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI AVENTI AD OGGETTO PROCEDURE NEGOZIATE O AFFIDAMENTO DIRETTO DEVONO ESSERE COMUNICATE SENZA RITARDO AL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI RIFERIMENTO ED OPPORTUNAMENTE VISTATE DALLO STESSO COME VERIFICA PRELIMINARE DELLA CORRETTEZZA DELL'ATTO; 3. CON CADENZA SEMESTRALE DEVE ESSERE INVIATA AL RPC COMUNICAZIONE DEI CONTRATTI DI APPALTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE AFFIDATI CON PROCEDURA NEGOZIATA, SECONDO LO SCHEMA DI PUBBLICAZIONE DELL'ART.37 DEL DECRETO LEG.SVO 33/2013; 4. CONTROLLI INTERNI A CAMPIONE SULL'OTTEMPERANZA DEI REGOLAMENTI E DIRETTIVE; 5. ISTITUZIONE DELL'ALBO DEI FORNITORI E DELL'ALBO DEI PROFESSIONISTI; 6.PUBBLICAZIONE DEI DATI AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 33/20131.	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	SEI MESI PER I REGOLAMENTI E PER GLI ALBI MENTRE LE ALTRE MISURE SONO DI IMMEDIATA ATTUAZIONE.

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
AFFIDAMENTI DIRETTI	4	ELUSIONE DELLE REGOLE MINIME DI CONCORRENZA STABILITE DALLA LEGGE PER GLI AFFIDAMENTI DIRETTI (ART.122,COMMA 7 DEL CODICE DEI CONTRATTI) // ABUSO DEL RICORSO AGLI AFFIDAMENTI IN ECONOMIA ED AI COTTIMI FIDUCIARI AL DI FUORI DELLE IPOTESI LEGISLATIVAMENTE PREVISTE <b>VALORE:4</b>	1.DISCIPLINARE PER LE ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA AI SENSI DELL'ART.125 DEL CODICE DEI CONTRATTI, ADOTTATO CON DELIBERAZIONE ASP N.58/2010; 2. REGOLAMENTO PER L'EFFETTUAZIONE DI LAVORI IN ECONOMIA EXDELIBERAZIONE N.555/2006; 3. REGOLAMENTO PER ACQUISTI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA, EX 554/2006	1. ELABORAZIONE DI UN NUOVO REGOLAMENTO REDATTO ALLA LUCE DELLA LEGGE N.190/2012 E DECRETO LEGSL. 33/2013; 2. LE DETERMINAZIONI DIRIGENZIALI AVENTI AD OGGETTO PROCEDURE NEGOZIATE O AFFIDAMENTO DIRETTO DEVONO ESSERE COMUNICATE SENZA RITARDO AL DIRETTORE DELLA STRUTTURA DI RIFERIMENTO ED OPPORTUNAMENTE VISTATE DALLO STESSO COME VERIFICA PRELIMINARE DELLA CORRETTEZZA DELL'ATTO; 3. CON CADENZA SEMESTRALE DEVE ESSERE INVIATA AL RPC COMUNICAZIONE DEI CONTRATTI DI APPALTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE AFFIDATI CON PROCEDURA NEGOZIATA, SECONDO LO SCHEMA DI PUBBLICAZIONE DELL'ART.37 DEL DECRETO LEG.SVO 33/2013; 4. CONTROLLI INTERNI A CAMPIONE SULL'OTTEMPERANZA DEI REGOLAMENTI E DIRETTIVE; 5. ISTITUZIONE DELL'ALBO DEI FORNITORI E DELL'ALBO DEI PROFESSIONISTI;	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	SEI MESI PER I REGOLAMENTI E PER GLI ALBI MENTRE LE ALTRE MISURE SONO DI IMMEDIATA ATTUAZIONE.



PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
REVOCA DEL BANDO	6	ADOZIONE DI UN PROVVEDIMENTO DI REVOCA DEL BANDO STRUMENTALE ALL'ANNULLAMENTO DELLA GARA, PER EVITARE L'AGGIUDICAZIONE AD UN SOGGETTO DIVERSO DA QUELLO ATTESO, OVVERO AL FINE DI CREARE I PRESUPPOSTI PER CONCEDERE UN INDENNIZZO ALL'AGGIUDICATARIO <b>VALORE:6</b>	NESSUNA MISURA	1.ACQUISIRE IL PARERE DELL'UFFICIO LEGALE E COMUNICARE AL RPC L'EVENTUALE REVOCA DI UN BANDO ; 2. FORMALIZZARE IN APPOSITO VERBALE LE MOTIVAZIONI DELLA REVOCA DI UN BANDO	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
REDAZIONE DEL CRONOPROGRAMMA	3	INADEGUATA PIANIFICAZIONE DELLA TEMPISTICA DI ESECUZIONE DEI LAVORI AL FINE DI CONSENTIRE ALL'IMPRESA DI NON VINCOLARSI ECCESSIVAMENTE NELL'AVANZAMENTO DELL'OPERA, CREANDO I PRESUPPOSTI PER LA RICHIESTA DI VENTUALI EXTRAGUADAGNI <b>VALORE:3</b>	DISPOSIZIONI DEL D.LGS 163/2006 E DPR 207/2010	1.ELABORAZIONI DI CRONOPROGRAMMI REALISTICI CHE TENGANO CONTO DELL'ESATTA QUANTITA' DI LAVORAZIONI DA FARSÌ NEI TEMPI STABILITI; 2. PUNTUALE CONTROLLO DA PARTE DELLA DIREZIONE LAVORI E DEL RUP DEL RISPETTO DEL CRONOPROGRAMMA; 3. RISPETTO DEI TERMINI DI ULTIMAZIONE DEI LAVORI; 4. APPLICAZIONE DI PENALI PER RITARDATA ULTIMAZIONE DEI LAVORI IN SEDE DI APPROVAZIONE FINALE DELL'ATTO DI COLLAUDO O REGOLARE ESECUZIONE.	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO	6	AMMISSIONE DI VARIANTI IN CORSO DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO PER CONSENTIRE ALL'APPALTATORE DI RECUPERARE LO SCONTO EFFETTUATO IN SEDE DI GARA O DI CONSEGUIRE EXTRA GUADAGNI <b>VALORE:6</b>	DISPOSIZIONI DEL D.LGS 163/2006 E DPR 207/2010	1. VERIFICARE ATTRAVERSO VERBALI L'EFFETTIVA ESECUTIVITA' DELLA PROGETTAZIONE RISPETTO ALL'OGGETTO DELL'AFFIDAMENTO; 2. MONITORAGGIO DEL RICORSO ALLE VARIANTI IN CORSO D'OPERA; 3. TRASMISSIONE CON CADENZA SEMESTRALE AL RPC DELL'ELENCO DELLE VARIANTI APPROVATE COMPLETO DI OGNI DATO DISPONIBILE	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
SUBAPPALTO	6	MANCATO CONTROLLO DELLA STAZIONE APPALTANTE NELLA ESECUZIONE DELLA QUOTA LAVORI CHE L'APPALTATORE DOVREBBE ESEGUIRE DIRETTAMENTE MA CHE INVECE VIENE SCOMPOSTA E AFFIDATA ATTRAVERSO CONTRATTI NON QUALIFICATI COME SUBAPPALTO <b>VALORE: 6</b>	DISPOSIZIONI DEL D.LGS 163/2006 E DPR 207/2010	1.CONTROLLO COSTANTE DA PARTE DEL D.L. E DEL RUP AFFINCHE' NON SIA RAGGIATA LA PROCEDURA AUTORIZZATIVA DEL SUB APPALTO MEDIANTE SUB CONTRATTI; 2. CONTROLLO COSTANTE DELLA CORRISPONDENZA TRA L'IMPORTO DELLE LAVORAZIONI ESEGUITE IN SUB APPALTO E L'IMPORTO AUTORIZZATO IN SUB APPALTO; 3. CONTROLLI PERIODICI NEI CANTIERI AL FINE DI VERIFICARE LE PRESENZE E LA RISPONDEZA NEI LIBRI MATRICOLA; 4. CONTROLLI SUI REQUISITI DI QUALIFICAZIONE E DI AGGIUDICAZIONE AL PARI DELLA DITTA AFFIDATARIA	DIRIGENTE DELL'U.O.ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
UTILIZZO DI RIMEDI DI RISOLUZIONE DELLE CONTROVERSIE ALTERNATIVI A QUELLI GIURISDIZIONALI DURANTE LA FASE DI ESECUZIONE DEL CONTRATTO	6	CONDIZIONAMENTI NELLE DECISIONI ASSUNTE ALL'ESITO DELLE PROCEDURE DI ACCORDO BONARIO A CAUSA DELLA PRESENZA DELLA PARTE PRIVATA ALL'INTERNO DELLA COMMISSIONE <b>VALORE: 6</b>	DISPOSIZIONI DEL D.LGS 163/2006 E DPR 207/2010	1. NOMINA DI UNA COMMISSIONE INTERNA ALL'UFFICIO PER LA TRATTAZIONE DELLE RISERVE; 2. RICHIESTA DI PARERE ALL'UFFICIO LEGALE; 3. TRASMISSIONE AL RPC DELLE RISERVE ASSENTITE	DIRIGENTE DELL'U.O. ATTIVITA' TECNICHE-POTENZA E LAGONEGRO; DIRIGENTE DELLA U.O. ATTIVITA' TECNICHE VENOSA	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
DEFINIZIONE DELL'OGGETTO DELL'AFFIDAMENTO	8	RESTRIZIONE DEL MERCATO NELLA DEFINIZIONE DELLE SPECIFICHE TECNICHE ATTRAVERSO L'INDICAZIONE NEL DISCIPLINARE DI PRODOTTI CHE FAVORISCANO UNA DETERMINATA IMPRESA <b>VALORE: 25</b>	PREDISPOSIZIONE DI CAPITOLATI APERTI ALLA PARTECIPAZIONE DI TUTTE LE DITTE INTERESSATE PRESENTI SUL MERCATO. ELIMINAZIONE DI SPECIFICHE TECNICHE CHE INDIVIDUINO UNA SOLA DITTA ESISTENTE SUL MERCATO	RAFFORZAMENTO DELLE MISURE ESISTENTI ATTRAVERSO UN PIU' CAPILLARE CONTROLLO IN APPLICAZIONE DI MISURE LEGISLATIVE GIA' ESISTENTI IN TAL SENSO	U.O. PROVVEDITORATO - IL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
INDIVIDUAZIONE DELLO STRUMENTO/ISTITUTO PER L'AFFIDAMENTO	7	ELUSIONE DELLE REGOLE DI AFFIDAMENTO DEGLI APPALTI, MEDIANTE L'IMPROPRIO UTILIZZO DEL MODELLO PROCEDURALE DELL'AFFIDAMENTO DELLE CONCESSIONI AL FINE DI AGEVOLARE UN PARTICOLARE SOGGETTO <b>VALORE:16</b>	1).UTILIZZO 100%DELLE CONVENZIONI CONSIP E MEPA PER ACQUISTI SOTTO SOGLIA; 2) UTILIZZO PREVALENTE PROCEDURA APERTA PER ACQUISTI SOPRA SOGLIA; 3) UTILIZZO PROCEDURA NEGOZIATA - COTTIMO FIDUCIARIO PER GARE SOTTO SOGLIA, CON INVITO ESTESO AD ALMENO 5 DITTE , SECONDO NORMATIVA VIGENTE EX ART.125 DEL D.LEGS. 163/2006; 4) SCELTA COMPONENTICOMMISSIONE E SEGGIO DI GARA TRAMITE DELIBERAZIONE DEL DG. PER PROCEDURE NEGOZIATE, ANCHE SOTTO SOGLIA, AVENTI VALORE ECONOMICO MODESTO PROCEDE IL DIRIGENTE DELLA U.O. CON SEGGIO DI GARA.	1) E' INDISPENSABILE LA PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI CON INDICAZIONE DELLE PRIORITÀ DA PARTE DELLA DIREZIONE STRATEGICA AZIENDALE; 2) DEFINIZIONE DEI CRITERI PER LA NOMINA DELLA COMMISSIONE E SEGGIO DI GARA; 3) CREAZIONE DI UN PROTOCOLLO CHE INDIVIDUI IL PERSONALE CHE IN EQUIPE REDIGA E PREDISPONGA IN MANIERA CENTRALIZZATA I CAPITOLATI DI GARA PIU' IMPORTANTI E SIGNIFICATIVI ANCHE PER VALORE ECONOMICO; 4) FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO DEL PERSONALE	IL DIRIGENTE DELLA U.O.C. PROVVEDITORATO	anno 2015

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
REQUISITI DI QUALIFICAZIONE	8	DEFINIZIONE DEI REQUISITI DI ACCESSO ALLA GARA ED, IN PARTICOLARE, DEI REQUISITI TECNICI ED ECONOMICI DEI CONCORRENTI, AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA (CLAUSOLE DEI BANDI CHE STABILISCONO REQUISITI DI QUALIFICAZIONE ) <b>VALORE: 6</b>	APPLICAZIONE D.LEGS.163/2006 E S.M.I. CONTROLLI PREVISTI EX ART.38; APPLICAZIONE L.53/2010 (STAND-STILL) E NORME DI SETTORE.	PER EFFETTUARE LE NUMEROSE VERIFICHE PREVISTE DALLA NORMATIVA VIGENTE E' INDISPENSABILE UTILIZZARE PERSONALE DEDICATO IN TUTTE LE FASI DELLA GARA.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
REQUISITI DI AGGIUDICAZIONE	7	USO DISTORTO DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA FINALIZZATO A FAVORIRE UN'IMPRESA <b>VALORE: 16</b>	1)LE NORMATIVE ESISTENTI GIA' PREVEDONO SBARRAMENTI PER EVITARE SITUAZIONI CHE VADANO A FAVORIRE UN'IMPRESA (COLLEGAMENTI PARENTALI, COMMISTIONE TRA ESTENSORE DEL CAPITOLATO E COMPONENTE DELLA COMMISSIONE, LEGAMI E COLLEGAMENTI TRA IMPRESE CONCORRENTI, ECC); 2) CONTROLLO SUI COMPONENTI LA COMMISSIONE TECNICA AL FINE DI EVITARE SITUAZIONI DI CUI AL PUNTO 2.	1)UTILIZZO DEL CRITERIO DELL'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIU' VANTAGGIOSA PREVALENTEMENTE PER GLI APPALTI DI SERVIZI AVENTI CONSIDEREVOLE VALORE ECONOMICO E COMPLESSITA' DI VALUTAZIONE. 2)CREAZIONE DI GRIGLIE E CRITERI DI VALUTAZIONE CHE PRIVILEGINO IL PESO DATO ALLA QUALITA'. 3) UNA SEMPRE MAGGIORE ATTENZIONE E CONTROLLO SULL'OPERATO DEI MEDICI E SULLE LORO VALUTAZIONI.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
VALUTAZIONE DELLE OFFERTE	7	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI INDICATI NEL DISCIPLINARE DI GARA, A CUI LA COMMISSIONE AGGIUDICATRICE DEVE ATTENERSI PER DECIDERE I PUNTEGGI DA ASSEGNARE ALL'OFFERTA, CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA VALUTAZIONE DEGLI ELABORATI PROGETTUALI <b>VALORE: 6</b>	LA COMMISSIONE DEVE OPERARE NEL RISPETTO DEL CAPITOLATO IN MANIERA TRASPARENTE E CORRETTA, APPLICANDO I CRITERI DI VALUTAZIONE E LE GRIGLIE IN MANIERA CONFORME AGLI ATTI DI GARA.	1) POTENZIARE IL CONTROLLO SULL'OPERATO DELLA COMMISSIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO. 2)PREDISPORRE CAPITOLATI E DISCIPLINARI SEMPRE PIU' COMPLETI ED ESAUSTIVI IN OGNI LORO PARTE.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
VERIFICA DELLE EVENTUALI ANOMALIE DELLE OFFERTE	8	MANCATO RISPETTO DEI CRITERI DI INDIVIDUAZIONE E VERIFICA DELLE OFFERTE ABNORMEMENTE BASSE, ANCHE SOTTO IL PROFILO PROCEDURALE <b>VALORE:1</b>	VERIFICA DELLE ANOMALIE SECONDO IL DISPOSTO DEL CODICE DEI CONTRATTI	1) CONTROLLO INTERNO SULL'OPERATO DELLA COMMISSIONE DA PARTE DEL RUP PER LE GARE DA AGGIUDICARE CON L'OFFERTA ECONOMICAMENTE PIÙ VANTAGGIOSA. 2)MAGGIORE ATTENZIONE ALL'ANALISI DEI COSTI FORMULATI DALLA DITTA.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
PROCEDURE NEGOZiate	8	UTILIZZO DELLA PROCEDURA NEGOZIATA E ABUSO DELL'AFFIDAMENTO DIRETTO AL DI FUORI DEI CASI PREVISTI DALLA LEGGE, AL FINE DI FAVORIRE UN'IMPRESA <b>VALORE:1</b>	1)DISCIPLINARE PER LE AQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA, AI SENSI DELL'ART.125 DEL D.LGS.163/2006, ADOTTATO CON DELIBERAZIONE DEL DG N. 58 DEL 21.01.2010 E S.M.I. 2) UTILIZZO DEL PORTALE MEPA IN ESECUZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE. 3) AFFIDAMENTO DIRETTO NEI CASI DI PRIVATIVA INDUSTRIALE ED INFUNGIBILITA' DEL BENE.	1) EFFETTUARE ULTERIORI VERIFICHE SULL'EFFETTIVA INFUNGIBILITA' DEL BENE DICHIARATA DAL MEDICO RICHIEDENTE. 2) POTENZIAMENTO DELLA RDO SUL PORTALE MEPA, ESTENDENDO L'INVITO A TUTTI I FORNITORI PRESENTI SUL MEPA PER LA RELATIVA CATEGORIA MERCEOLOGICA 3)UNA SEMPRESI PIÙ RIGOROSA APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA DI SETTORE GIÀ ESISTENTE.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
AFFIDAMENTI DIRETTI	9	ELUSIONE DELLE REGOLE MINIME DI CONCORRENZA STABILITE DALLA LEGGE PER GLI AFFIDAMENTI DIRETTI (ART.122,COMMA 7 DEL CODICE DEI CONTRATTI) // ABUSO DEL RICORSO AGLI AFFIDAMENTI IN ECONOMIA ED AI COTTIMI FIDUCIARI AL DI FUORI DELLE IPOTESI LEGISLATIVAMENTE PREVISTE <b>VALORE:2</b>	1)DISCIPLINARE PER LE AQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA, AI SENSI DELL'ART.125 DEL D.LGS.163/2006, ADOTTATO CON DELIBERAZIONE DEL DG N. 58 DEL 21.01.2010 E S.M.I. 2) UTILIZZO DEL PORTALE MEPA IN ESECUZIONE DELLA NORMATIVA VIGENTE. 3) AFFIDAMENTO DIRETTO NEI CASI DI PRIVATIVA INDUSTRIALE ED INFUNGIBILITA' DEL BENE.	1) EFFETTUARE ULTERIORI VERIFICHE SULL'EFFETTIVA INFUNGIBILITA' DEL BENE DICHIARATA DAL MEDICO RICHIEDENTE. 2) POTENZIAMENTO DELLA RDO SUL PORTALE MEPA, ESTENDENDO L'INVITO A TUTTI I FORNITORI PRESENTI SUL MEPA PER LA RELATIVA CATEGORIA MERCEOLOGICA 3)UNA SEMPRESI PIÙ RIGOROSA APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA DI SETTORE GIÀ ESISTENTE.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
REVOCA DEL BANDO	10	ADOZIONE DI UN PROVVEDIMENTO DI REVOCA DEL BANDO STRUMENTALE ALL'ANNULLAMENTO DELLA GARA, PER EVITARE L'AGGIUDICAZIONE AD UN SOGGETTO DIVERSO DA QUELLO ATTESO, OVVERO AL FINE DI CREARE I PRESUPPOSTI PER CONCEDERE UN INDENNIZZO ALL'AGGIUDICATARIO <b>VALORE: 4</b>	1) APPLICAZIONE DELLA NORMATIVA GIÀ ESISTENTE E COMPORTAMENTO CORRETTO IN TUTTE LE FASI PROCEDIMENTALI. 2) IN AUTOTUTELA, OVE L'AZIENDA RAVVISI ERRORE EVIDENTE NELLA PREDISPOSIZIONE DEGLI ATTI (SOPRATTUTTO ERRATA STIMA BASE D'ASTA), SI PROCEDE ALLA REVOCA/INTEGRAZIONE DEL BANDO.	ACQUISIZIONE DEL PARERE DELL'UFFICIO LEGALE E COMUNICAZIONE AL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE DELLA EVENTUALE REVOCA DEL BANDO.	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. PROVVEDITORATO	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
AFFIDAMENTI DIRETTI DEI SERVIZI DI FORMAZIONE	4	ELUSIONE DELLE REGOLE MINIME DI CONCORRENZA STABILITE DALLA LEGGE PER GLI AFFIDAMENTI DIRETTI (ART.122, COMMA 7 DEL D.LGS. N.163/2006) <b>VALORE: 4</b>	1.DISCIPLINARE PER LE ACQUISIZIONI DI BENI E SERVIZI IN ECONOMIA AI SENSI DELL'ART.125 DEL CODICE DEI CONTRATTI, ADOTTATO CON DELIBERAZIONE ASP N.58/2010; 2. REGOLAMENTO PER LA DETERMINAZIONE DEI COMPENSI RELATIVI ALL'ATTIVITÀ DI FORMAZIONE E DI AGGIORNAMENTO SVOLTA DAL PERSONALE DIPENDENTE E DAI DOCENTI ESTERNI NELL'AZIENDA SANITARIA DI POTENZA-ASP, ADOTTATO CON DELIBERAZIONE N. 589 DEL 27 LUGLIO 2012	1.CONTROLLI INTERNI A CAMPIONE SULL'OTTEMPERANZA DEI REGOLAMENTI E DIRETTIVE; 2. ISTITUZIONE DELL'ALBO DEI FORNITORI E DEI PROFESSIONISTI	IL DIRETTORE DELL'AREA DI STAFF INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE	anno 2015

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
CONTROLLO DELLE AZIENDE OVICAPRINE - VERIFICA DEL RISPETTO DEGLI IMPEGNI LEGATI AL PREMIO DI CONDIZIONALITA'	2	CERTIFICAZIONE NON CORRISPONDENTE ALLA REALTA' DELL'AZIENDA OGGETTO DI VERIFICA VALORE:2	VERIFICA DATI CERTIFICATI SULLA BANCA DATI NAZIONALE E REGIONALE	NON SI RITIENE NECESSARIO PREVEDERE ULTERIORI MISURE	DIRETTORE U.O.C SERVIZIO VETERINARIO-AREA A	
VIGILANZA AMBIENTI DI LAVORO (INDUSTRIE, CANTIERI, ARTIGIANATO, ATTIVITA'ESTRATTIVE DI SECONDA CATEGORIA, AGRICOLTURA, PUBBL. AMMINISTRAZ., SERVIZI)	13	ERRATA INDIVIDUAZIONE DEL DATORE DI LAVORO VALORE: 5	OGNI FINE SETTIMANA , ALLA PRESENZA DEL FUNZIONARIO CHE HA EFFETTUATO L'ISPEZIONE,VIENE CONTROLLATO IL LAVORO SVOLTO, VERIFICANDONE I TERMINI E LE MODALITA'	SI PROPONE, IN AGGIUNTA ALLE MISURE GIA' POSTE IN ESSERE, LA ROTAZIONE, PER QUANTO POSSIBILE, DEI FUNZIONARI CHE EFFETTUANO LE ISPEZIONI	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. MEDICINA DEL LAVORO E IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. SPPILL	anno 2015
VERIFICA ATTREZZATURE, MACCHINE ED IMPIANTI NEI LUOGHI DI LAVORO	6	DIVIETO D'USO DELL'ATTREZZATURA E/O IMPIANTO PER SOLE CARENZE FORMALI VALORE: 4	OGNI FINE SETTIMANA , ALLA PRESENZA DEL FUNZIONARIO CHE HA EFFETTUATO L'ISPEZIONE,VIENE CONTROLLATO IL LAVORO SVOLTO, VERIFICANDONE I TERMINI E LE MODALITA'	SI PROPONE, IN AGGIUNTA ALLE MISURE GIA' POSTE IN ESSERE, LA ROTAZIONE, PER QUANTO POSSIBILE, DEI FUNZIONARI CHE EFFETTUANO LE ISPEZIONI	IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. MEDICINA DEL LAVORO E IL DIRIGENTE DELL'U.O.C. SPPILL	anno 2015
COMMISSIONI INVALIDI CIVILI-VISITE A DOMICILIO	4	VALORE: 4	IL PRESIDENTE ASSEGNA LE VISITE DOMICILIARI AL COMPONENTE E AL SEGRETARIO	IL PRESIDENTE ASSEGNA LE VISITE DOMICILIARI A ROTAZIONE A 2 COMPONENTI E AL SEGRETARIO	IL SEGRETARIO COORDINATORE	anno 2015
COMMISSIONI INVALIDI CIVILI-ADEMPIMENTO ATTIVITA' AMMINISTRATIVE CIC (AMBITI POTENZA, VENOSA E LAGONEGRO)	4	VALORE: 4	MONITORAGGIO TRIMESTRALE	MONITORAGGIO TRIMESTRALE ED ISPEZIONI (N.3)	IL SEGRETARIO COORDINATORE	anno 2015

PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
VALUTAZIONE DELLA CORRISPONDENZA DEI TEMPI DI PERMANENZA DEI PAZIENTI TOSSICODIPENDENTI IN COMUNITA'	22	DISCREPANZA TRA I TEMPI DI EFFETTIVA PERMANENZA E LE GIORNATE LIQUIDATE <b>VALORE:22</b>	VERIFICA DA PARTE DELL'AMMINISTRATIVO DELLA CONGRUITA' DEI DATI FORNITI DALLA COMUNITA' TERAPEUTICA	VALUTAZIONE SEMESTRALE A CAMPIONE DA PARTE DEL RESPONSABILE DELL'UOSD	IL RESPONSABILE DELL'U.O.S.D. SERT DI MELFI; SERT DI VILLA D'AGRI; SERT DI LAGONEGRO; SERT POTENZA	anno 2015
PROCESSO DI SCELTA DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA IN CUI INSERIRE I PAZIENTI DEL SERT	5	RISCHIO DI CORRUZIONE NEL PROCESSO DI SCELTA DELLA COMUNITA' TERAPEUTICA <b>VALORE:5</b>	EQUIPE MULTIDISCIPLINARE DI VALUTAZIONE	VALUTAZIONE SEMESTRALE DELLA PROCEDURA	IL RESPONSABILE DELL'U.O.S.D. SERT DI VILLA D'AGRI; SERT DI LAGONEGRO; SERT di POTENZA.	DI IMMEDIATA ATTUAZIONE
DIREZIONE SANITARIA P.O. DI VILLA D'AGRI- CONTROLLO SUL RISPETTO DEL CAPITOLATO DA PARTE DELLA DITTA AGGIUDICATRICE PER LA FORNITURA DI BENI DI CONSUMO	3	1. MANCATA VERIFICA DELLA RISPONDENZA DEI BENI DI CONSUMO CON IL CAPITOLATO D'APPALTO <b>VALORE:3</b> ; 2.MANCATA VERIFICA DELLA RISPONDENZA DELLA QUANTITA' DEL MATERIALE SCARICATO IN MAGAZZINO ED EFFETTIVAMENTE IN GIACENZA <b>VALORE: 3</b>	1. VERIFICA EFFETTUATA ALLA CONSEGNA DA PARTE DEL MAGAZZINIERE; 2. ANNOTAZIONE DELLE OPERAZIONI DI CARICO E SCARICO DA PARTE DEL MAGAZZINIERE CON FREQUENZA QUOTIDIANA	1.VERIFICA A CAMPIONE CON PERIODICITA' BIMESTRALE; 2. VERIFICA A CAMPIONE CON PERIODICITA' BIMESTRALE DELLE REGISTRAZIONI PER ACCERTARE LA RISPONDENZA CON QUANTO EFFETTIVAMENTE IN GIACENZA	TECNICO DELLA PREVENZIONE- DIREZIONE SANITARIA	anno 2015
DIREZIONE SANITARIA P.O. DI VILLA D'AGRI- VERIFICA DEL MATERIALE SCARICATO ALLE UU.OO. E SERVIZI IN RELAZIONE AL N. DI DEGENTI O DI FRUITORI DEL SERVIZIO MENSA	3	MANCATA VERIFICA <b>VALORE:3</b>	ANNOTAZIONE DEL MATERIALE SCARICATO DA APRTE DEL MAGAZZINIERE	VERIIFCA A CAMPIONE CON CADENZA BIMESTRALE , DEL MATERIALE SCARICATO ALLE UU.OO. E SERVIZI AL FINE DI VERIFICARE LA RISPONDENZA CON QUANTO REGISTRATO DAL MAGAZZINIERE	TECNICO DELLA PREVENZIONE- DIREZIONE SANITARIA	anno 2015
PAZIENTI PSICHIATRICI IN STRUTTURE RESIDENZIALI DI COOPERATIVE SOCIALI- CONTROLLO SUL RISPETTO DEL CAPITOLATO TECNICO DI GARA	9	INCONGRUENZA TRA CAPITOLATO TECNICO DI GARA ED EFFETTIVA EROGAZIONE DEL SERVIZIO DA PARTE DELLA COOPERATIVA SOCIALE CHE GESTISCE LA STRUTTURA RESIDENZIALE <b>VALORE:9</b>	CONTROLLI PERIODICI E A CIVETTA DA PARTE DEI RESPONSABILI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PSICHIATRICHE E DEL DIRETTORE DSM	CONTROLLI DA PARTE DI ALTRE UU.OO. ASP: DIPARTIMENTO PREVENZIONE SALUTE UMANA; U.O. ATTIVITA' TECNICHE;U.O. PROVVEDITORATO	DIRETTORE DSM, DIRETTORE DIPARTIMENTO PREVENZIONE UMANA, DIRETTORE PROVVEDITORATO, DIRETTORE U.O. ATTIVITA' TECNICHE	anno 2015



PROCESSO	GRADO DI RISCHIO	RISCHIO SPECIFICO	MISURE ESISTENTI	MISURA PROPOSTA	RESPONSABILE DELL'ATTUAZIONE DELLA MISURA	TEMPI DI ATTUAZIONE DELLA MISURA
PROTESICA - CONTROLLI DI REGOLARITA' PRECEDENTI ALL'AUTORIZZAZIONE	7	PRESCRIZIONE NON CONFORME AL D.M. 332/99 E ALLE LINEE GUIDA AZIENDALI DELIB. N. 472 DEL 14/06/2012 <b>VALORE: 7</b>	VERIFICA DELLA CONNESSIONE TRA LO STATO INVALIDANTE ACCERTATO E LA TIPOLOGIA DI AUSILIO PRESCRITTO, RISPONDENZA CON IL PROGRAMMA TERAPEUTICO, RISPETTO DELLE LINEE GUIDA AZIENDALI, CORREZIONE DELLE PRESCRIZIONI NON CONFORMI A CURA DEL FISIATRA APPOSITAMENTE INDIVIDUATO PER LA FUNZIONE DI CONTROLLO	ATTUAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO ELABORATO DAL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE	DIRETTORI DELLE CURE PRIMARIE E DEI DISTRETTI	TRENTA GG. DALL'ADOZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO
PROTESICA - CONTROLLI DI REGOLARITA' SUCCESSIVI ALL'AUTORIZZAZIONE	7	EFFETTIVA CONSEGNA E AVVENUTO COLLAUDO	LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE PREVIA VERIFICA DELLA FIRMA DELL'EFFETTIVA CONSEGNA E DELL'AVVENUTO COLLAUDO	ATTUAZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO ELABORATO DAL GRUPPO DI LAVORO AZIENDALE	DIRETTORI DELLE CURE PRIMARIE E DEI DISTRETTI	TRENTA GG. DALL'ADOZIONE DEL MODELLO ORGANIZZATIVO

## 7 CRONOPROGRAMMA DELLE COMPETENZE/ADEMPIMENTI

CRONOPROGRAMMA COMPETENZE/ADEMPIMENTI		
SOGGETTI	COMPETENZE/ADEMPIMENTI	TERMINI
Responsabile della prevenzione della corruzione	Proposta per l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	in tempi utili per l'adozione del Piano triennale da parte dell'Azienda entro il 31 gennaio di ogni anno
Direttore Generale	Adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Pubblicazione del Piano sul sito web aziendale e trasmissione del Piano al Dipartimento funzione pubblica e alla Regione	entro il 31 gennaio di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Divulgazione del Piano alle articolazioni aziendali e acquisizione della presa d'atto da parte dei dipendenti	entro 15 gg. dalla sua adozione
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C. e U.O.S. Dipartimentali	Definizione delle procedure per selezionare e formare i dipendenti operanti nei settori esposti alla corruzione ( punto 8 del Piano)	entro il 31 marzo di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione in collaborazione con i Direttori di U.O.C. e U.O.S. Dipartimentali e con il Direttore dell'Area di Staff Innovazione Ricerca e Formazione	attuazione del programma di formazione rivolto ai dipendenti operanti nei settori esposti al rischio di corruzione: n. 1 corso, di livello base, riservato alle aree di rischio obbligatorie (punto 8 del piano); percorso formativo per il Responsabile della prevenzione della corruzione sulla normativa riguardante gli appalti e i contratti pubblici	entro il 30 novembre di ogni anno
Direttori di U.O.C e U.O.S. Dipartimentali	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sulle procedure utilizzate e i controlli di regolarità e legittimità attivati, e sulle proposte di eventuali nuovi interventi organizzativi per migliorare le prassi ai fini della prevenzione delle pratiche corruttive ( punto 9 del Piano)	entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ogni anno

Direttori di U.O.C e U.O.S. Dipartimentali	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della reportistica sul monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti ( punto 10 del Piano)	entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ogni anno
Direttori di U.O.C e U.O.S. Dipartimentali	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione della relazione sul monitoraggio dei rapporti con i soggetti con i quali intercorrono rapporti a rilevanza economica (punto 11 del Piano)	entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ogni anno
Direttori di U.O.C e U.O.S. Dipartimentali	Trasmissione al Responsabile della prevenzione della corruzione dei rendiconti sulle misure poste in essere e sui risultati conseguiti in esecuzione del Piano ( punto 4 del Piano)	entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione	Relazione annuale di attuazione del Piano e trasmissione al Direttore Generale e all'OIV; contestuale pubblicazione sul sito web aziendale	entro il 31 dicembre di ogni anno
Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Dirigenti competenti	Rotazione dei dipendenti che curano i procedimenti nei settori esposti alla corruzione, previa definizione delle procedure di rotazione.	Nell'anno 2015, ove ricorrano le condizioni per la rotazione

## 8 PROCEDURE PER LA SELEZIONE E LA FORMAZIONE DEI DIPENDENTI IDONEE A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE

Il personale operante nelle articolazioni aziendali che presentano un grado di esposizione al rischio di corruzione di livello rilevante e critico, così come indicate nella apposita tabella del presente Piano, parteciperà ad un programma formativo sui temi dell'etica, della legalità, della responsabilità nei procedimenti amministrativi, delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione, e più in generale sulla normativa volta alla prevenzione e al contrasto della corruzione, **programma formativo da attuare entro il 30 novembre di ogni anno.**

*La selezione del personale che dovrà partecipare in via obbligatoria a tale percorso formativo e che, con cadenza annuale sarà coinvolto anche per i successivi anni nei programmi di formazione in materia, sarà effettuata dal Responsabile della prevenzione della corruzione d'intesa con i Responsabili delle articolazioni aziendali interessate, entro il 31 marzo di ciascun anno.*

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, con la definizione del programma di formazione e la vigilanza sulla sua attuazione, assolve i propri obblighi circa l'individuazione delle procedure idonee per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione. Come evidenziato anche nelle Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione, nel corso del triennio di validità del presente Piano saranno assicurate specifiche attività di formazione del Responsabile della prevenzione della corruzione, attività da prevedersi con cadenza annuale.

*Nel presente Piano triennale 2015-2017 la formazione assume una veste sistematica, continuativa e pianificata, con un necessario raccordo con il Piano Annuale di Formazione.*

*In particolare nell'anno 2015 i temi della formazione dovranno riguardare sia le tecniche di risk management per la gestione dei rischi corruttivi che i temi della legalità e dell'integrità, dell'applicazione ed osservanza del Codice di Comportamento dell'Azienda, e della valorizzazione e tutela della figura del whistleblower.*

*Sarà, a tale scopo, organizzato un corso rivolto a quanti impegnati nelle aree a maggior rischio corruttivo non abbiano potuto partecipare nell'anno scorso.*

*Il Responsabile della prevenzione della corruzione frequenterà, inoltre, un corso specifico sulla normativa degli appalti e dei contratti pubblici presso una Società di Formazione riconosciuta come eccellente nel campo.*

## **9 PROCEDURE DI FORMAZIONE ATTUAZIONE E CONTROLLO DELLE DECISIONI IDONEE A PREVENIRE IL RISCHIO DI CORRUZIONE (PIANO DEI CONTROLLI E ATTUAZIONE DELLE NUOVE MISURE PREVISTE NELLA TABELLA AL PUNTO 6 DEL PIANO)**

*I Responsabili delle articolazioni aziendali devono formalizzare, con relazione da trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ciascun anno, le procedure utilizzate per lo svolgimento delle attività di competenza e i relativi controlli di regolarità e legittimità posti in essere (Piano dei controlli), specificando i soggetti addetti ai controlli e l'oggetto e la tempistica dei controlli stessi.*

*Con la stessa nota si renderà anche sull'attuazione delle ulteriori misure inserite nel catalogo dei processi (cfr. tabella al punto 6 del Piano) e si indicheranno gli eventuali nuovi interventi organizzativi necessari ad incrementare ulteriormente l'azione preventiva del rischio di pratiche corruttive.*

I Responsabili delle articolazioni aziendali dovranno, altresì, programmare incontri sistematici (almeno 2 all'anno) con il personale afferente su norme, regolamenti, e procedure in uso e/o da attivare. Degli incontri, finalizzati ad aggiornare il personale e a prevenire le pratiche corruttive, deve essere data evidenza al Responsabile della prevenzione della corruzione.

I dipendenti che istruiscono un atto o che adottano un provvedimento finale, qualora riscontrino delle anomalie, devono darne informazione scritta al responsabile della U.O., il quale informa immediatamente il Responsabile della prevenzione della corruzione.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto a tutti i dipendenti su comportamenti che possono integrare, anche solo potenzialmente, corruzione e illegalità.

Per segnalare eventuali anomalie e irregolarità è attivo il seguente indirizzo di posta elettronica:

[whistleblowing@aspbasilicata.it](mailto:whistleblowing@aspbasilicata.it)

## **10 MONITORAGGIO DEL RISPETTO DEI TERMINI PER LA CONCLUSIONE DEI PROCEDIMENTI**

I Responsabili delle articolazioni aziendali, sulla base della normativa vigente e dei regolamenti, definiscono, in un apposito prospetto, i termini per la conclusione dei procedimenti di competenza, prospetto che provvedono a trasmettere al Responsabile della prevenzione della corruzione.

*I Responsabili delle articolazioni aziendali effettuano il monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti di competenza e, entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ciascun anno, trasmettono al Responsabile della prevenzione della corruzione apposito report recante gli esiti del monitoraggio.*

Nel report devono essere riportati i dati relativi al numero di procedimenti conclusi, al numero di procedimenti per i quali sono rispettati i termini, al numero di procedimenti per i quali si è verificato un ritardo con la relativa esplicitazione delle problematiche occorse in caso di ritardo e gli adempimenti correttivi adottati.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione vigila sulla effettiva realizzazione da parte dei responsabili delle articolazioni aziendali del monitoraggio del rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti.

Nel rispetto del comma 28 dell'art.1 della Legge 190/2012, gli esiti del monitoraggio saranno consultabili nel sito web aziendale.

## **11 MONITORAGGIO DEI RAPPORTI FRA L'AZIENDA E I SOGGETTI CON I QUALI INTERCORRONO RAPPORTI AVENTI RILEVANZA ECONOMICA**

I Responsabili delle articolazioni aziendali provvedono al monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda 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, attraverso appositi moduli da somministrare ai dipendenti, agli utenti, ai collaboratori esterni e ai fornitori .

In caso di conflitto di interessi dovranno essere attivati meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6bis della legge n. 241/90 del personale in conflitto.

Di tale monitoraggio deve essere data evidenza periodicamente al Responsabile della prevenzione della corruzione entro il 30 giugno ed entro il 30 novembre di ogni anno.

*Il Responsabile della prevenzione della corruzione effettua, altresì, un controllo a campione volto verificare ulteriormente quanto previsto dall'art.1, comma 9 lettera e) della L. n. 190/2012.*

## 12 OBBLIGHI DI TRASPARENZA

La legge n. 190/2012 (di seguito, Legge), art.1, commi da 15 a 36, reca nuove norme concernenti la trasparenza dell'attività amministrativa.

Attraverso il richiamo dalla Legge operato al D. Lgs. n. 150/2009, la trasparenza dell'attività amministrativa costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili, ai sensi dell' art. 117, co.2, lett.m), della Costituzione (co.15 della Legge) ed è promossa attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale delle pubbliche amministrazioni (come individuate dall'art. 1, co.2, D. Lgs. n. 165/2001), delle informazioni e dei dati relativi ai procedimenti amministrativi.

Nel più pieno rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali, i criteri che l'ASP seguirà nella pubblicazione dei dati e delle informazioni saranno improntati alla **facile accessibilità**, alla **completezza** ed alla **semplicità di consultazione**.

L'ASP assicurerà i livelli essenziali di cui sopra, con specifico riferimento ai procedimenti di:

- autorizzazione o concessione;
- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta, secondo i criteri di cui al Codice degli appalti (D.Lgs. n. 163/2006);
- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché di attribuzione di vantaggi economici, di qualunque genere, a persone ed enti pubblici e privati;
- concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni in carriera.

Alla luce, inoltre, del disposto normativo di cui al Decreto Legislativo n. 33/2013, emanato dal Governo in attuazione dei commi 35 e 36 della Legge, per il riordino della legislazione in materia di obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazione da parte delle PP.AA., oltre che per la ricognizione ed il coordinamento di tutte le disposizioni vigenti in materia, l'ASP nella sezione del proprio sito web, denominata "Amministrazione Trasparente", secondo le puntuali indicazioni contenute nell' Allegato A) del predetto Decreto attuativo:

- adotterà forme di pubblicità in ordine all'uso delle risorse pubbliche ed ai risultati prodotti;
- seguirà precisi obblighi di pubblicità per i dati relativi agli organi di vertice, almeno relativamente alla situazione patrimoniale complessiva dei titolari delle cariche al momento dell'assunzione delle stesse, alla titolarità di imprese, alle partecipazioni azionarie proprie e, se vi è consenso, dei rispettivi coniugi e dei parenti entro il secondo grado di parentela, nonché ai compensi a cui dà diritto l'assunzione delle cariche;
- procederà all'ampliamento delle ipotesi di pubblicità, mediante pubblicazione sul sito web istituzionale, di informazioni relative ai titolari degli incarichi dirigenziali assegnati;
- individuerà quelle categorie di informazioni che dovranno essere pubblicate e le modalità di elaborazione dei relativi formati;
- effettuerà la pubblicazione di tutti gli atti, i documenti e le informazioni, anche in formato elettronico elaborabile oltre che nei formati open data;
- stabilirà la durata ed i termini di aggiornamento per ciascuna pubblicazione obbligatoria, nonché la responsabilità e le sanzioni per il mancato, ritardato o inesatto adempimento degli obblighi di pubblicazione.
- provvederà, con riferimento a tutti i procedimenti amministrativi, al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali, anche al fine di evidenziare e risolvere eventuali anomalie, ove presenti, garantendo la consultazione dei risultati di tale monitoraggio sul sito web aziendale.

Per assicurare l'attuazione del complessivo dettato normativo, in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza delle informazioni e dei dati, l'ASP, con la citata Deliberazione n. 219, del 15/04/2013 e con la

successiva deliberazione n. 222, del 17/04/2013 del Direttore Generale, ha provveduto a nominare, rispettivamente, quale Responsabile aziendale per la prevenzione della corruzione, la Dr.ssa Beatrice Nolè e quale Responsabile aziendale per la trasparenza, il Dr. Antonio Bavusi, che, per gli specifici adempimenti a lui ascritti, si avvarrà anche della collaborazione del Direttore del SIA.

La scelta di individuare forme di responsabilità distinte, per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, è stata dettata anche dalle dimensioni territoriali dell'Azienda, dalle sue peculiarità, oltre che dalle professionalità in essa presenti.

I casi di mancato, ritardato o parziale adempimento degli obblighi di pubblicazione, dovranno essere dal Responsabile per la trasparenza segnalati alla Direzione Strategica, all'O.I.V e, per le più gravi inadempienze, all'ufficio di disciplina.

Nei succitati provvedimenti del Direttore Generale sono, altresì, previste forme di collaborazione tra i due suddetti Responsabili, sia per la redazione e l'aggiornamento annuale del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sia per stabilire specifiche sinergie, finalizzate all'attuazione di control policies adeguate, attraverso appositi incontri ed anche con la predisposizione di documenti a firma congiunta.

Come già anticipato nella Premessa, *il presente Piano Triennale di prevenzione della corruzione, i cui contenuti sono coordinati con gli altri strumenti di programmazione aziendali, ed in particolare con il ciclo della performance 2014-2016, include anche la sezione dedicata al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, alla cui stesura ha provveduto il Responsabile per la Trasparenza.*

### **13 ROTAZIONE DEGLI INCARICHI**

*Nelle articolazioni aziendali maggiormente esposte al rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione della corruzione concorda con la Direzione Strategica e con i Responsabili di tali articolazioni aziendali la rotazione dei dipendenti addetti ai procedimenti e ai controlli, compatibilmente con le risorse disponibili e con la competenza richiesta da detti procedimenti e controlli.*

Dall'esame del quadro normativo, è evidente che la misura della rotazione del personale addetto alle aree ritenute a rischio è una misura che tende ad evitare il consolidamento di posizioni di "privilegio" nella gestione diretta di alcune attività legate alla circostanza che il medesimo dipendente prenda in carico personalmente per lungo tempo lo stesso tipo di procedura e si interfacci sempre con lo stesso utente.

Per poter procedere ad un'adeguata rotazione del personale, occorrerà sempre tener conto delle specifiche professionalità esistenti nell'ambito delle diverse articolazioni di cui si compone l'ASP, oltre che della preminente esigenza di assicurare la continuità dell'azione amministrativa. In particolare, bisognerà verificare l'esistenza o meno di figure cd "infungibili", l'organizzazione dei diversi servizi e/o strutture aziendali e valutare la difficoltà od impossibilità di applicazione concreta di tale misura, secondo quanto stabilito nelle Linee Guida della Conferenza Unificata Stato/Regioni, del 24 luglio 2013 che dispone: "*ove le condizioni organizzative degli enti non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dare conto nel piano anticorruzione con adeguata motivazione*".

*Tutti i direttori/responsabili di servizio/struttura, qualora le misure da adottarsi in tema di rotazione del personale dovessero trovare difficoltà di applicazione e compromettere così, la correttezza dell'azione*

*amministrativa (come nel caso di figure cd “infungibili”), dovranno darne immediata comunicazione al RPC, assicurando, in ogni caso, il puntuale controllo sull’attività svolta dal personale assegnato all’articolazione aziendale dagli stessi diretta e verificando, altresì, la possibilità di adempiere, nel tempo, al dettato normativo in tema di rotazione del personale, quale misura necessaria a contrastare i fenomeni corruttivi.*

Ciò detto, in tema di rotazione del personale si vorrà partire dalle attività che la Legge n. 190/2012 già considera ad elevato rischio di corruzione, vale a dire da quelle attività di seguito riportate:

- a) autorizzazione o concessione;
- b) scelta del contraente nell’affidamento di lavori, forniture e servizi;
- c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari;
- d) concorsi e prove selettive per l’assunzione del personale.

In questa fase di avvio e di “sperimentazione” della misura della rotazione, non occorrerà che i dipendenti preposti alle suddette attività passino ad altre articolazioni organizzative, ma sarà previsto che essi, periodicamente, ruotino nella funzione di responsabile di un dato procedimento all’interno dell’articolazione aziendale presso la quale sono incardinati.

*Pertanto, in un’ottica di gradualità nella implementazione della misura della rotazione, si prevede che nell’anno 2015 i Direttori delle UU.OO. Gestione del Personale, Provveditorato Economato, Attività tecniche, Cure Primarie ( per i procedimenti relativi all’assistenza protesica e ai controlli dei CEA), il Dipartimento Sanità e Benessere Animale ed il Dipartimento Salute Umana, entro il 31 marzo trasmettano alla Direzione Strategica e al Responsabile della prevenzione della corruzione un piano di rotazione dei responsabili dei procedimenti.*

*Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione (RPC) effettuerà un controllo successivo, a campione, sulla effettiva rotazione dei dipendenti responsabili dei procedimenti nelle suddette UU.OO.*

Specifiche iniziative di rotazione saranno adottate nel caso di procedimenti penali, avviati in seguito al verificarsi di episodi di tipo corruttivo.

## **14 AZIONI DI SENSIBILIZZAZIONE E RAPPORTO CON LA SOCIETA’ CIVILE**

Consapevoli dell’importanza, nella lotta alla corruzione, del coinvolgimento della società civile, sono state attuate forme di consultazione sia in occasione della stesura del Codice di Comportamento che in sede di redazione del PTPC, in collaborazione con il Responsabile per la trasparenza e l’integrità.

In particolare nel 2014, nella giornata del 25 giugno, è stata realizzata la Conferenza dei Servizi sul tema “Le misure per affermare la legalità – Il punto di vista della società civile e l’esperienza dell’Azienda Sanitaria di Potenza in tema di anticorruzione e trasparenza”, evento che ha visto una grande partecipazione



sia dei servizi aziendali sia anche delle associazioni di volontariato attive sul territorio e delle altre aziende sanitarie.

E' stato, inoltre, condotto un progetto finalizzato alla realizzazione di una Carta Etica degli operatori sanitari (esperienza descritta diffusamente all'interno della Relazione annuale sull'attuazione del Piano – annualità 2014). Nell' INFO-DAY dedicato ai temi della legalità, integrità e trasparenza, tenutosi a Potenza il 6 novembre 2014, è stata presentata la Carta Etica e successivamente si è proceduto alla sua pubblicazione sul sito aziendale.

**Nel 2015 proseguiranno le attività del Gruppo di Coordinamento appositamente costituito**, Gruppo che promuoverà incontri nei vari servizi sanitari dell'ASP per discutere ed aggiornare la Carta Etica. Attraverso tali attività si incrementerà la conoscenza del Codice di Comportamento e si verificheranno i punti di forza e i punti di debolezza che favoriscono e/o ostacolano la piena osservanza del Codice di Comportamento da parte degli operatori, nel loro agire quotidiano.

## **15 TUTELA DEL DIPENDENTE CHE EFFETTUA SEGNALAZIONI DI ILLECITO (C.D. WHISTLEBLOWER)**

L'art.1, comma 51 della L. 190/2012 ha introdotto un nuovo articolo nell'ambito del D.Lgs. n. 165/2012, l'art. 54 bis, rubricato "*Tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti*", il cosiddetto *whistleblower*, che prevede la tutela del dipendente che segnala tali fatti all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al superiore gerarchico, fatti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro.

Si tratta della introduzione di una misura di tutela, già in uso in altri ordinamenti, del soggetto che segnala finalizzata a consentire l'emersione di fattispecie di illecito.

Ferma la responsabilità correlata alle ipotesi di calunnia e diffamazione, i dipendenti sono tenuti a segnalare l'esistenza di comportamenti che possano integrare, anche solo potenzialmente, casi di corruzione ed illegalità.

Le misure di tutela già previste dal legislatore e a cui questa Azienda Sanitaria conformerà il suo comportamento in caso di segnalazione di illecito, sono le seguenti:

- divieto di sottoporre il segnalante a sanzione, licenziamento o misura discriminatoria avente effetti sulle condizioni di lavoro, per motivi direttamente o indirettamente collegati alla segnalazione;
- tutela dell'anonimato, per cui nell'ambito dell'eventuale procedimento disciplinare conseguente alla segnalazione, l'identità del segnalante non può essere rivelata, salvo i casi in cui la conoscenza dell'identità del segnalante sia assolutamente indispensabile per la difesa dell'incolpato;
- a rafforzare la tutela dell'anonimato, si prevede che la segnalazione sia sottratta al diritto di accesso previsto dagli articoli 22 e seguenti della legge 7 agosto 1990, n. 241, e successive modificazioni,

fatta esclusione delle ipotesi eccezionali descritte nel comma 2 del nuovo art. 54 bis d.lgs. n. 165 del 2001 in caso di necessità di disvelare l'identità del denunciante.

Come rappresentato nel PNA, la norma della tutela dell'anonimato è volta ad evitare che il dipendente ometta di effettuare segnalazioni di illecito per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli e, sicuramente, non è sinonimo di accettazione di segnalazione anonima.

A tal proposito, il PNA recita: “ *La misura di tutela introdotta dalla disposizione si riferisce al caso della segnalazione proveniente da dipendenti individuali e riconoscibili*”, fermo restando la possibilità che l'Azienda voglia tener conto anche di segnalazioni anonime, qualora queste siano adeguatamente circostanziate.

### **Approvazione della Policy sul Wistleblower**

Nel 2014 il RPC ha predisposto la bozza di Policy sul Whistleblower con l'allegato modulo per le segnalazioni e l'ha trasmessa con mail del 3/06/2014 alla Direzione Strategica per la successiva adozione.

Detta bozza è stata successivamente approvata con la deliberazione n. 418 del 5/8/2014, avente ad oggetto “ Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016: Approvazione della procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità nell'Azienda sanitaria Locale di Potenza- ASP (Whistleblowing Policy)”, con l'allegato modello per le segnalazioni delle condotte illecite;

Il RPC ha quindi fatto attivare una apposita casella di posta elettronica: [whistleblowing@aspbasilicata.it](mailto:whistleblowing@aspbasilicata.it) per la segnalazione.

Al fine di consentire al RPC di relazionare, alla fine di ciascun anno, circa la sussistenza di una connessione tra fatti denunciati dal W. e la sussistenza in Azienda di fenomeni corruttivi, nonché sull'efficacia delle misure adottate per la tutela del segnalante, dovranno essere obbligatoriamente e tempestivamente trasmesse al RPC le informazioni concernenti:

- i provvedimenti e/o le notizie provenienti da organi di polizia giudiziaria o da qualsiasi altra Autorità, dai quali sia possibile evincere lo svolgimento di indagini per la verifica del perpetrarsi di reati od illeciti di natura corruttiva, anche nei confronti di ignoti;
- le relazioni predisposte dai direttori/responsabili di struttura/servizio da cui emergano fatti, atti, eventi od omissioni che presentano profili di criticità rispetto all'osservanza delle norme in vigore;
- i reports relativi all'effettiva attuazione dei procedimenti disciplinari svolti e delle eventuali sanzioni irrogate ovvero dei provvedimenti di archiviazione di tali procedimenti con le relative motivazioni. Tali reports verranno trasmessi dalla U.O. gestione del Personale anche nel 2015, come già avvenuto con regolarità nell'anno precedente.

## **16 COMPITI DEI DIPENDENTI E DIRIGENTI**

L'applicazione delle misure di prevenzione delle condotte corruttive, come ribadito nella Circolare 25 gennaio 2013 n.1, “ sono il risultato di un' azione sinergica e combinata dei singoli responsabili degli uffici e del responsabile della prevenzione della corruzione, secondo un processo bottom-up in sede di formulazione delle proposte e top-down per la successiva fase di verifica ed applicazione”.

Come disposto anche dalla legge n. 135 del 2012, ai dirigenti sono attribuite specifiche competenze in materia di prevenzione della corruzione, affidando agli stessi poteri propositivi e di controllo nonché obblighi di collaborazione, di monitoraggio e di azione diretta per il contrasto della corruzione.

Il dipendente che segnala illeciti di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, viene tutelato secondo quanto disposto dal comma 51 dell'art.1 della legge n. 190/2012.

La violazione, da parte dei dipendenti dell'Azienda, delle misure di prevenzione previste dal presente Piano costituisce illecito disciplinare, come disposto dal comma 14 dell'art. 1 della legge n. 190/2012.

***Responsabilità dei dipendenti ed obbligo di collaborazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione sono declinati anche nel Codice di Comportamento dei dipendenti dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP, in particolare si rimanda all'art. 8 "Prevenzione della corruzione" e all'art. 9 "Trasparenza e tracciabilità".***

## **17 OBBLIGHI DI INFORMAZIONE NEI CONFRONTI DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

Si rappresenta che, ai sensi del comma 9 lettera c) della legge n. 190/2012, gli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sull'osservanza e l'attuazione del Piano, già richiamati di volta in volta nel presente Piano, attengono sia al personale impegnato in aree di attività a più elevato il rischio di corruzione sia al restante personale tutto.

***Specifici obblighi informativi, con le relative scadenze nel corso dell'anno, sono riportate al punto 7 del Piano nel CRONOPROGRAMMA DELLE COMPETENZE/ADEMPIMENTI.***

***Come stabilito al comma 5 dell'art.8 e al comma 4 dell'art. 9 del Codice di Comportamento aziendale, le richieste del Responsabile della prevenzione della corruzione e del Responsabile per la trasparenza, di notizie, informazioni e relazioni, vanno riscontrate dai dirigenti e dal personale tutto entro 15 gg. dalla richiesta stessa.***

## **18 RELAZIONE SULL'ATTIVITA' SVOLTA**

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, entro il 15 dicembre di ogni anno, redige ai sensi dell'art.1, comma 14 della L.n. 190/2012, una relazione recante i risultati dell'attività svolta e i risultati conseguiti, basata anche sui rendiconti presentati dai dirigenti sulle misure poste in essere e sui risultati realizzati in esecuzione del Piano stesso, e la trasmette al Direttore Generale e all'OIV.

Della stessa relazione viene data pubblicazione nell'apposita sezione del sito web.

## **19 ADEGUAMENTI DEL PIANO**

Il presente Piano verrà aggiornato ed adeguato con periodicità annuale, fatto salvo condizioni, considerazioni e circostanze che debbano indurre a ritenere necessaria una revisione del Piano nel corso dell'annualità.

**Il presente Piano entra in vigore dalla data di esecutività della deliberazione che lo approva.**

**ALL. 1) PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2015-2017**

All.2) “Relazione Annuale sull’attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione” redatta in formato excel utilizzando la griglia fornita dall’ANAC.

**All .3)** “Relazione Annuale sull’attuazione del Piano Triennale di prevenzione della corruzione 2014-2016”, redatta dal Responsabile della prevenzione della corruzione ai sensi dell’ art. 1, comma 14 della L. n. 190/2012.

ALLEGATO 1



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
BASILICATA  
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

# PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2015 - 2017

## Aggiornamento



- Premessa
- Verifica di conformità dei dati pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente”
- Statistica delle pagine web più visitate della sezione “Amministrazione Trasparente” - confronto anni 2013 - 2014
- Monitoraggio da parte degli Stakeholder esterni
- Il monitoraggio dei contenuti del nuovo PTTI 2015-2017
- I dati pubblicati della sezione “Amministrazione Trasparente”
- Qualità delle informazioni, tempistica per la pubblicazione e completezza dei dati
- Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati
- Qualità delle informazioni, tempistica per la pubblicazione e completezza dei dati
- Tabella comparativa dell’obbligo di pubblicazione dei dati della L.190/2012 in relazione al D.lgs n.33/2013
- Tabella comparativa relativa alla Trasparenza in relazione alla L.190/2012
- La Trasparenza come strumento della Prevenzione della Corruzione
- Il monitoraggio dei dati della sezione «Amministrazione Trasparente», verifiche e azioni
- Le iniziative per la trasparenza per la legalità e la promozione della cultura dell’integrità
- Ascolto degli Stakeholder
- Posta Elettronica Certificata (caselle attive al mese di Gennaio 2015)
- Collegamento ed integrazione funzionale tra PTTI e PTPC
- I collegamenti del P.T.T.I. con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Piano della Performance
- Audit dell’Organismo Indipendente di Valutazione

## Premessa

Il PTTI 2013-2015 è stato adottato dall'Azienda Sanitaria Locale nel mese di luglio (Delib. D.G. ASP n. 469 del 20/7/2013). Successivamente con D.D.G. n. 44 del 30/1/2014 è stato approvato il PTTI 2014-2016 integrato al PTPC 2014-2016. Per il triennio 2015 - 2017, l'aggiornamento del Programma Triennale della Trasparenza e l'Integrità viene adottato assieme a quello della Prevenzione della Corruzione. Prevede attività di monitoraggio dei dati pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del Portale ASP, consultabile on line nella home-page del Portale [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net), secondo la tempistica indicata dall'ANAC.

In base all'art.14, c.4, lett.g) del D.lgs n.150/2009 e successive delibere n.2/2012 e n.50/2013 della Civit e Delibera Anac del 3 dicembre 2014 (GURI n. 5 del 8/1/2015), l'O.I.V. dell'ASP ha attestato, in attuazione delle delibere Civit/Anac n.71/2013, la pubblicazione e l'aggiornamento dei dati. La relativa attestazione e la griglia esemplificativa sono pubblicati, nei termini fissati dall'ANAC al 31/12/2015, nella sezione "Amministrazione Trasparente" - sotto-sezione "Disposizioni Generali". Inoltre in base alla Deliberazione CIVIT/ANAC n. 77/2013 e Delibera Anac 148/2014, lo stesso OIV ha attestato con proprio verbale del 18/12/2014 la pubblicazione e l'avvenuto aggiornamento delle rimanenti sezioni ed i dati in esso contenuti, compilando la relativa griglia esemplificativa e attestazioni.

Il nuovo PTTI 2015-2017, prevede, come per il Piano precedente, l'attività di monitoraggio nell'ambito dei compiti attribuiti al Responsabile della Trasparenza, la relazione semestrale sullo stato di attuazione del Programma da inviare all'O.I.V. successivamente da pubblicare nell'apposita sezione "Monitoraggio" della sezione del sito "Amministrazione Trasparente".

L'attività di controllo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione, prevista dall'art.43 del D.lgs n.33/2013, svolta dal Responsabile della Trasparenza, viene trasmessa pertanto all'OIV ed agli Organi di Vertice, anche in relazione agli obiettivi e le strategie indicate dal P.N.A. di cui la L.190/2012 (Piano Nazionale Anticorruzione), per prevenire fenomeni di corruzione, coordinandone le azioni con il Responsabile aziendale della Prevenzione della Corruzione.

A tal fine il nuovo P.T.T.I 2015-2017 - secondo le linee del PNA - "sia nella forma autonoma, sia nella forma di sezione del P.T.P.C. delinea, coordinandone gli adempimenti con il Piano di Prevenzione della Corruzione, in modo da capitalizzare gli adempimenti posti in essere dall'amministrazione, secondo la scadenza prevista per l'adozione fissata entro il termine del 31 gennaio 2015, prendendo a riferimento il triennio successivo a scorrimento". Sia il PTTI, sia il PTPC devono essere pubblicizzati sul sito istituzionale e trasmessi in copia tramite mail a tutto il personale ASP.

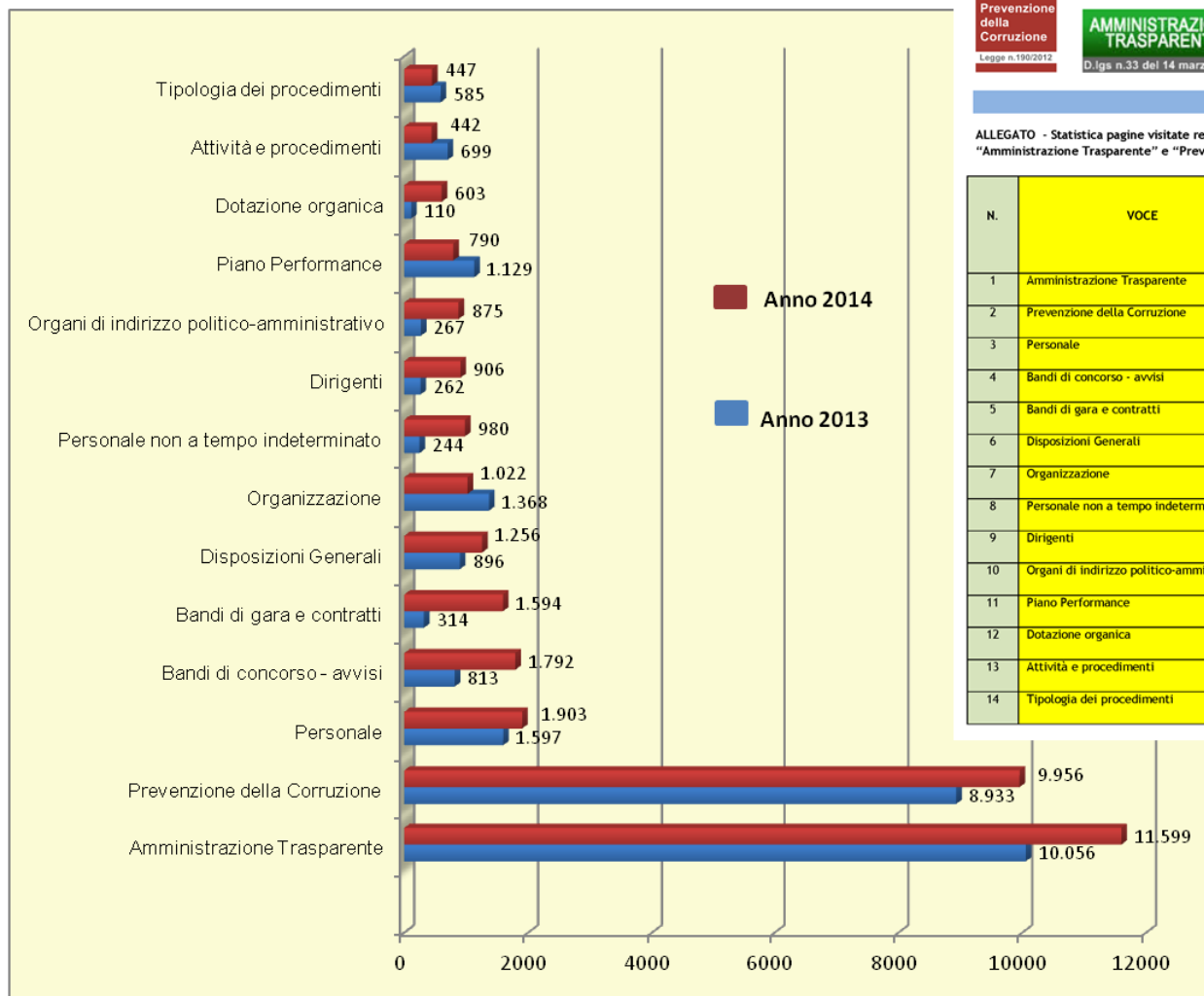
## Verifica di conformità dei dati pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente”

- Nel **Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017**, così come per i Programmi precedenti vengono riportati due tipologie di dati:
  - “statici”, legati alla pubblicità di categorie di dati attinenti all'ente e alla sua organizzazione;
  - “dinamici”, connessi al raggiungimento di obiettivi di performance indicati nel Piano della Performance.
- Poiché la pubblicazione di determinate informazioni rende conto dell'andamento della performance dell'Azienda e del raggiungimento degli obiettivi espressi nel più generale ciclo di gestione della performance, occorre integrare il Programma Triennale della Trasparenza negli aspetti fondamentali del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione nella successiva fase di pianificazione strategica all'interno del ciclo della performance e dei regolamenti aziendali di cui e indicazioni Anac collegandolo ai contenuti degli oneri di trasmissione dei dati al Responsabile della Trasparenza da parte dei dirigenti ASP e di quanto espresso nella deliberazione dell'Autorità Nazionale Anti Corruzione al fine di “rendere evidente l'integrazione degli strumenti di programmazione” in riferimento ad obiettivi, indicatori e target relativi ai risultati da conseguire dal PTPC e dei Programmi Triennali della Trasparenza. Per il Triennio 2015-2017 si confermano gli obiettivi della Trasparenza relativi al triennio precedente, con le integrazioni che attengano ai nuovi obblighi per quanto attiene l'applicazione del DPCM 8/11/2013 (G.U. 298 del 20/12/2013) che attengono gli oneri informativi cosiddetto Decreto del Fare con l'aggiunta della voce “Scadenziario dei nuovi obblighi amministrativi”, all'interno della sottosezione di primo livello “Oneri informativi per cittadini e imprese” della sezione “Amministrazione Trasparente” scadenze fissate dal DPCM citato entro il 1 luglio e 1 Gennaio. Inoltre d'intesa con il Responsabile aziendale Prevenzione della Corruzione verranno pubblicati anche i risultati delle verifiche di cui il contenuto della Relazione.
- La pubblicazione on line delle informazioni e dei dati è stata effettuata in coerenza con quanto previsto dalle “Linee Guida Siti Web” (trasparenza, aggiornamento e visibilità dei contenuti, accessibilità e usabilità) di cui alla Delibera n.8 del 2009 del Ministero per la Pubblica Amministrazione e la semplificazione. In particolare essi rispondono ai requisiti di verifica eseguiti attraverso la piattaforma on line denominata “Bussola della Trasparenza” sul sito [www.magellanopa.it/bussola](http://www.magellanopa.it/bussola).
- I riscontri degli indicatori pubblicati nella sezione del sito ASP “Amministrazione Trasparente” nel 2014 sono risultati tutti soddisfatti nell'ambito della verifica relativa alla conformità ai contenuti minimi definiti nell'allegato A del D.lgs 33/2013. Vengono inoltre riportate le voci che saranno oggetto di ulteriore richiesta di cui al DPCM citato. La funzionalità “verifica sito in tempo reale” ha consentito di effettuare l'analisi dell'algoritmo automatico di monitoraggio.

I dati di accesso alla sezione «Amministrazione Trasparente» mostrano di seguito un incremento di visitatori distribuiti nelle diverse voci in cui è stata suddivisa la sezione, indicando l'interesse per le informazioni ivi riportate che saranno ulteriormente oggetto di analisi qualitative di gradimento.



# Statistica delle pagine web più visitate della sezione "Amministrazione Trasparente" anni 2013 e 2014



Prevenzione della Corruzione  
Legge n.190/2012

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE  
D.lgs n.33 del 14 marzo 2013

ALLEGATO - Statistica pagine visitate relative alle sezioni del Portale ASP "Amministrazione Trasparente" e "Prevenzione della Corruzione" - Anni 2013 - 2014

N.	VOCE	NUMERO DI VISUALIZZAZIONI PER LA VOCE ANNO 2013	NUMERO DI VISUALIZZAZIONI PER LA VOCE ANNO 2014
1	Amministrazione Trasparente	10.056	11.599
2	Prevenzione della Corruzione	8.933	9.956
3	Personale	1.597	1.903
4	Bandi di concorso - avvisi	813	1.792
5	Bandi di gara e contratti	314	1.594
6	Disposizioni Generali	896	1.256
7	Organizzazione	1.368	1.022
8	Personale non a tempo indeterminato	244	980
9	Dirigenti	262	906
10	Organi di indirizzo politico-amministrativo	267	875
11	Piano Performance	1.129	790
12	Dotazione organica	110	603
13	Attività e procedimenti	699	442
14	Tipologia dei procedimenti	585	447

## OBIETTIVO: 100% IL DIALOGO TRA 'RIPARTE IL FUTURO' E ANAC

Il 9 dicembre Riparte il futuro ha lanciato la prima petizione rivolta al mondo della salute, "Obiettivo 100%", per monitorare il rispetto da parte di tutte le Aziende sanitarie italiane di alcuni impegni anticorruzione. La petizione si è chiusa il 31 gennaio, data che la legge 190/2012 sulla trasparenza fissava come scadenza per approvare il piano anticorruzione e gli altri punti richiesti.

Sono state raccolte oltre 128mila firme. Forte di questo risultato, la campagna ha avviato un dialogo con l'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) affinché svolga il suo ruolo di monitoraggio, controllo, sanzione (segui sul [blog di Riparte il futuro](#)).

Dalla scadenza del 31 gennaio, le Aziende hanno un margine di tempo (entro fine febbraio) per procedere alla messa online delle informazioni e dei atti approvati.

Sul sito puoi controllare il punteggio della tua regione, ottenere informazioni sui dirigenti (atto di nomina, cv, compenso), contattare il responsabile anticorruzione, leggere il Piano triennale delle Aziende sanitarie a te più vicine.

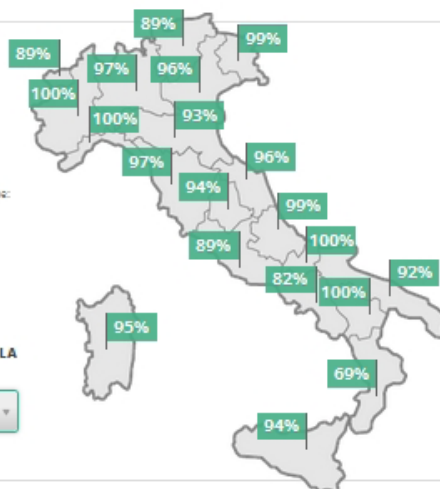
**MEDIA ITALIA 94%**

Punteggio trasparenza delle Aziende Sanitarie in base ai requisiti della petizione:

- bassa 0-33%
- media 34-66%
- alta 67-100%

SCOPRI QUANTO È TRASPARENTE LA SANITÀ NELLA TUA REGIONE

Basilicata



Dati aggiornati al 6 ottobre 2014

## CONTRO LA CORRUZIONE #CIMETTOILCAMICE

Medici, studenti e operatori sanitari hanno deciso di fare la propria parte contro la corruzione nella sanità italiana. [Guarda il WALL dei camici >>](#)

### ULTIME FIRME

Roberto S.	9 giorni fa
Giulia G.	29 giorni fa
Anna V.	un mese fa

### CAMPAGNA PROMOSSA DA



Altri sostenitori

## Il monitoraggio dei contenuti del nuovo PTTI 2015-2017

- Il PTTI 2015-2017 è stato realizzato in base alle "Linee guida Civit (Delib. Civit n.50/2013) e di quelle successive emanate da Anac e Ministero della Funzione Pubblica, tenendo conto delle seguenti nuove recenti normative:
- **DECRETO-LEGGE 24 aprile 2014, n. 66** (in G.U. 24/04/2014, n.95) , convertito con modificazioni dalla L. 23 giugno 2014, n. 89 (in G.U. 23/06/2014, n.143), ha disposto (con l'art. 8, comma 1, lettera c) la modifica dell'art. 33, comma 1.
- **DECRETO-LEGGE 24 aprile 2014, n. 66** (in G.U. 24/04/2014, n.95) , convertito con modificazioni dalla L. 23 giugno 2014, n. 89 (in G.U. 23/06/2014, n.143), ha disposto (con l'art. 8, comma 1, lettera a)) la modifica dell'art. 29, comma 1; (con l'art. 8, comma 1, lettera b) l'introduzione del comma 1-bis all'art. 29.
- **DECRETO-LEGGE 24 giugno 2014, n. 90** (in G.U. 24/06/2014, n.144) , convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114 (in S.O. n. 70, relativo alla G.U. 18/8/2014, n. 190),ha disposto (con l'art. 24-bis, comma 1) la modifica dell'art. 11.
- **DECRETO-LEGGE 24 giugno 2014, n. 90** (in G.U. 24/06/2014, n.144) , convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114 (in S.O. n. 70, relativo alla G.U. 18/8/2014, n. 190), ha disposto (con l'art. 19, comma 15) la modifica dell'art. 48
- **Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica - CIRCOLARE 14 febbraio 2014, n. 1/2014** Ambito soggettivo ed oggettivo di applicazione delle regole di trasparenza di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190 e al decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33: in particolare, agli enti economici e le società controllate e partecipate
- **ANAC Delibera 144/2014** - Obblighi di pubblicazione concernenti gli organi di indirizzo politico nelle pubbliche amministrazioni
- **ANAC Delibera n. 148 del 3 dicembre 2014** - Attestazioni OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni e attività di vigilanza e controllo dell'Autorità
- **ANAC Delibera 149/2014** Interpretazione e applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.
- Il monitoraggio, secondo il Piano, ha cadenza semestrale ed indica gli scostamenti dai contenuti previsti nella normativa che saranno oggetto di ulteriori verifiche e/o segnalazioni per eventuali inadempienze nella trasmissione dei dati.

Queste attività daranno origine ad un successivo report che valuterà azioni di semplificazione dei contenuti attraverso una consultazione circa la chiarezza e completezza dei dati, con attinenza con quanto indicato dalle normative vigenti in materia di trasparenza, al fine anche di evitare sovrapposizione di più contenuti riguardanti la singola tipologia dei dati, modificando e/o rettificando, ove necessario, i dati che dovessero non rispondere ai requisiti per la pubblicazione, al fine di assicurare la facilità di consultazione.

- L'attività del presente monitoraggio verrà pubblicata nella sezione "Amministrazione Trasparente" nella sezione denominata "Monitoraggi" delle sezioni «Amministrazione Trasparente» e «Prevenzione della Corruzione».

## I dati pubblicati della sezione «Amministrazione Trasparente»

- Tutti i documenti pubblicati nella sezione “Amministrazione Trasparente” sul Portale ASP [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net) riportano al loro interno i dati di contesto, ovvero autore, data periodo di aggiornamento o validità e l'oggetto al fine di garantire l'individuazione della natura dei dati e la validità degli stessi, anche se il contenuto informativo è reperito o letto al di fuori del contesto in cui è ospitato. Ogni soggetto dell'Azienda, in qualità di “Fonte” ha provveduto all'aggiornamento dei dati contenuti nella Sezione “Amministrazione Trasparente” che in futuro avverrà con cadenza indicata nel Programma
- Qualora si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti, la struttura responsabile della pubblicazione, provvederà ad effettuare le modifiche richieste sul portale entro un giorno lavorativo dalla ricezione della richiesta.
- Lo stato di attuazione del Programma, anch'esso in formato aperto e standard, sarà successivamente aggiornato secondo il prospetto di seguito riportato .
- I dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono state selezionate in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni di cui al D.lgs. n. 33 del 2013 ed alle delibere successive CIVIT/ANAC (n. 105/2010 e n. 2/2012 ) e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on line delle amministrazioni ed i relazione agli obblighi previsti dalla L.190/2012 in materia di anticorruzione.
- Le tabelle che seguono danno evidenza del tipo di documento e del riferimento normativo che ne prevede la pubblicazione, la Struttura competente alla sua predisposizione, la Struttura competente alla pubblicazione on-line dei documenti e dati e della relativa tempistica di pubblicazione indicata dalla bozza per la consultazione pubblica - Allegato 1 - delle Linee Guida per l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2013-2016 (delib. Civit n.50/2013) e successive Deliberazioni Anac.
- Indicano inoltre eventuali scostamenti oggetto di verifiche e contestazioni per la rispondenza agli obblighi di completezza previsti dalla normativa con particolare riferimento alle verifiche previste nell'ambito della Legge n.190/2012 (vedesi PTPC 2015 - 2017).

# Qualità delle informazioni, tempista per la pubblicazione e completezza dei dati

Il PTTI 2015-2017 prevede, come per gli anni precedenti, il rispetto di quanto indicato dall'art.6 del D.lgs n. 33/2013, garantendo cioè “la qualità delle informazioni, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità” segnalando alle Unità Operative responsabili della trasmissione del dato, i casi di mancata rispondenza degli stessi con la tipologia delle informazioni richieste.

I dati dovranno essere “aperti” secondo le modalità indicate dall'art. 7 del D.lgs 33/2013. I dati riferiti al periodo precedente verranno inseriti in un archivio on line consultabile secondo i tempi, tenendo conto di quelli per “l'oblio” indicati dalle normative vigenti (ovvero cancellazione definitiva dei dati)

A fine di consentire l'accesso ai dati ed agli archivi, il Responsabile della Trasparenza, d'intesa con i Responsabile aziendale SIA promuoverà progetti di innovazione tecnologica ed informatica a supporto della gestione ottimale dei dati necessari ad implementare la gestione ed archiviazione degli stessi da parte di operatori ed utenti, anche attraverso la creazione di un “Open Data” aziendale che rappresenta un obiettivo raggiungibile per step annuali successivi.

Particolare attenzione verrà dedicata alla completezza dei dati, con particolare riferimento a quelli relativi alla puntuale applicazione della L.190/2012 (vedi tabelle seguenti di comparazione).

# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Disposizioni Generali	Programma per la Trasparenza e l'integrità	Art.10,c.8,lett.a	Resp.Trasparenza	Dott.A.Bavusi	Annuale (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 3/2013)
	Atti Generali	Art.12,c.1,2	Direzioni -Resp Trasparenza	Dott.A.Bavusi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Oneri Informativi per cittadini e imprese	Art.34,c.1,2	Tutti i Servizi e le Strutture aziendali	Dirigenti di tutti i Servizi e Strutture Aziendali	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo (per le Aziende Sanitarie, la Direzione Strategica )	Art.13,c.1,lett.a - Art.14	Direzioni - Resp.Trasparenza	Dott.A.Bavusi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Sanzioni per mancata comunicazione	Art.47	Comunicazione Direzioni	Dott.A.Bavusi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Articolazione degli uffici	Art.13,c.1,lett.b,c	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Telefono e posta elettronica	Art.13,c.1,lett.d	Direzioni - Resp Trasparenza	Dott. A.Bavusi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	Art.15, c.1,2- Art.41,c.2,3	UOC Affari Generali	Dott.Giacomo Chiarelli	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Dirigenti	Art.10,c.8,lett.d- Art.15,c.1,2,5- Art.41,c.2,3	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Posizioni organizzative	Art.10,c.8,lett.d	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Dotazione organica	Art.16,c.1,2	UOC Gestione del Personale/UOC Segreteria Direzionale	Dott.ssa Colasurdo	Annuale e/o aggiornabile secondo variazioni apportate alla Dotazione Organica
	Personale non a tempo indeterminato	Art.17,c.1,2	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo - UOC/UOSD interessate	Annuale /Trimestrale (art.17,c.1-2 D.lgs n.33/2013)
	Tassi di assenza	Art.16,c.3	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Trimestrale (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	Art.18,c.1	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione collettiva	Art.21,c.1	Ufficio Relazioni Sindacali	C.Stabile	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Contrattazione integrativa	Art.21,c.2	Ufficio Relazioni Sindacali	C.Stabile	Annuale Annuale ( art.55,c.4 D.lgs n.150/2009
	OIV	Art.10,c.8,lett.c	UOSD Sviluppo delle Risorse	Dott.ssa Colasurdo	Annuale e/o in caso di modifica composizione OIV - art.14 delib.CIVIT n.12/2013



# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Bandi di Concorso		Art.19	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Performance	Piano della Performance	Art.10,c.8,lett.a	UOC Controllo di Gestione - Tecnostrutture di Staff	UOC Controllo di Gestione (Dott.Giovanni Chiarelli) - Tecnostrutture di Staff/OEA- Pianificazione Sanitaria: Dott.Mazzeo/ Dott.ssa Ammirati/ Dott.Dalia	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Relazione sulla Performance	Art.10.c.8,lett.b	UOC Controllo di Gestione/OIV Art.14 D.lgs n.150/2009	Art. 10 D.lgs n.150/2009 UOC Controllo di Gestione (Dott.Giovanni Chiarelli) - Tecnostrutture di Staff/OEA- Pianificazione Sanitaria: Dott.Mazzeo/ Dott.ssa Ammirati/ Dott.Dalia/ Dott. ssa Colasurdo (documento di validazione della relazione sulla Performance- Art.1, c.2 delibera CIVIT n.6/2012)	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Ammontare complessivo dei premi	Art.20,c.1	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Dati relativi ai premi	Art.20,c.2	UOC Gestione del Personale	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Benessere organizzativo	Art.20,c.3	UO Servizio di Prev.Prot./C.U.G/	Dott.ssa Colasurdo	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)



# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art.24,c.1	Tutte le Unità Operative ASP che pubblica e tengono aggiornati i dati relativi ai procedimenti	Tutte le Unità Operative interessate di cui art.24,c.1	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Tipologie di procedimento	art.35,c.1,2	Tutte le Unità Operative ASP che pubblica e tengono aggiornati i dati relativi ai procedimenti	Tutte le Unità Operative interessate di cui art.24,c.1	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Monitoraggio tempi procedurali	Art.24.c.2	Tutte le Unità Operative ASP che pubblica e tengono aggiornati i dati relativi ai procedimenti	Tutte le Unità Operative interessate di cui art.24,c.1	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art.35,c.3	Tutte le Unità Operative ASP che pubblica e tengono aggiornati i dati relativi ai procedimenti	Tutte le Unità Operative interessate di cui art.24,c.1	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Provvedimenti	Provvedimenti organi di indirizzo politico (per le Aziende Sanitarie, la Direzione Strategica)	Art.23, c.1-2 D.lgs n.33/2013	UOC Segreteria Direzionale/Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Semestrale (art.23,c.1 D.lgs n.33/2013)
	Provvedimenti dirigenti	Art.23, c.1-2 D.lgs n.33/2013	UOC Segreteria Direzionale/Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Semestrale (art.23,c.1 D.lgs n.33/2013)

# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Controlli sulle imprese		Art.25, c.1 lett a e b	UOC Attività Tecniche/ UOC Provveditorato	Arch.Cicale/Dott. Pennacchio	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Bandi di gara e contratti		Art.37,c.1,2	UOC Attività Tecniche/ UOC Provveditorato e UU.OO. interessate	Arch.Cicale/Dott. Pennacchio/ing.Nolè/UU.O O. interessate	Secondo le specifiche previste dal D.lgs n.163/2006 e L.190/2012

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art.26,c.1	USIB/Cure Primarie	Tutti i responsabili USIB /Cure Primarie dell'ASP	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013) nel rispetto dell'art.26,c.4 - D.lgs n.33/2013
	Atti di concessione	Art.26,c.2 - Art.27	USIB/Cure Primarie	Tutti i responsabili USIB/Cure Primarie dell'ASP	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013) nel rispetto dell'art.26,c.4 - D.lgs n.33/2013

# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art.29,c.1	UOC Economico-Finanziaria	Dott.F.Savino	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	Art.29,c.2	Solo per gli enti non sanitari (art.1,c.a D.lgs 91/2011)	Solo per gli enti non sanitari (art.1,c.a D.lgs 91 2011)	Solo per gli enti non sanitari (art.1,c.a D.lgs 91/2011)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Beni immobili e gestione del patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art.30	UOC Attività Tecniche	Arch. Cicale	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art.30	UOC Attività Tecniche	Arch. Cicale	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Controlli e rilevati sull'amministrazione		Art.31,c.1	UOC Segreteria Direzionale/Direzione Amministrativa	Direzione Amministrativa	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art.32,c.1	UOC Comunicazione Relazioni Esterne	Dott.G.Cascini	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)
	Costi contabilizzati	Art.32,c.2,lett.a	UOC Controllo di Gestione	Dott.ssa D'Anzileri/modello L.A.	Annuale (art.10,c.5 D.lgs n.33/2013)
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Art.32,c.2,lett.b	Tutte le UOC/VO che erogano Servizi	Tutte le UOC, Presidi, Direzioni Distrettuali ed Ospedaliere	Annuale (art.10,c.5 D.lgs n.33/2013)
	Liste di attesa	Art.41,c.6	Tutte le UOC/UOSD che erogano Servizi	Tutte le UOC/UOSD, Presidi, Direzioni Distrettuali ed Ospedaliere	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art.33	UOC Economico Finanziario	Dott.F.Savino	Annuale
	IBAN e pagamenti informatici	Art.36	UOC Economico Finanziario	Dott.F.Savino	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO D.Lgs 33/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Strutture sanitarie private accreditate		Art.41,c.4	Gestione CEA Aziendali	Dirigenti Gestione CEA aziendali per Ambiti Territoriali	Annuale Art.41,c.4, D.lgs n.33/2013)

# Periodicità di aggiornamento dei dati pubblicati

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	RIFERIMENTO DPCM 8/11/2013	UNITÀ OPERATIVA	DIRIGENTE RESPONSABILE	AGGIORNAMENTO
Scadenziario dei nuovi obblighi amministrativi D.P.C.M. 8/11/2013 G.U. 298 del 20/12/2013 (Nuova voce)	Per ciascun nuovo obbligo amministrativo indicato nella L.98 del 8/8/2013 - Decreto del Fare:				
	1) Denominazione 2) Sintesi o breve descrizione del suo contenuto 3) Riferimento normativo 4) Collegamento alla pagina del sito contenente le informazioni sull'adempimento dell'obbligo e sul procedimento  Sottosezione di secondo livello "Oneri informativi per cittadini ed imprese" - sottosezione di primo livello "Disposizioni Generali" - Sezione "Amministrazione Trasparente"		Tutte le UOC/UO /Dipartimenti coinvolti nella trasmissione dei dati	Tutte le UOC/UOSD, Presidi, Direzioni Distrettuali ed Ospedaliere	Tempestivo (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013) Da comunicare con PEC al Ministero Funzione Pubblica

# Tabella comparativa dell'obbligo di pubblicazione dei dati della L.190/2012 in relazione al D.lgs n33/2013

L.190/2012	D.lgs n.33/2013	Specifica per la pubblicazione contenuta nel D.lgs n.33/2013
Art.1,c.15 e 33	Art.11,c.2	2. Alle società partecipate dalle pubbliche amministrazioni di cui al comma 1 e alle società da esse controllate ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile si applicano, limitatamente alla attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea, le disposizioni dell'articolo 1, commi da 15 a 33, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Art.1, c 39 e 40	Art.15,c.5	Le pubbliche amministrazioni pubblicano e mantengono aggiornato l'elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione, di cui all'articolo 1, commi 39 e 40, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Art.1,c.28	Art.24,c.2	Le amministrazioni pubblicano e rendono consultabili i risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali effettuato ai sensi dell'articolo 1, comma 28, della legge 6 novembre 2012, n. 190.
Art.1,c.32	Art.37,c.1	Fermi restando gli altri obblighi di pubblicità legale e, in particolare, quelli previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190, ciascuna amministrazione pubblica, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163, e, in particolare, dagli articoli 63, 65, 66, 122, 124, 206 e 223, le informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture.
Art.1, c.35	Art.52,c.3	L'articolo 54 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, è sostituito dal seguente: «Art. 54. (Contenuto dei siti delle pubbliche amministrazioni). - 1. I siti delle pubbliche amministrazioni contengono i dati di cui al decreto legislativo recante il riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 35, della legge 6 novembre 2012, n. 190».

## Tabella comparativa relativa alla Trasparenza in relazione alla L.190/2012

L.190/2012	Indicazioni per l'attuazione della Trasparenza
Art.1,c.15	<p>15. Ai fini della presente legge, la trasparenza dell'attività amministrativa, che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n.150, é assicurata mediante la pubblicazione, nei siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di protezione dei dati personali. Nei siti web istituzionali delle amministrazioni pubbliche sono pubblicati anche i relativi bilanci e conti consuntivi, nonché i costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche e di produzione dei servizi erogati ai cittadini. Le informazioni sui costi sono pubblicate sulla base di uno schema tipo redatto dall'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, che ne cura altresì la raccolta e la pubblicazione nel proprio sito web istituzionale al fine di consentirne una agevole comparazione.</p>
Art.1, c 16	<p>16. Fermo restando quanto stabilito nell'articolo 53 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come da ultimo modificato dal comma 42 del presente articolo, nell'articolo 54 del codice dell'amministrazione digitale, di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, e successive modificazioni, nell'articolo 21 della legge 18 giugno 2009, n. 69, e successive modificazioni, e nell'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, le pubbliche amministrazioni assicurano i livelli essenziali di cui al comma 15 del presente articolo con particolare riferimento ai procedimenti di: a) autorizzazione o concessione; b) scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163; c) concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati; d) concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera di cui all'articolo 24 del citato decreto legislativo n.150 del 2009.</p>
Art.1,c.26	<p>26. Le disposizioni di cui ai commi 15 e 16 si applicano anche ai procedimenti posti in essere in deroga alle procedure ordinarie. I soggetti che operano in deroga e che non dispongono di propri siti web istituzionali pubblicano le informazioni di cui ai citati commi 15 e 16 nei siti web istituzionali delle amministrazioni dalle quali sono nominati.</p>

## Tabella comparativa relativa alla Trasparenza in relazione alla L.190/2012

L.190/2012	Indicazioni per l'attuazione della Trasparenza
Art.1,c.27	Le informazioni pubblicate ai sensi dei commi 15 e 16 sono trasmesse in via telematica alla Commissione.
Art.1, c 28	28. Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione
Art.1,c.29	29. Ogni amministrazione pubblica rende noto, tramite il proprio sito web istituzionale, almeno un indirizzo di posta elettronica certificata cui il cittadino possa rivolgersi per trasmettere istanze ai sensi dell'articolo 38 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n.445, e successive modificazioni, e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano.
Art.1,c.30	30. Le amministrazioni, nel rispetto della disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi di cui al capo V della legge 7 agosto 1990, n.241, e successive modificazioni, in materia di procedimento amministrativo, hanno l'obbligo di rendere accessibili in ogni momento agli interessati, tramite strumenti di identificazione informatica di cui all'articolo 65, comma 1, del codice di cui al decreto legislativo 7 marzo 2005, n.82, e successive modificazioni, le informazioni relative ai provvedimenti e ai procedimenti amministrativi che li riguardano, ivi comprese quelle relative allo stato della procedura, ai relativi tempi e allo specifico ufficio competente in ogni singola fase.



## Tabella comparativa relativa alla Trasparenza in relazione alla L.190/2012

L.190/2012	Indicazioni per l'attuazione della Trasparenza
Art.1,c.32	<p>32. Con riferimento ai procedimenti di cui al comma 16, lettera b), del presente articolo, le stazioni appaltanti sono in ogni caso tenute a pubblicare nei propri siti web istituzionali: la struttura proponente; l'oggetto del bando; l'elenco degli operatori invitati a presentare offerte; l'aggiudicatario; l'importo di aggiudicazione; i tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura; l'importo delle somme liquidate. Entro il 31 gennaio di ogni anno, tali informazioni, relativamente all'anno precedente, sono pubblicate in tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto che consenta di analizzare e rielaborare, anche a fini statistici, i dati informatici. Le amministrazioni trasmettono in formato digitale tali informazioni all'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, che le pubblica nel proprio sito web in una sezione liberamente consultabile da tutti i cittadini, catalogate in base alla tipologia di stazione appaltante e per regione. L'Autorità individua con propria deliberazione le informazioni rilevanti e le relative modalità di trasmissione. Entro il 30 aprile di ciascun anno, l'Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture trasmette alla Corte dei conti l'elenco delle amministrazioni che hanno omesso di trasmettere e pubblicare, in tutto o in parte, le informazioni di cui al presente comma in formato digitale standard aperto. Si applica l'articolo 6, comma 11, del codice di cui al decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163.</p>
Art.1, c 33	<p>33. La mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31 costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 20 dicembre 2009, n. 198, ed è comunque valutata ai sensi dell'articolo 21 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni. Eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.</p>
Art.1,c.34	<p>34. Le disposizioni dei commi da 15 a 33 si applicano alle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modificazioni, agli enti pubblici nazionali, nonché alle società partecipate dalle amministrazioni pubbliche e dalle loro controllate, ai sensi dell'articolo 2359 del codice civile, limitatamente alla loro attività di pubblico interesse disciplinata dal diritto nazionale o dell'Unione europea.</p>

# La Trasparenza come strumento fondamentale per la Prevenzione della Corruzione

Il P.N.A. attribuisce alla Trasparenza una funzione fondamentale per la prevenzione della corruzione e per l'efficienza e l'efficacia dell'azione amministrativa. Da questo punto di vista essa, infatti, consente:

- la conoscenza del responsabile per ciascun procedimento amministrativo e, più in generale, per ciascuna area di attività dell'amministrazione e, per tal via, la responsabilizzazione dei funzionari;
- la conoscenza dei presupposti per l'avvio e lo svolgimento del procedimento e, per tal via, se ci sono dei "blocchi" anomali del procedimento stesso;
- la conoscenza del modo in cui le risorse pubbliche sono impiegate e, per tal via, se l'utilizzo di risorse pubbliche è deviato verso finalità improprie;
- la conoscenza della situazione patrimoniale dei politici e dei dirigenti e, per tal via, il controllo circa arricchimenti anomali verificatisi durante lo svolgimento del mandato.

Per questi motivi la legge n. 190 è intervenuta a rafforzare gli strumenti già vigenti, pretendendo un'attuazione ancora più spinta della trasparenza, che, come noto, già era stata largamente valorizzata a partire dall'attuazione della l. n. 241 del 1990 e, successivamente, con l'approvazione del d.lgs. n. 150 del 2009.

La legge n. 190/2012 ha previsto che la trasparenza dell'attività amministrativa, "che costituisce livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili ai sensi dell'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione, secondo quanto previsto all'articolo 11 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, è assicurata mediante la pubblicazione" sui siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni delle informazioni rilevanti stabilite dalla legge.

Con il d.lgs. n. 33 si rafforza la qualificazione della trasparenza intesa, già con il d.lgs. n. 150 del 2009, come accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche. Emerge dunque con chiarezza che la trasparenza non è da considerare come fine, ma come strumento per avere una amministrazione che opera in maniera eticamente corretta e che persegue obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità dell'azione, valorizzando l'*accountability* con i cittadini.

Oltre agli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa compete al Responsabile della Trasparenza il controllo sulla completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate, segnalando all'organo di indirizzo politico, all'O.I.V., e nei casi più gravi, all'U.P.D. i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare e delle altre forme di responsabilità.

Il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge è garantito dai dirigenti responsabili degli uffici dell'amministrazione con verifiche attinenti i contenuti degli stessi.

**PROGRAMMA ANNUALE DI MONITORAGGIO E VERIFICA \*\***

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Disposizioni Generali	Programma per la Trasparenza e l'integrità	realizzato	Entro il 31/1/2015 : l'aggiornamento e l'adozione del PTTI 2015-2017 e l'integrazione con il PTPC secondo il PNA	
	Atti Generali	realizzato		
	Oneri Informativi per cittadini e imprese	realizzato		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014*	2015	Azioni
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo (per le Aziende Sanitarie, la Direzione Strategica)	realizzato		
	Sanzioni per mancata comunicazione	realizzato		
	Articolazione degli uffici	realizzato		
	Telefono e posta elettronica	realizzato		

## Il monitoraggio dei dati della sezione «Amministrazione Trasparente», verifiche e azioni

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014*	2015	Azioni
Personale	Incarichi amministrativi di vertice	realizzato	Modifiche ed integrazioni in base alla Delib Anac n. 144/2014	
	Dirigenti	realizzato		
	Posizioni organizzative	realizzato		
	Dotazione organica	realizzato		
	Personale non a tempo determinato	realizzato		
	Tassi di assenza	realizzato		
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	realizzato		
	Contrattazione collettiva	realizzato		
	Contrattazione integrativa	realizzato		
	OIV	realizzato		

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014	2015	Azioni
Bandi di concorso		realizzato		

## Il monitoraggio dei dati della sezione «Amministrazione Trasparente», verifiche e azioni

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Performance	Piano della Performance	realizzato	Per il 2015 è attuata l'integrazione del PTTI con il PTPC e con il Piano della Performance	
	Relazione sulla Performance	realizzato		
	Ammontare complessivo dei premi	realizzato		
	Dati relativi ai premi	realizzato		
	Benessere organizzativo	realizzato		E' in fase di realizzazione (Gennaio 2015)l'indagine di clima interno)

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014*	2015	Azioni
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	realizzato		
	Tipologie di procedimento	realizzato		
	Monitoraggio tempi procedimentali	realizzato		Nella sezione Prevenzione della Corruzione sono state pubblicati i modelli di schede di monitoraggio in fase di predisposizione da parte delle UU.OO.
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	realizzato		
	Dati aggregati attività amministrativa	realizzato		

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Provvedimenti	Provvedimenti organi di indirizzo politico (per le Aziende Sanitarie, la Direzione Strategica)	realizzato		
	Provvedimenti dirigenti	realizzato		

## Il monitoraggio dei dati della sezione «Amministrazione Trasparente», verifiche e azioni

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014*	2015	Azioni
Controlli sulle imprese	Controlli sulle imprese	realizzato		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Bandi di gara e contratti	Bandi di gara	realizzato	E' implementato da parte del SIA ASP attraverso la società Intema la piattaforma per rilevare anche le gara sottosoglia	
	Contratti	realizzato		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	realizzato		
	Atti di concessione	realizzato		
TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	realizzato		
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio	realizzato		

## Il monitoraggio dei dati della sezione «Amministrazione Trasparente», verifiche e azioni

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014*	2015	Azioni
Beni immobili e gestione del patrimonio	Patrimonio immobiliare	realizzato		
	Canoni di locazione o affitto	realizzato		

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Controlli e rilievi sull'amministrazione	realizzato		

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014 *	2015	Azioni
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	realizzato		
	Costi contabilizzati	realizzato		Per quanto concerne i costi contabilizzati si rileva che l'Azienda adotterà la contabilità analitica e, che allo stato, l'unico dato pubblicabile relativo a tale obbligo, è desumibile dal modello LA in fase di pubblicazione
	Tempi medi di erogazione dei servizi	realizzato		
	Liste di attesa	realizzato		

## Il monitoraggio dei dati della sezione «Amministrazione Trasparente», verifiche e azioni

TIPOLOGIA	DESCRIZIONE	2014	2015	Azioni	note
Scadenziario dei nuovi obblighi amministrativi D.P.C.M. 8/11/2013 G.U. 298 del 20/12/2013 (Nuova voce)	Per ciascun nuovo obbligo amministrativo indicato nella L.98 del 8/8/2013 - Decreto del Fare:				
	1) Denominazione 2) Sintesi o breve descrizione del suo contenuto 3) Riferimento normativo 4) Collegamento alla pagina del sito contenente le informazioni sull'adempimento dell'obbligo e sul procedimento  Sottosezione di secondo livello "Oneri informativi per cittadini ed imprese" - sottosezione di primo livello "Disposizioni Generali" - Sezione "Amministrazione Trasparente"		Richiesta a tutte le UOC/UO /Dipartimenti coinvolti nella trasmissione dei dati	Pubblicazione ed aggiornamento nella nuova sezione del Portale web aziendale	Aggiornamenti Tempestivi (ex art. 8, D.lgs. n. 33/2013) Da comunicare con PEC al Ministero Funzione Pubblica

\* 2014 – i dati sono aggiornati al mese di Dicembre 2014

\*\* monitoraggio effettuato in attuazione delle misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza



# Le iniziative per la trasparenza per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità

- Come previsto dall'art. 11, comma 2 del D.lgs. 150 del 2009, nel Programma Triennale per la trasparenza l'ASP per garantire un adeguato livello di trasparenza, di legalità e di sviluppo della cultura dell'integrità promuove iniziative e campagne informative.
- Da questa accezione ed al fine di consolidare il proprio ruolo sociale, di diffondere la cultura della trasparenza e perseguire standard più elevati di qualità, deve saper indicare e valorizzare i feedback dei suoi principali portatori di interessi.
- Nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività, la ASP promuoverà nel triennio considerato attività di confronto e di coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali e della società mediante un calendario di incontri ed iniziative.
- L'ASP svilupperà le modalità di consultazione, anche on line, già in essere per realizzare un concreto coinvolgimento dei diversi portatori di interesse nelle fasi di impostazione delle attività di competenza, di sviluppo delle linee programmatiche e della rendicontazione dei risultati raggiunti, secondo modalità semplici ed efficaci senza ulteriori aggravii procedurali.

# Ascolto degli Stakeholder

- Al fine di attuare l'ascolto dei cittadini e degli stakeholder esterni ed interni di cui le linee guida ANAC è disponibile sul sito web istituzionale dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza la sezione "Amministrazione Trasparente" che contiene una sezione dedicata cui richiedere informazioni e rivolgersi per qualsiasi comunicazione. Tale contributo porta un duplice vantaggio: una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini.
- Le pratiche di confronto e di coinvolgimento dei soggetti istituzionali e della società attivabili dall'ASP assumeranno differenti modalità:
  - **indiretta**, attraverso le segnalazioni pervenute tramite la posta elettronica inviate al Responsabile della Trasparenza e Responsabile Prevenzione della Corruzione ([responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.trasparenza@aspbasilicata.it) - [responsabile.anticorruzione@aspbasilicata.it](mailto:responsabile.anticorruzione@aspbasilicata.it));
  - **diretta** attraverso l'accesso civico - attraverso la lettura della tipologia di richieste
  - **diretta**: attraverso questionario on line volto anche a rilevare criticità nella comprensione dei dati per una loro semplificazione per una più facile comprensione
- Tutte i feedback pervenuti saranno riorganizzati in FAQ (*Frequently Asked Questions*) disponibili nella sezione dedicata alla trasparenza del sito istituzionale dell'ASP.
- D'intesa con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione continuerà anche per il 2015 il programma intrapreso sulla Carta Etica.

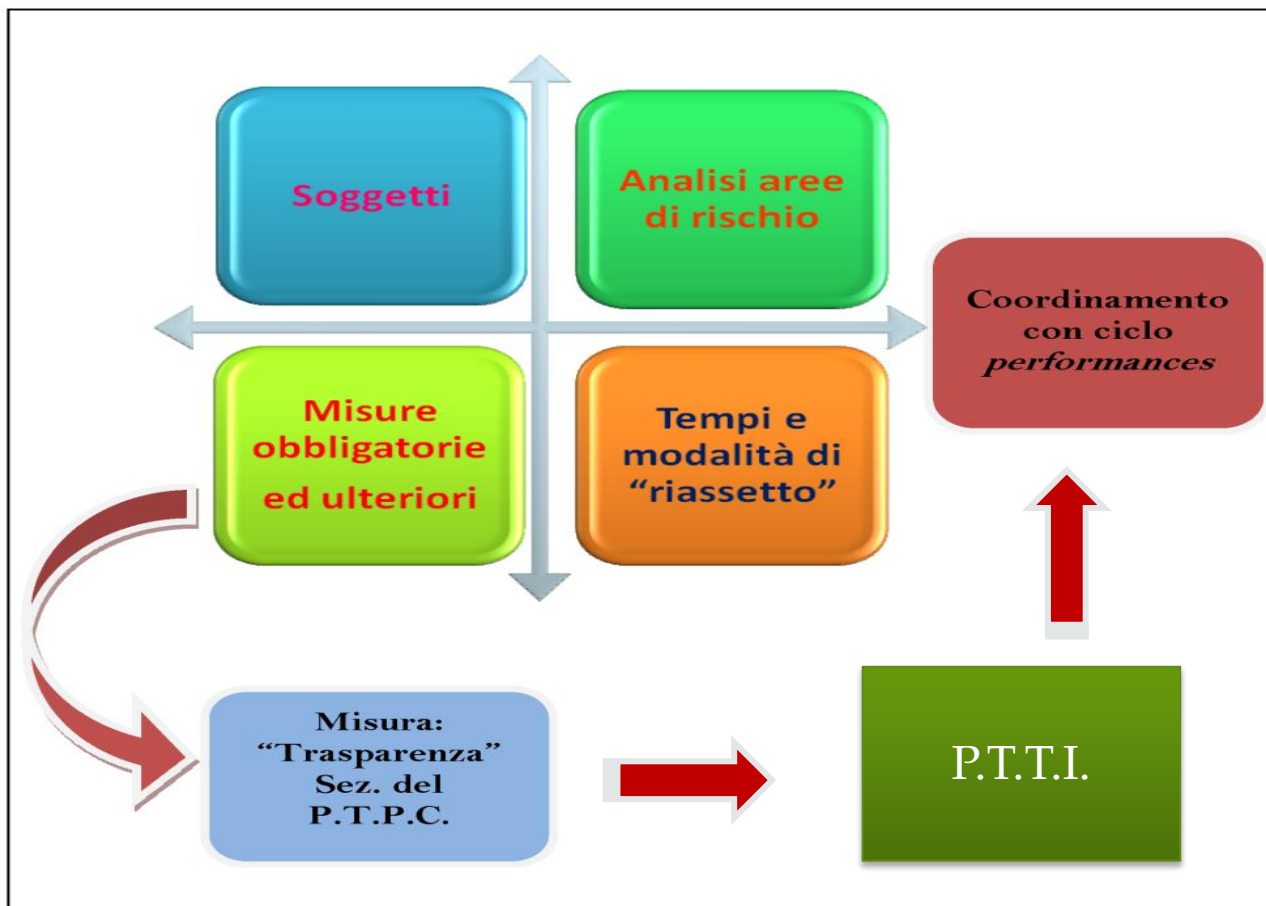
## Posta Elettronica Certificata (PEC)

- La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento. Essa rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.
- L'Azienda ha attivato un indirizzo PEC collegato all'Ufficio di protocollo centrale, dandone evidenza sulla home page del sito internet aziendale, così come previsto dalla vigente normativa; sono inoltre attivi altri indirizzi PEC, destinati alle principali macrostrutture aggiornate periodicamente in base alle diverse esigenze rilevate dal SIA (Servizio Informativo Automatizzato) aziendale.

Indirizzi P.E.C attivi - Gennaio 2015	
<b>UFFICIO PROTOCOLLO</b>	protocollo@pec.aspbasilicata.it
<b>COLLEGIO SINDACALE ASP</b>	collegio.sindacale@pec.aspbasilicata.net

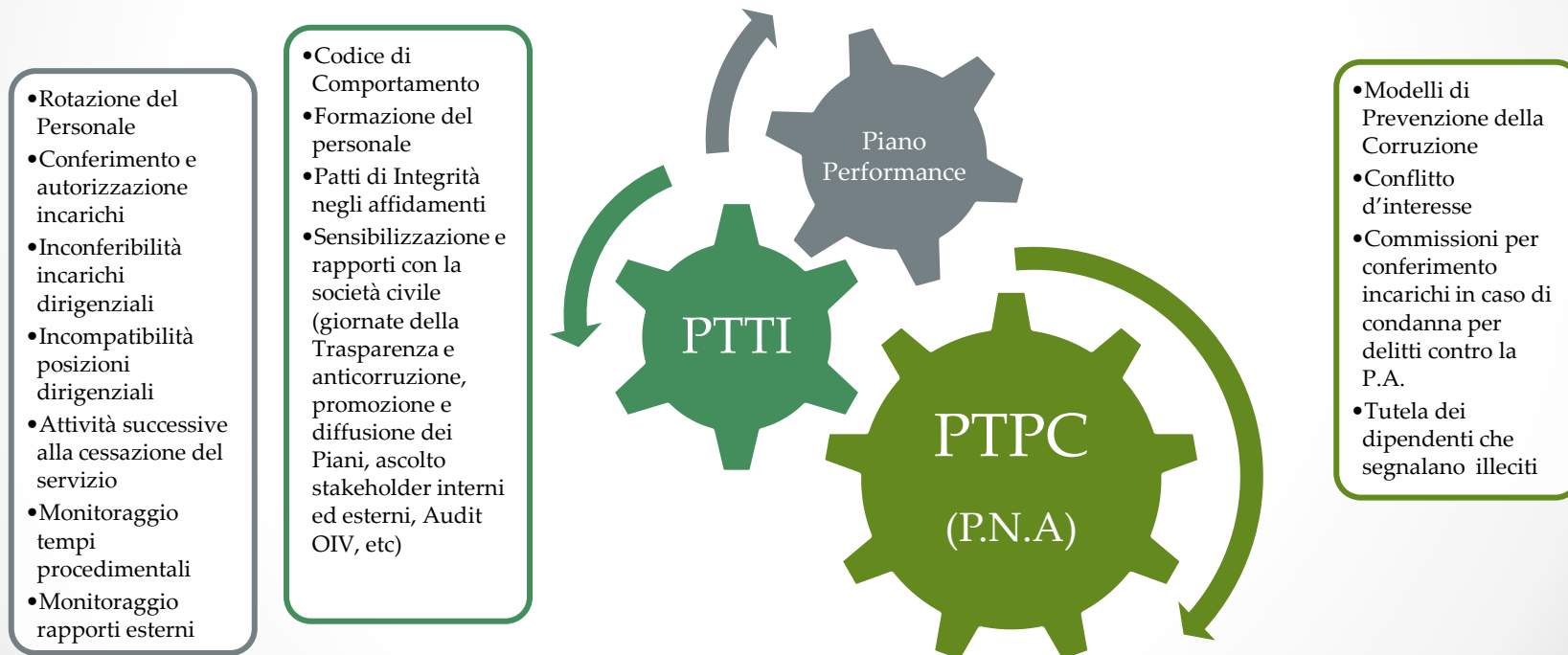
Indirizzi P.E.C attivi - MACROSTRUTTURE - Gennaio 2015	
<b>CURE PALLIATIVE VENOSA</b>	curepalliative.venosa@pec.aspbasilicata.it
<b>COMITATO ZONALE SPECIALISTICA AMBULATORIALE POTENZA</b>	comitato.speciamb@pec.aspbasilicata.it
<b>MEDICINA FISCALE VILLA D'AGRI</b>	medicinafiscale.potenza@pec.aspbasilicata.it
<b>MEDICINA FISCALE VENOSA</b>	medicinafiscale.venosa@pec.aspbasilicata.it
<b>MEDICINA FISCALE POTENZA</b>	medicinafiscale.potenza@pec.aspbasilicata.it
<b>MEDICINA FISCALE LAGONEGRO</b>	medicinafiscale.lagonegro@pec.aspbasilicata.it
<b>DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	sciadipartimentiprevenzioneasp@pec.aspbasilicata.it
<b>FARMACEUTICA TERRITORIALE POTENZA</b>	farmacia.potenza@pec.aspbasilicata.it
<b>FARMACEUTICA TERRITORIALE VENOSA</b>	farmacia.venosa@pec.aspbasilicata.it
<b>UNITÀ CURE PALLIATIVE MELFI</b>	ucp.melfi@pec.aspbasilicata.net
<b>LUNGODEGENZA P.O. VENOSA</b>	lungodegenza.venosa@pec.aspbasilicata.net
<b>SERT.T. MELFI</b>	sertmelfi@perc.aspbasilicata.net
<b>INNOVAZIONE, RICERCA E FORMAZIONE</b>	formazione@pec.aspbasilicata.net

Figura 3: Ambiti del P.T.P.C.



## I collegamenti del P.T.T.I. con il Piano di Prevenzione della Corruzione e Piano della Performance

- E' stato realizzato il coordinamento per l'integrazione ed il raccordo funzionale dei documenti indicati dal P.N.A. (PTPC-PTTI- Piano della Performance - Codice di Comportamento) e di tutte le altre azioni ivi previste.



# Audit dell'Organismo Indipendente di Valutazione

---

## Audit dell'Organismo Indipendente di Valutazione

- L'OIV svolge importanti compiti in materia di verifica sull'assolvimento degli adempimenti degli obblighi di trasparenza e di integrità attraverso un'attività di audit. In particolare l'OIV promuove l'assolvimento degli obblighi di trasparenza secondo le schede standard predisposte dall'ANAC per il monitoraggio di primo livello circa la pubblicazione dei dati nella sezione «Amministrazione Trasparente» e di «accesso Civico» (in proposito nel 2014 non si sono registrate richieste pervenute in tal senso).
- I risultati dei controlli confluiranno nella Relazione annuale che l'OIV presenterà agli organi politico-amministrativi dell'amministrazione.
- L'audit svolto dall'OIV è funzionale anche all'individuazione di inadempimenti che possono dar luogo alla responsabilità prevista dall'art. 11 comma 9 del D.lgs. 150 del 2009 fornendo indicazioni circa i correttivi da apportare agli strumenti di programmazione aziendali.

Codice Fiscale Amministrazione	Denominazione Amministrazione	Nome RFC	Cognome RFC	Data di nascita RFC	Qualifica RFC	Data inizio incarico di RFC	Il RFC svolge anche le funzioni di Responsabile della sicurezza? (S/No)	Organo d'indirizzo (solo se RFC manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	Nome Presidente Organo d'indirizzo (risponde solo se RFC è vacante)	Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RFC è vacante)	Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RFC è vacante)	Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RFC	Data inizio vacanza RFC (solo se RFC è vacante)
172260763	Azienda Sanitaria Locale di Potenza ASP	Beatoce	Nobè	16/09/1953	Dirigente Responsabile U.O.C. Interventi Sociali e Attività Ispettive	15/04/2013	NO						

ALLEGATO 2

ID	Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
1	<b>CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'EFFICACIA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (RPC)</b>	
1.A	<b>Stato di attuazione del PTPC</b> - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPC indicando i fattori che hanno determinato l'efficacia delle misure attuate	Il PTPC ha trovato piena applicazione in virtù del dialogo costante del RPC con la D.G. e con i Dirigenti ed il comparto. Importante è stata anche l'apertura verso le associazioni e la comunità che ha visto un momento significativo nell'incontro tenutosi in data 20/01/2014, incontro in cui le associazioni di volontariato, gli ordini professionali ed i sindacati hanno dato suggerimenti e fornito proposte sul PTPC in fase di stesura. A metà anno, in data 25/06/2014, è stata realizzata la Conferenza dei Servizi dal titolo " le misure per affermare la legalità- Il punto di vista della società civile e l'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza in tema di anticorruzione e trasparenza". Sono state registrate n.115 presenze, tra cui anche dirigenti dell'ASM, del CROB e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo.
1.B	<b>Aspetti critici dell'attuazione del PTPC</b> - Qualora il PTPC sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra quanto attuato e quanto previsto dal PTPC	Va sottolineato anche il notevole impegno profuso nella formazione che ha portato in aula circa 100 operatori, sia nel 2013 che nel 2014 e che certamente ha favorito lo sviluppo dell'interesse e dell'attenzione verso il PTPC.
1.C	<b>Ruolo del RPC</b> Valutazione sintetica dell'impulso e coordinamento del RPC rispetto all'attuazione del PTPC individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	Il RPC si è avvalso del sostegno della Direzione Strategica che ha dato un forte impulso all'attività di regolamentazione delle procedure, e di informatizzazione dei processi. Come pure importante è stata la collaborazione degli uffici e dei servizi, che hanno intensificato i controlli di tipo contabile e amministrativo ed i controlli sull'appropriatezza delle prestazioni e dei consumi di farmaci e presidi. Un aspetto critico è certamente quello di non poter disporre di un più nutrito gruppo di persone dedicate in materia di anticorruzione, a supporto del RPC.
1.D	<b>Aspetti critici del ruolo del RPC</b> - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPC rispetto all'attuazione del PTPC	



ID	Domanda	Risposta ( <i>inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate</i> )
2	<b>GESTIONE DEL RISCHIO</b>	
2.A	<b>Indicare se sono stati effettuati controlli sulla gestione delle misure di trattamento dei rischi di corruzione:</b>	
2.A.1	Sì	X
2.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
2.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
2.A.4	Se non sono stati effettuati controlli, indicare le motivazioni del loro mancato svolgimento:	
2.B	<b>Se sono stati effettuati controlli, indicare in quali delle seguenti aree sono state riscontrate irregolarità: (più risposte possibili)</b>	
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale	
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture	
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
2.B.5	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)	
2.C	<b>Se sono stati effettuati controlli, indicare come sono stati svolti nonché i loro esiti:</b>	
2.D	<b>Indicare se le attività ispettive sono state incluse tra le aree esposte a rischio di corruzione:</b>	
2.D.1	Sì (indicare le eventuali irregolarità riscontrate)	
2.D.2	No, l'amministrazione non svolge attività ispettive	
2.D.3	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
2.D.4	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X
2.E	<b>Formulare un giudizio sul modello di gestione del rischio</b> (Qualora si ritenesse necessaria una revisione del modello, indicare le modifiche da apportare):	

3	<b>MISURE ULTERIORI</b>	
3.A	<b>Indicare se sono state attuate misure ulteriori rispetto a quelle obbligatorie:</b>	
3.A.1	Sì	X
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
3.B.	<b>Se sono state attuate misure ulteriori, indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure: (più risposte possibili)</b>	
3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)	
3.B.2	Iniziative di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)	X
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)	
3.C	<b>Se sono state attuate misure ulteriori, formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia:</b>	
3.D	<b>Indicare le eventuali misure ulteriori che l'Ente dovrebbe adottare e attuare per rendere più efficace la prevenzione della corruzione:</b>	
4	<b>TRASPARENZA</b>	
4.A	<b>Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente":</b>	
4.A.1	Sì	X
4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTTI con riferimento all'anno 2014	
4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTTI con riferimento all'anno 2014	
4.B	<b>Se è stato informatizzato il flusso della pubblicazione dei dati, indicare quali tra i seguenti dati è pubblicato sulla base di un flusso informatizzato: (più risposte possibili)</b>	
4.B.1	Dirigenti (art. 15 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.B.2	Consulenti e collaboratori (art. 15 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.B.3	Atti di concessione e vantaggi economici comunque denominati (art. 26 del d.lgs. n. 33/2013)	X

4.B.4	Beni immobili e gestione del patrimonio (art. 30 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.B.5	Servizi erogati (art. 32 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.B.6	Tempi di pagamento (art. 33 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.B.7	Tipologie di procedimento (art. 35 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.B.8	Contratti (art. 37 del d.lgs. n. 33/2013)	X
4.C	<b>Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico:</b>	
4.C.1	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)	
4.C.2	No	X
4.D	<b>Indicare se sono state irrogate sanzioni in materia di trasparenza di cui all'art. 47 del d.lgs. 33/2013: (più risposte possibili)</b>	
4.D.1	Sì, nei confronti degli organi di indirizzo politico (indicare il numero di sanzioni)	
4.D.2	Sì, nei confronti dei dirigenti responsabili della pubblicazione (indicare il numero di sanzioni)	
4.D.3	Sì, nei confronti degli amministratori societari che non hanno comunicato dati ai soci pubblici (indicare il numero di sanzioni)	
4.D.4	No, anche se è stato disciplinato il procedimento con l'adozione di un regolamento	
4.D.5	No, non è stato disciplinato il procedimento	
4.D.6	No, non sono state riscontrate inadempienze	X
4.E	<b>Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:</b>	
4.E.1	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	X
4.E.2	No, anche se era previsto dal PTTI con riferimento all'anno 2014	
4.E.3	No, non era previsto dal PTTI con riferimento all'anno 2014	
4.F	<b>Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:</b>	
5	<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>	
5.A	<b>Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione:</b>	
5.A.1	Sì	X
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
5.B	<b>Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:</b>	

5.C	<b>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali tra i seguenti ne sono stati i destinatari: (più risposte possibili)</b>	
5.C.1	Responsabile della prevenzione della corruzione	X
5.C.2	Organi di controllo interno	X
5.C.3	Dirigenti	X
5.C.4	Dipendenti	X
5.D	<b>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali tra le seguenti materie ne sono stati i contenuti: (più risposte possibili)</b>	
5.D.1	Normativa anticorruzione e trasparenza	X
5.D.2	Piano triennale di prevenzione della corruzione	X
5.D.3	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità	X
5.D.4	Gestione del rischio	X
5.D.5	Codici di comportamento	X
5.D.6	Inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e conflitto d'interessi	X
5.D.7	Normativa sui contratti pubblici	X
5.D.8	Tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti (whistleblowing)	X
5.D.9	Normativa penale sulla corruzione	X
5.D.10	Altro (specificare i contenuti)	
5.E	<b>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno erogato contenuti: (più risposte possibili)</b>	
5.E.1	SNA	
5.E.2	Università	

5.E.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	X
5.E.4	Soggetto privato (specificare quali)	X
5.E.5	Formazione in house	
5.E.6	Altro (specificare quali)	
5.F	<b>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quale sono stati i criteri per l'affidamento degli incarichi di docenza</b>	

5.G	<p>Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti rispetto alla graduazione dei livelli di rischio per aree e ambiti dell'amministrazione:</p>	
6	<b>ROTAZIONE DEL PERSONALE</b>	
6.A	<b>Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:</b>	
6.A.1	Numero dirigenti	
6.A.2	Numero non dirigenti	
6.B	<b>Indicare se è stata effettuata la rotazione del personale:</b>	

6.B.1	Si (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti e dei funzionari)	X
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
6.C	<b>Se non è stata effettuata la rotazione, indicare le ragioni della mancata rotazione:</b>	
6.D	<b>Se è stata effettuata la rotazione, indicare in quale area è stata effettuata: (più risposte possibili)</b>	
6.D.1	Acquisizione e progressione del personale	X
6.D.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture	X
6.D.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;	X
6.D.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
6.D.5	Aree ulteriori (specificare quali)	
6.E	<b>Se è stata effettuata la rotazione, formulare un giudizio sulla rotazione del personale</b>	
7	<b>INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI</b>	
7.A	<b>Indicare se è stata richiesta la dichiarazione da parte dell'interessato dell'insussistenza delle cause di inconferibilità e incompatibilità:</b>	
7.A.1	Si	X
7.A.2	No	

7.B	Se non è stata richiesta la dichiarazione da parte dell'interessato, indicare le ragioni della mancata richiesta:	
7.C	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati:	
7.C.1	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	
7.C.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
7.C.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X
7.D	Se non sono state effettuate verifiche, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento:	
7.E	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconfiribilità per incarichi dirigenziali:	
8	<b>INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI</b>	
8.A	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla presenza di situazioni di incompatibilità:	
8.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'accertamento di violazioni)	X
8.A.2	No	
8.B	Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:	
8.B.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)	X
8.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
8.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
8.C	Se non sono stati effettuati monitoraggi, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento:	
8.D	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali	
9	<b>CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI</b>	
9.A	Indicare se sono state rilasciate autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:	
9.A.1	Sì (indicare il numero di richieste autorizzate e il numero di richieste non autorizzate distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti)	X
9.A.2	No	

4



9.B	<b>Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:</b>	
9.B.1	Sì	X (è stato adottato con deliberazione n. 521 dell'8/8/2013 il Regolamento aziendale in materia di incarichi extraistituzionali)
9.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
9.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
9.C	<b>Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione</b>	
9.D	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:</b>	
9.D.1	Sì (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	X
9.D.2	No	
9.E	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare la presenza di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:</b>	
9.E.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)	
9.E.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
9.E.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X
9.F	<b>Se non sono stati effettuati monitoraggi, indicare le ragioni del loro mancato svolgimento</b>	
10	<b>TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)</b>	
10.A	<b>Indicare se è stata attivata una procedura per la raccolta di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:</b>	
10.A.1	Sì	X
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
10.B	<b>Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:</b>	
10.C	<b>Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:</b>	
10.C.1	Documento cartaceo	X

10.C.2	Email	X
10.C.3	Sistema informativo dedicato	
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato	
10.D	<b>Se è stata attivata la procedura, indicare da quali soggetti sono pervenute le segnalazioni:</b>	
10.D.1	Personale dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)	X
10.D.2	Personale non dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)	
10.D.3	Nessuno	
10.E	<b>Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:</b>	
10.E.1	Sì (indicare il numero di casi)	
10.E.2	No	X
10.F	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni in assenza di una procedura o che non hanno utilizzato la procedura attivata:</b>	
10.F.1	Personale dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)	
10.F.2	Personale non dirigente (indicare il numero delle segnalazioni)	
10.F.3	Altro (indicare il numero di segnalazioni e la tipologia di soggetti)	
10.F.4	Nessuna	X
10.G	<b>Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie</b>	
11	<b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b>	
11.A	<b>Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):</b>	
11.A.1	Sì	X
11.A.2	No	

11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e dei contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:	
11.B.1	Sì	X (all'atto della sottoscrizione del contratto individuale di lavoro è stata inserita la clausola sull'osservanza da parte del dipendente del Codice di Comportamento emanato con DPR 62/2013 e del Codice di Comportamento Aziendale adottato con D.D.G. n. 756/2013. Inoltre viene rilasciata copia del predetto Codice in uno al contratto individuale di lavoro.
11.B.2	No	
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute richieste di parere relative all'applicazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:	
11.C.1	Sì (indicare il numero di pareri rilasciati)	
11.C.2	No	X
11.D	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione :	
11.D.1	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	
11.D.2	No	X
11.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:	

11.E.1	Sì (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)	
11.E.2	No	
11.F	<b>Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:</b>	
<b>12</b>	<b>PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI</b>	
12.A	<b>Indicare se nel corso del biennio 2013-2014 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:</b>	
12.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)	X
12.A.2	No	
12.B	<b>Indicare se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:</b>	
12.B.1	Sì (indicare il numero di procedimenti)	X
12.B.2	No	
12.C	<b>Se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:</b>	
12.C.1	Sì, multa (indicare il numero)	
12.C.2	Sì, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)	X
12.C.3	Sì, licenziamento (indicare il numero)	
12.C.4	Sì, altro (specificare quali)	
12.D	<b>Se nel corso del biennio 2013-2014 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia distinto tra dirigenti e non dirigenti; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):</b>	
12.D.1	Sì, peculato – art. 314 c.p.	X
12.D.2	Sì, Concussione - art. 317 c.p.	
12.D.3	Sì, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	
12.D.4	Sì, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	

12.D.5	Sì, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.	
12.D.6	Sì, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.	
12.D.7	Sì, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	
12.D.8	Sì, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.	
12.D.9	Sì, altro (specificare quali)	
12.D.10	No	
12.E	<b>Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali</b> (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area distinto tra dirigenti e non dirigenti):	
12.E.1	Acquisizione e progressione del personale	
12.E.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;	
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
12.E.5	Altre aree dell'amministrazione (indicare quali)	X
13	<b>ALTRE MISURE</b>	
13.A	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare l'esistenza di situazioni in cui dipendenti pubblici cessati dal servizio sono stati assunti o hanno svolto incarichi professionali presso soggetti privati destinatari dell'attività dell'amministrazione secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. 165/2001:</b>	
13.A.1	Sì (indicare il numero di casi monitorati e il numero di violazioni accertate distinguendo tra assunzioni e incarichi professionali)	
13.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
13.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X
13.B	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per accertare il rispetto del divieto di contrattare contenuto nell'art. 53, comma 16-ter del d.lgs. n. 165/2001:</b>	
13.B.1	Sì (indicare il numero di casi monitorati e il numero di violazioni accertate)	
13.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
13.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	X
13.C	<b>Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001:</b>	
13.C.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)	
13.C.2	No	X

13.D	<b>Indicare se sono stati effettuati monitoraggi per verificare il rispetto dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001:</b>	
13.D.1	Sì (indicare la periodicità dei controlli e il numero di violazioni accertate)	X
13.D.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
13.D.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2014	
13.E	<b>Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:</b>	
13.E.1	Sì (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)	
13.E.2	No	X
13.F	<b>Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitro:</b>	
13.F.1	Sì (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)	
13.F.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitro	
13.F.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitro	X
13.G	<b>Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)</b>	
13.G.1	Sì, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione	
13.G.2	Sì, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate	
13.G.3	No	X
13.H	<b>Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:</b>	



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

## RELAZIONE ANNUALE SULL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2014-2016.

### ***Adozione del Piano e sua diffusione – raccordo con il Piano Triennale per la Trasparenza.***

L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP con deliberazione aziendale n. 219 del 15.04.2013 ha provveduto alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione; successivamente, con posta certificata e seguendo la prassi prevista è stato comunicato alla CIVIT il nominativo del Responsabile della prevenzione della corruzione (nota del 28.06.2013).

Già nel 2013 il Responsabile della prevenzione della corruzione, con nota prot. n. 71374 del 15.05.2013 aveva trasmesso al Direttore Generale la prima Proposta di Piano Triennale per la prevenzione della corruzione, predisposta in attuazione dell'art.1 comma 8 della legge 190/2012 per la sua successiva adozione; il Piano era stato quindi adottato con la deliberazione n. 314 del 27/05/2013.

Agli inizi del 2014, in sede di predisposizione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione per le annualità 2014-2016, ritenendo importante la promozione di un ruolo attivo da parte della società civile, e allo scopo di raccogliere suggerimenti e proposte da parte dei cittadini e dei loro rappresentanti,

**è stato redatto AVVISO PUBBLICO per la PROCEDURA APERTA** per l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e del Programma triennale per la Trasparenza, con allegato un modulo per la raccolta di osservazioni e proposte da parte dei cittadini; detto avviso è stato pubblicato sul sito in data 3.01.2014;



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

**in data 20/01/ 2014 nella Sala Formazione dell’Azienda**, il Responsabile della prevenzione della corruzione e il Responsabile per la Trasparenza **hanno condotto un incontro con le Associazioni di Volontariato, gli Ordini Professionali ed i Sindacati** volto a raccogliere proposte sulle azioni da inserire nel Piano anticorruzione.

**Con nota mail del 23 gennaio 2014 è stata trasmessa al Direttore Generale la Proposta di Piano Triennale per la prevenzione della corruzione-2014-2016, predisposta dalla scrivente in attuazione dell’art.1 comma 8 della legge 190/2012 per la sua successiva adozione, recante al suo interno il Programma triennale per la trasparenza redatto dal Responsabile per la Trasparenza.**

Detta proposta di Piano ha al suo interno un capitolo (il capitolo 6) dedicato alla mappatura del grado rischio di pratiche corruttive, mappatura che era stata già fatta nel 2013 ma che si è inteso rivedere alla luce della metodologia indicata nel nuovo Piano Nazionale Anticorruzione.

Nel mese di gennaio 2014 è stato portato a compimento tale lavoro di analisi dei processi e graduazione del rischio, in collaborazione con i Direttori di UU.OO.CC., lavoro confluito appunto nel capitolo n. 6 e sintetizzato nella **Tabella recante il Catalogo dei Processi- Rischi Specifici- Misure di gestione del Rischio.**

**Va sottolineato che la suddetta attività ha consentito:**

- **l’individuazione di altre aree di rischio rilevanti in relazione alle peculiarità organizzative e funzionali dell’ Azienda**, oltre alle aree di rischio comuni a tutte le amministrazioni;
- **l’indicazione di ulteriori misure di gestione del rischio corruttivo**, in aggiunta a quelle obbligatorie e trasversali previste dalla normativa e dal PNA;
- **la definizione di un sistema capillare di responsabilità rispetto ad obiettivi chiari, misurabili e rendicontabili**, per dare un impulso effettivo alla promozione dell’integrità;



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

- **lo sviluppo di un approccio integrato con il Piano della Performance**, includendo in tale Piano anche gli obiettivi, indicatori e target di trasparenza ed integrità (oltre che nelle schede di budget). Il grado di raggiungimento degli obiettivi del PTPC da parte delle UU.OO. è oggetto di valutazione periodica anche ai fini della retribuzione di risultato.



### PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2013 – 2015 e 2014 – 2016

Relazione e coordinamento del PTPC con:



7

Si è, quindi, pervenuti all'approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2014-2016, con la deliberazione n. 44 del 30.01.2014, nel rispetto della scadenza fissata al 31/1/2014 dal Dipartimento della Funzione Pubblica.



*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*  
*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

Detto Piano Triennale, come previsto dalla normativa, è stato trasmesso al Dipartimento della Funzione Pubblica per via telematica alla sezione PERLA PA, al Dipartimento Salute della Regione Basilicata (con nota n.31738 del 28.02.2014) ed è stato pubblicato sul sito aziendale nella sezione dedicata.

Per garantire, poi, l'avvenuta conoscenza del Piano da parte di ciascun operatore attestato alle singole UU.OO., si è provveduto ad inoltrare, con nota prot. n. 19042 del 5.02.2014, un invito a scaricare dal sito il Piano in parola e a farne oggetto di confronto interno e a registrarne la presa d'atto.

**Nel dare attuazione al Piano sono state attuate nel corso dell'anno tutte le azioni ivi previste per l'annualità 2014, nel pieno rispetto dei termini fissati nel Cronoprogramma del Piano stesso.**

Per richiamare ancora l'attenzione dei dirigenti e dei dipendenti sulle azioni programmate e sulla loro tempistica, il Responsabile della prevenzione della corruzione ha poi pubblicato sul sito web aziendale, in data 18 febbraio, la **Checklist su base settimanale** per l'intero anno 2014.

Si è anche provveduto alla stesura di un articolo sui temi della L.190 e sul Piano 2014-2016, in collaborazione con il Responsabile per la Trasparenza, articolo inviato all'ufficio stampa in data 3/02/2014 e poi pubblicato sulla rivista aziendale n. 3 febbraio/marzo 2014.

Va sottolineato che nel 2014, come già nell'anno precedente, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ha avuto modo di registrare una buona compliance nei Responsabili di Struttura, i quali attraverso un dialogo continuo e produttivo con il Responsabile, hanno collaborato attivamente, dimostrando di aver compreso appieno la necessità di condividere con il Responsabile della prevenzione della corruzione sia la strategia che i percorsi operativi più idonei a prevenire e contrastare i fenomeni corruttivi.

***La collaborazione del personale nei riguardi del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata anche stimolata e favorita dalla sensibilità, dall'impegno e dall'attenzione***



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE

Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

***costante della Direzione Strategica sui temi della legalità e dell'integrità, pienamente convinta della necessità di valorizzare, coordinare e portare a sistema i controlli interni per renderli quanto più possibile efficienti ed efficaci.***

**Insieme e di comune accordo, la Direzione Strategica, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile per la Trasparenza hanno agito per incidere concretamente sulla prevenzione del rischio, evitando di cadere nella trappola della "cultura del mero adempimento" che privilegia il rispetto formale delle procedure e dei tempi piuttosto che la consapevole attuazione di una efficace politica di prevenzione della corruzione.**

In particolare con il Responsabile per la Trasparenza ci si è confrontati quotidianamente, anche condividendo alcuni percorsi e avviando congiuntamente alcune richieste ai servizi aziendali. Il collegamento tra le azioni previste sul versante della trasparenza e le azioni previste sul versante dell'anticorruzione è stato "agito sul campo" in maniera sinergica.

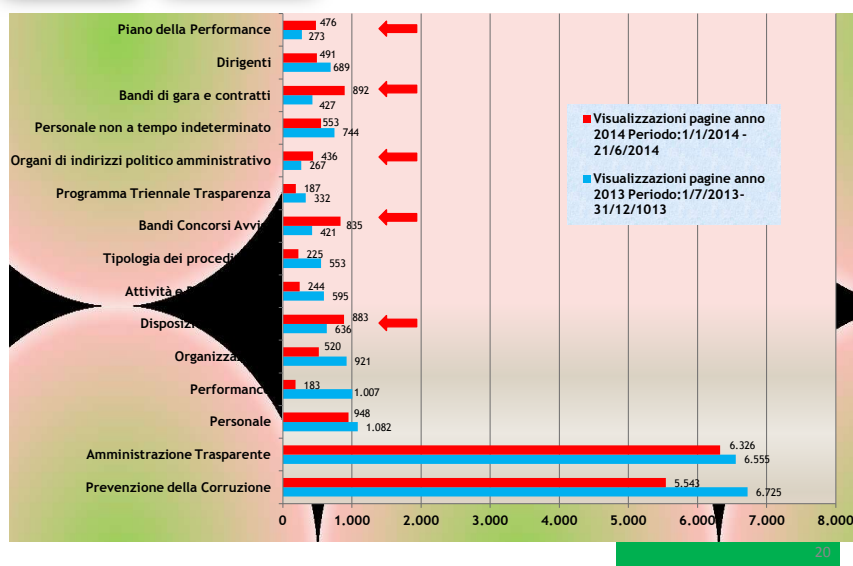
L'intensa attività condotta per la piena attuazione del Piano Triennale per la prevenzione della corruzione e le frequenti pubblicazioni da parte del Responsabile sul sito aziendale nella sezione dedicata alla prevenzione della corruzione, hanno fatto sì che la suddetta sezione registrasse un notevole numero di visualizzazioni (n.5.543 visualizzazioni solo nel periodo dal 1° gennaio 2014 al 21/6/2014. , come da interrogazione su Google effettuata dall'URP per il periodo considerato).



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè



Statistica delle pagine visualizzate on line sul sito ASP - [www.aspbasilicata.net](http://www.aspbasilicata.net)





AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

## **Iniziative di promozione dell'integrità e della trasparenza rivolte alla società civile e ai dipendenti dell'Azienda.**

### **1. Conferenza dei Servizi.**

La Conferenza dei Servizi ***“ Le misure per affermare la legalità – Il punto di vista della società civile e l'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza in tema di anticorruzione e trasparenza”***, prevista nel Piano entro il 30 novembre, è stata realizzata in data **25/06/2014 presso il Park Hotel a Potenza**. L'organizzazione di detta Conferenza dei Servizi ha visto la collaborazione dei due Responsabili ed ha richiesto un notevole impegno (la prima nota trasmessa alla direzione strategica sulla organizzazione della conferenza è dell' 8 aprile 2014, prot. n. 53694).

Tutto il lavoro di divulgazione dell'evento, di scelta e contatti con i relatori, di predisposizione e stampa dei materiali occorrenti (manifesti, registro partecipanti, attestati, cartelle per i partecipanti, ecc.) è stato condotto da aprile a giugno.

La Conferenza, aperta dai saluti del Direttore Generale e dagli interventi dei due Responsabili per la trasparenza e per la prevenzione della corruzione, è stata articolata su due momenti: quello della tavola rotonda, cui hanno preso parte il Presidente dell'Associazione Nazionale LIBERA, il Presidente dell'OIV e un Rappresentante dell'Associazione Cittadinanza Attiva, e quello pomeridiano dedicato al confronto interno tra i Direttori delle UU.OO. e coordinato dal Direttore Amministrativo.

L'evento ha avuto un buon riscontro sia tra i dipendenti che all'esterno. **Sono state registrate 115 presenze, tra cui anche dirigenti dell'ASM, del CROB e dell'Azienda Ospedaliera San Carlo.**

Nei giorni successivi la stampa locale ha dato notevole risalto all'iniziativa.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

## 2. Info-day e Carta Etica

**Per l'organizzazione dell' Info-day, il Responsabile della prevenzione della corruzione, insieme al Responsabile della Trasparenza, ha tenuto un primo incontro con la Direzione Amministrativa e con alcuni Dirigenti Medici in data 22/07/2014.** Da tale incontro è venuta fuori l'idea di prevedere un incontro formativo per ciascun ambito territoriale.

In pari data il Gruppo Progettuale composto dai collaboratori dei due Responsabili, ha approntato delle schede su alcuni aspetti della relazione tra l'operatore sanitario ed il paziente, con particolare attenzione agli aspetti etici.

Con mail del 24/7/2014, è stato quindi chiesto al Direttore del P.O. di Villa D'Agri, al Direttore dell'USIB di Venosa, al Direttore del DSM, al Dirigente Responsabile dei Consultori Familiari, al Direttore del SERT di Potenza e al Direttore del Dipartimento Area Medica Assistenza Post-Acuzie, di individuare un operatore sanitario per ciascuna U.O. che completasse le schede allegate, riportando il punto di vista della propria esperienza aziendale e che nel farlo sapesse coinvolgere le altre figure professionali con cui egli lavora quotidianamente.

Dette schede contengono punti di domanda ed esempi di risposta emersi durante un'esperienza formativa condotta nella ASL di Alba-Bra finalizzata alla stesura della Carta Etica, e sono state modificate dal Gruppo Progettuale per adattarle al nostro contesto aziendale. Per ciascuna area tematica, inoltre, sono stati riportati gli articoli del Codice di Comportamento aziendale pertinenti a ciascun tema.

I temi individuati sono i seguenti:

- Accoglienza;
- Chiusura e apertura- oltre i compartimenti stagni;
- Trasparenza esterna;
- Collaborare;
- Empatia;

AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

- Identità- carattere dell'Azienda;
- Identità e molteplicità.



**Sono stati, quindi, nominati i referenti e da ciascuno di essi sono state acquisite le relative schede, poi discusse nell'incontro organizzato in azienda in data 25/09/2014.**

Della riunione è stato redatto apposito verbale, in cui sono stati fissati gli impegni futuri:

- Stesura finale delle schede e loro pubblicazione sul sito web aziendale;
- Organizzazione di incontri di ambito per allargare la discussione agli altri operatori sanitari;
- Stesura finale di un documento unico (Carta Etica).



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

**Le schede definitive di ciascun Referente sono poi state pubblicate in una apposita sezione del sito aziendale** per allargare il confronto fra gli operatori sui contributi fin qui elaborati.

Infine, i due Responsabili per la trasparenza e l'integrità, supportati dal gruppo progettuale, ha predisposto la **Carta Etica**, sulla base dei contributi ricevuti dai Referenti, discutendone ampiamente **nell'incontro del 24/10/2014**.

**In data 6 novembre** presso la Struttura Centrale si è tenuto l'Info-Day con il Gruppo allargato, nel corso dei lavori è stata approvata la Carta Etica e sono state programmate le azioni da sviluppare nell'anno 2015.



Alla base di tale lavoro si è scelto **un approccio rivolto alla persona** più che al sistema organizzativo, adottando la prospettiva dell'attore piuttosto che la prospettiva del sistema.

Abbiamo voluto creare per gli operatori sanitari dei momenti in cui riflettere sulle proprie convinzioni morali, indicando la via del dialogo tra gli operatori e favorendo l'emersione di orizzonti di domanda e possibili risposte e proposte per migliorare il lavoro e sviluppare un'etica vicina alla persona.

Etica della responsabilità: **chiunque lavori con le persone non può chiamarsi fuori.**

**L'aver messo al centro l'operatore per arrivare alla stesura della carta etica, ha portato tutti noi a riflettere anche su come l'operatore- attore impatta con il sistema organizzativo, e questo è inevitabile in quanto lavoriamo e produciamo relazioni e valori stando all'interno di una organizzazione.**

La Carta Etica è consultabile sul sito aziendale.

A breve si aprirà una procedura aperta di consultazione, essendo la Carta Etica, per sua stessa natura, un documento flessibile e dinamico, da arricchire nel tempo con il contributo di tutti.

È stata avanzata anche la richiesta ad una Scuola Media di Potenza, per tenere un incontro informativo con gli studenti sui temi della legalità ed integrità, richiesta inoltrata con nota prot.





AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

52215 del 7 aprile 2014. A tale richiesta non è stato dato alcun riscontro da parte del Dirigente Scolastico.

## Attività Formativa

**Sono state avviate già a marzo le azioni volte a realizzare il corso di formazione previsto nel Piano al Capitolo 8.** In particolare, con nota n. 33537 del 4.03.2014, sono stati invitati i Direttori delle strutture maggiormente esposte al rischio corruzione (come rilevato nella mappatura del rischio) e quelle ritenute tali dalla scrivente per il tipo di attività svolta, ad individuare il personale da formare. **E' stato poi definito un elenco nominativo dei partecipanti al percorso formativo (n. 110 dipendenti), sulla base delle designazioni effettuate dalle UU.OO.** interessate, entro i termini previsti del 31 marzo.

E' stata contattata la Società Opera Bari per la realizzazione del corso e sono state predisposte tre aule, facendo attenzione a che in ogni aula ci fossero esponenti dei vari servizi e dei diversi ruoli.

Il Corso, accreditato ECM, **è stato avviato in data 12 giugno e si è concluso il 2 luglio 2014.** Si sono avute tre edizioni, per un totale di 15 ore ciascuna.

**In complesso vi sono state 9 giornate di formazione per un totale di 95 partecipanti, i quali hanno apprezzato molto la qualità dei docenti e l'articolazione dei moduli didattici.**

**Vari anche i servizi che sono stati coinvolti nel processo formativo:** dirigenti e collaboratori delle UU.OO. Gestione del Personale, SERT, DSM, Medicina del Lavoro. USIB, Ufficio Legale, ADI, ecc..

Il personale a supporto del responsabile della prevenzione della corruzione ha garantito la costante presenza in aula per tutte le 9 giornate formative, al fine di monitorare il grado di soddisfazione degli allievi e di rilevare eventuali problemi e richieste.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

Il Corso si è chiuso con la compilazione dei test di verifica dell'apprendimento e con la stesura del questionario sul grado di soddisfazione dei corsisti.

***I contenuti sviluppati nel corso sono stati i seguenti:***

- La L.190/2012 e successivi decreti attuativi;
- La corruzione quale rischio tipico delle organizzazioni pubbliche;
- Attività maggiormente a rischio nelle aziende sanitarie e meccanismi di controllo;
- Conflitto di interessi anche potenziale ed obbligo di astensione
- Codice di comportamento del legislatore nazionale e codice di comportamento delle singole amministrazioni;
- La nuova disciplina della inconfiribilità ed incompatibilità nella legge anticorruzione
- Le relazioni tra il Piano anticorruzione e il Piano per la trasparenza.

La presenza tra i docenti di magistrati, avvocati ed esperti di organizzazione e gestione del rischio in uno alla partecipazione attiva degli operatori hanno fatto sì che la valutazione finale di gradimento del corso risultasse molto elevata e comune a tutti i partecipanti.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, fra le diverse azioni di promozione dell'integrità, ha anche svolto la funzione di **Relatore alla Giornata della Trasparenza organizzata dall' I.R.C.C.S. C.R.O.B.a Rionero in Vulture in data 20 novembre.**

In data 2/12/2014 lo stesso ha poi partecipato all'evento formativo organizzato dalla Regione Basilicata: "Giornata-studio relativa agli Adempimenti ex art.1,c.32 L.190/2012 e al Monitoraggio opere pubbliche BDAP-MEF D.L.gs. 229/2011".



*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*  
*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

## **Altre misure di prevenzione messe in atto per la prevenzione del rischio corruttivo.**

### **Monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dal regolamento, per la conclusione dei procedimenti.**

Per avviare la rilevazione della tipologia dei procedimenti ed il monitoraggio del rispetto dei termini procedurali già nel 2013 è stata inviata ai Direttori di UU.OO. una nota a firma congiunta con il Responsabile per la Trasparenza, recante in allegato una apposita scheda per dare omogeneità e uniformità alla descrizione dei procedimenti in essere in ciascuna U.O.

Nel 2014 è stato effettuato il previsto monitoraggio semestrale del rispetto dei termini procedurali; le schede predisposte ad hoc dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione sono state compilate dalle UU.OO. interessate sia a fine giugno che a fine novembre, e pubblicate sul sito aziendale.

I procedimenti conclusi in ritardo rappresentano circa il 5% del totale dei procedimenti espletati. Le motivazioni riportate a giustificazione del ritardo riguardano solitamente la richiesta da parte delle UU.OO. di ulteriore integrazione della documentazione presentata dall'utenza.

### **Monitoraggio della insussistenza delle cause di inconferibilità ed incompatibilità per gli incarichi dirigenziali.**

Con nota prot. 79045 del 3/06/2014 è stato predisposto e trasmesso a tutte le UU.OO.CC. e UOSD il nuovo modello di autodichiarazione sulle cause di inconferibilità ed incompatibilità redatto alla luce dell'ultima bozza di deliberazione dell'ANAC sulla materia.



*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*

*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

A luglio erano pervenute circa il 60% delle autodichiarazioni attese. A metà luglio si è proceduto alla pubblicazione di tutte le autodichiarazioni sul sito aziendale e alla pubblicazione dell'elenco degli inadempienti. L'elenco degli inadempienti è stato poi via via aggiornato man mano che si ricevevano le autodichiarazioni trasmesse con ritardo, fino alla completa ricezione di dette autodichiarazioni da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

**Conflitto di interesse- monitoraggio.**

**È stato effettuato** il previsto monitoraggio delle eventuali condizioni di conflitto di interesse, di cui al punto 11 del Piano, avviando il procedimento con la nota prot. 35569 del 6/3/2014; la richiesta è stata inoltrata a tutte le UU.OO.CC. e UOSD. Dalla raccolta di dette relazioni sono emersi dubbi che hanno indotto alcuni dipendenti e/o Responsabili a chiedere al RPC specifico parere su determinate situazioni che potevano configurare conflitto d'interesse.

A tal proposito il RPC ha garantito l'espletamento di tale attività di consulenza e rilascio pareri su specifica richiesta.

Un segnale positivo della crescente attenzione e sensibilità ai temi della L.190 è il fatto che, mentre nel 2013 la richiesta di pareri proveniva solo dalla Direzione Generale, nel 2014 è pervenuta anche dai singoli Direttori di U.O e anche dai dipendenti stessi.

Dal 2013 al 2014 sono stati rilasciati n. 23 pareri e, quando necessario, si è proceduto alle previste contestazioni.

È stata condotta, inoltre, un'istruttoria su un caso di incompatibilità con la nomina a consigliere comunale ed è stata contestata al dirigente ai sensi del decreto legislativo 39/2013; la causa di incompatibilità a seguito della contestazione è stata rimossa.

Particolare rilevanza è stata data al monitoraggio dei rapporti tra l'Azienda e i soggetti con cui intercorrono rapporti a rilevanza economica.



*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*  
*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

### **Approvazione della Policy sul Wistleblower**

Il RPC ha predisposto la bozza di Policy sul Whistleblower con l'allegato modulo per le segnalazioni e l'ha trasmessa con mail del 3/06/2014 alla Direzione Strategica per la successiva adozione.

Detta bozza è stata successivamente approvata con la deliberazione n. 418 del 5/8/2014, avente ad oggetto " Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2014-2016: Approvazione della procedura per le segnalazioni di illeciti e irregolarità nell'Azienda sanitaria Locale di Potenza- ASP (Whistleblowing Policy)", con l'allegato modello per le segnalazioni delle condotte illecite;

Il RPC ha quindi fatto attivare una apposita casella di posta elettronica: [whistleblowing@aspbasilicata.it](mailto:whistleblowing@aspbasilicata.it) per la segnalazione; è pervenuta, successivamente, una segnalazione di presunte irregolarità che è all'esame del RPC.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

## Informatizzazione dei processi per favorire la trasparenza e l'integrità



### L'esperienza dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza- ASP

**Nomina del Responsabile della Trasparenza -**  
deliberazione n. 222 del 16/04/2013



#### **Programma Triennale della Trasparenza**

Approvazione del PTTI 2013 – 2015 con deliberazione n. 469 del 25/7/2013  
Aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016 - approvato con Deliberazione ASP n.44 del 30/1/2014 ai sensi dell'art.10, c.8, lett a del D.lgs n. 33/2013

#### **Il PTTI prevede tra l'altro :**

- Verifiche da parte dell'OIV degli obblighi di pubblicazione – compilazione delle griglie ed attestazioni in base alle deliberazioni ANAC
- Monitoraggio dei flussi informativi aziendali
- Attribuzione ai Dirigenti dei flussi informativi fissati nel Piano Performance e nelle schede di Budget
- Report periodici a cura del Responsabile della Trasparenza
- Iniziative pubbliche e/o consultazioni Stakeholder
- Accesso Civico

AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè



**E' stato implementato un applicativo per la gestione dei flussi dell'ASP in quanto stazione appaltante, grazie al quale ogni U.O. trasmette i dati di competenza all'ANC e al Responsabile per la Trasparenza.**

AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè



## Esempio di gestione del flusso informativo

**Bandi di gara e contratti** (art.37,c.1,2 D.lgs 33/2013) aggiornamento:  
secondo le specifiche D.lgs 163/2006,L.190/2012  
Collaborazione tra Responsabili Trasparenza, Prevenzione della Corruzione  
e S.I.A. (Sistema Informativo Automatizzato ASP) - Soc Interna Sanità

**l'art. 1 com. 32 della L. n. 190/20142, primo periodo**, prevede l'obbligo per le Stazioni Appaltanti di pubblicare sui propri siti web istituzionali, con riferimento ai procedimenti di cui al comma 16, lett. b) della stessa legge, le seguenti informazioni:

- ❖ struttura proponente;
- ❖ oggetto del bando;
- ❖ elenco degli operatori invitati a presentare offerte,
- ❖ aggiudicatario;
- ❖ importo di aggiudicazione;
- ❖ tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura;
- ❖ importo delle somme liquidate;



**E' stata visionata la demo di una società informatica relativa ad un software di gestione del Piano di Prevenzione della Corruzione, in data 29/10/2014**, software già in uso presso altre amministrazioni pubbliche ed, in particolare, aziende sanitarie. Alla presentazione della demo erano presenti i due Responsabili per la trasparenza e l'anticorruzione, ed il responsabile del SIA. Il software consente di gestire con maggiore efficienza e risparmio di tempo l'attività di monitoraggio del PTPC e prevede anche modalità di accesso e fruizione da parte dei Direttori di UU.OO.

Il preventivo d'offerta è all'esame della Direzione Strategica.





AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

### **Rotazione del personale nelle aree a rischio.**

Con nota prot. n. 33899 del 4/3/2014 è stato richiesto alle UU.OO. a più elevato rischio corruttivo il Piano di Rotazione dei Responsabili dei procedimenti di cui al punto 13 del PTPC.

La rotazione è stata applicata, in particolare, nelle attività di tipo ispettivo espletate dall'Area Veterinaria "Sanità Animale" di Lagonegro, dalla Medicina del Lavoro e dal Servizio di Prevenzione e Protezione Infortunistica nei Luoghi di Lavoro, e, altresì, nelle procedure concorsuali della U.O. Gestione del Personale che applica la rotazione nella fase della verifica dei requisiti dei candidati partecipanti.

In generale si rappresenta che la misura della rotazione ha incontrato difficoltà di piena applicazione a causa di due variabili: la carenza di risorse umane e la necessità, per alcuni procedimenti, di avvalersi di competenze specifiche non fungibili.

### **Monitoraggio del grado di implementazione delle misure di gestione del rischio nelle diverse UU.OO.**

È stato richiesto alle UU.OO. di relazionare sia sulle azioni svolte per la piena attuazione del PTPC sia anche sulla concreta attuazione del Piano dei controlli, **con nota prot. n. 91765 del 26 giugno 2014 e, a fine anno, con nota prot.n.156595 del 6.11.2014.**

Dalla lettura di dette relazioni, e ancor più dai contatti quotidiani del RPC con i Direttori delle UU.OO.CC., si rileva che le diverse articolazioni aziendali hanno applicato con grande impegno e attenzione le misure di gestione del rischio previste nel PTPC 2014-2016.

***E' stata anche ulteriormente incrementata, rispetto all' anno precedente, l'attività di controllo dei procedimenti e dei processi e di regolamentazione delle procedure, sia nell'area amministrativa che nell'area territoriale ed ospedaliera di erogazione dei servizi socio-sanitari.***



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

*Le liste di prenotazione sia per i ricoveri programmati che per le prestazioni ambulatoriali sono state gestite assicurando la totale trasparenza e regolarità.*

Particolare attenzione è stata data sia alla *corretta tenuta dei registri di carico e scarico dei farmaci presso i Presidi Ospedalieri, il DSM, i SERT e gli ambulatori territoriali*, sia all'appropriatezza prescrittiva nell'erogazione dei farmaci.

### **Controlli su approvvigionamento, conservazione e consumo dei farmaci –Farmaceutica Ospedaliera**

- l'acquisizione dei prodotti farmaceutici avviene con procedura di evidenza pubblica e tiene conto della spesa storica di ciascun reparto, considerando gli effettivi consumi al netto delle rimanenze, dei prodotti scaduti e di eventuali sottrazioni e sprechi; si ricorre a proroga della fornitura corrente nel caso in cui sia in corso gara regionale, fermo restando i prezzi della vecchia gara; in maniera analoga, l'economato proroga la fornitura quando sono richiesti tempi lunghi per la nuova gara;
- I prodotti farmaceutici vengono custoditi all'interno dei Reparti, secondo le modalità di cui ai punti precedenti, che escludono con certezza l'ipotesi che possano verificarsi danneggiamenti, perdite o ammanchi di beni;
- I consumi vengono annotati su appositi registri di scarico informatico, che consentono di tracciare carico e scarico e rimanenze di reparto. La consistenza dei prodotti presenti nei magazzini e negli armadi di reparto viene rilevata sistematicamente e vengono redatti inventari di fine periodo e di fine esercizio. *In particolare, viene rilevata la consistenza delle giacenze di fine esercizio, per l'inserimento nello stato patrimoniale dell'Azienda.*
- sono state predisposte adeguate linee guida a livello di Azienda, di Presidio e di singole Unità Operative, tese a monitorare e contenere flussi di spesa dei prodotti farmaceutici e dei presidi sanitari;



**AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE**

*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

- sono state approntate adeguate misure di custodia di tutti i beni pubblici all'interno dei reparti;
- Sono state implementate procedure che:
  - Agevolano la programmazione dei consumi futuri;
  - Consentono la quantificazione delle "rimanenze" a fine esercizio;
  - Permettono la rilevazione degli "scaduti" all'interno dei reparti e adeguata contabilizzazione degli stessi;
  - consentono una rappresentazione finanziaria delle rimanenze di tutte le strutture dei Presidi Ospedalieri nei bilanci (CE e Stato Patrimoniale).
- Sono state adottate corrette procedure per l'acquisto dei beni ai sensi della normativa del Codice degli appalti pubblici (D.lgs. n.163 del 2006) che garantiscano il rispetto dei principi di trasparenza, imparzialità ed economicità nella scelta dei fornitori e dei prodotti da acquistare;
- Le gare vengono effettuate dal provveditorato sulla base della consegna del capitolato predisposto dalla farmacia con la specifica dell'elenco dei prodotti, delle quantità, e delle caratteristiche tecniche.

**Appropriatezza prescrittiva e ottimizzazione dei costi nell'erogazione dei farmaci e degli ausili protesici – Assistenza Territoriale**

*Per migliorare l'appropriatezza prescrittiva dei farmaci la U.O. Farmaceutica Territoriale in collaborazione con le USIB hanno realizzato con periodicità e sistematicità gli audit con i MMG, a partire dai profili prescrittivi dei medici, ed hanno promosso momenti formativi ad hoc.*

L'attività della U.O. Farmaceutica Territoriale finalizzata al controllo e al miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci si è declinata nelle seguenti fasi:



*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*

*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

- Analisi dei dati prescrittivi in conformità alle evidenze scientifiche e alle indicazioni AIFA e alla luce degli obiettivi fissati dalla Regione;
- Elaborazione di una reportistica mensile sui costi e sui consumi quali quantitativi dei farmaci, con particolare riferimento agli obiettivi regionali;
- Monitoraggio dell'andamento dei comportamenti prescrittivi in relazione agli obiettivi fissati;
- coinvolgimento di tutti gli attori del sistema assistenza farmaceutica attraverso la trasmissione periodica dei reports;
- effettuazione del Piano di audit con i MMG, con i Direttori di distretto, con i Direttori Area Cure primarie e con alcuni Dirigenti Medici di Presidio Ospedaliero con l'obiettivo di realizzare:
  - A) una formazione sulla prescrittibilità e rimborsabilità dei farmaci in relazione alle indicazioni AIFA
  - B) una formazione sulla prescrittibilità dei farmaci in relazione alle evidenze scientifiche disponibili e alle prove di efficacia.

**L'obiettivo dell'appropriatezza prescrittiva dei farmaci è, dunque, un obiettivo trasversale che vede impegnate per il suo conseguimento anche altre UU.OO., oltre alla Farmaceutica Territoriale, in particolare le USIB e la U.O. Farmacologia Clinica.** Le USIB, sulla base dell'analisi del profilo prescrittivo di ciascun medico di medicina generale dedotto dai dati forniti dalla ditta Marno ed in collaborazione la U.O. Farmaceutica Territoriale, provvedono a pianificare gli audit. Nel corso di ciascun audit viene svolta una lettura congiunta del profilo prescrittivo del singolo MMG e vengono acquisite le controdeduzioni del merito rispetto alle ragioni che hanno portato agli scostamenti rispetto alla spesa procapite, agli obiettivi regionali e ai relativi indicatori regionali.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

### **Controlli sulla erogazione dell'ossigeno liquido**

Viene svolta con sistematicità l'azione di verifica della congruità terapeutica nella somministrazione da parte della ditta aggiudicataria dell'ossigeno liquido agli aventi diritto, azione che ha permesso di ottimizzare la spesa, di migliorare la qualità dell'assistenza e **di conseguire notevoli risparmi** grazie alle note credito inviate alla ditta aggiudicataria in relazione al numero di contenitori di ossigeno liquido consegnati in esubero rispetto ai piani terapeutici. Tali controlli aventi ad oggetto la congruità delle forniture effettuate dalla ditta aggiudicataria hanno consentito anche nel 2014 di richiedere nota di credito a detta ditta.

### **Controlli contabili relativi alla Farmaceutica Convenzionata**

Per quanto riguarda la Farmaceutica Convenzionata, i controlli contabili effettuati nel 2014 dalla U.O. "Farmaceutica Territoriale" hanno consentito la rilevazione di addebiti per le farmacie e la conseguente restituzione alla ASP degli importi dovuti.

### **Controlli di merito sulle ricette in base alle decisioni della Commissione Farmaceutica Aziendale – ex DPR n. 371/98**

Questi controlli hanno fatto emergere diversi addebiti a carico delle Farmacie convenzionate dei tre ambiti aziendali, con conseguente recupero delle somme da parte dell'ASP.

### **Controlli delle fatture relative a farmaci, materiale sanitario (SER.T., ADI, ADI-ANT, Poliambulatorio Potenza) e farmaci in Distribuzione Per Conto (DPC) e in Distribuzione Diretta**

### **Verifica e controllo di conformità prescrittiva dei farmaci alle condizioni e limitazioni previste dall'AIFA**



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE

Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

**Controllo sull'appropriatezza prescrittiva dei Piani Terapeutici (PT)** per i farmaci la cui prescrizione è subordinata alla redazione dei PT da parte dei medici specialisti operanti negli Ospedali pubblici.

**Ispezioni alla farmacie convenzionate.**

**Controlli dei prodotti farmaceutici erogati tramite distribuzione diretta (farmacia distrettuale)**

Il controllo attiene alla verifica di merito sia relativamente alle indicazioni autorizzate che ai quantitativi erogati rispetto al periodo di cura programmato.

Il Direttore della U.O.C. Farmaceutica Territoriale, oltre a svolgere le funzioni di supervisore del Piano dei Controlli dallo stesso attivati, effettua periodicamente controlli a campione sul consumo di particolari gruppi di farmaci di uso frequente nella popolazione assistita tramite il programma Farmastat della Marno, ditta aggiudicataria del servizio di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche della Regione Basilicata.

***Sono stati intensificati i controlli sulle prestazioni aggiuntive dei MMG, sull'attività dei CEA e sull'assistenza residenziale ai pazienti psichiatrici e tossicodipendenti*** (controllo delle fatture, controllo del rispetto del capitolato di gara, dei giorni di presenza, delle rette, ecc.). La scelta delle comunità terapeutiche viene fatta dall'equipe, ad evitare qualsiasi rischio corruttivo.

***L'assistenza integrativa e protesica è stata sottoposta a periodici controlli di regolarità amministrativa e a controlli di congruità prescrittiva tra patologia e presidio erogato.***

Importanti risultati si sono avuti sul versante del contenimento dei costi, del miglioramento dell'appropriatezza e del contrasto della corruzione.

*Per migliorare l'appropriatezza delle prestazioni integrative e protesiche e contrastare la corruzione* si è assicurata una differenziazione tra il ruolo di medico prescrittore, il ruolo di medico autorizzatore ed il ruolo di medico controllore, prevedendo la figura di un dirigente medico dedicato, con funzioni esclusive di controllore.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

In applicazione della **DGR 1052/2010** per gli ausili dell'allegato 1 del D.M. 332/99 è costantemente verificato il rispetto dei tempi di **collaudo**, che deve essere effettuato entro 60 gg. dalla consegna. Vengono sottoposte a controllo attento anche tutte le richieste di rinnovo della fornitura di ausili. Gli ambulatori territoriali di assistenza protesica utilizzano **un sistema informativo**, di recente installazione, riferito all'allegato 1, che consente di elaborare report su alcuni indicatori quali i prescrittori, il costo degli ausili e i fornitori. **Tale software è stato implementato al fine di migliorare la reportistica, il monitoraggio della spesa e l'appropriatezza prescrittiva ed erogativa.**

Per migliorare e orientare l'offerta sono stati attivati **ambulatori di valutazione protesica e collaudo e di audiologia protesica, in particolare** presso il POD di Venosa ed il distretto di Rionero e, nel contempo, sono stati invitati tutti i MMG ad incontri formativi sui criteri di accesso all'assistenza protesica e riabilitativa.

Come già detto, **un Medico Specialista svolge la funzione di visionare e controllare tutte le prescrizioni specialistiche prima dell'autorizzazione e apportare eventuali integrazioni e correttivi, in particolare per gli ausili dell'allegato 1 che presenta maggiori criticità, al fine di renderle appropriate.**

*La suddetta organizzazione risulta efficace anche in termini di **controllo** in quanto ha posto una barriera alla molteplicità dei prescrittori che, per legge, non è possibile limitare. Inoltre svolge una funzione di supporto nei confronti degli specialisti aziendali e delle cure domiciliari.*

#### **Medicina di Laboratorio e contrasto della corruzione.**

L'acquisizione di prodotti e servizi avviene esclusivamente attraverso gare di service ad evidenza pubblica.

Per i problemi di assistenza tecnica sulle apparecchiature esiste un contratto di manutenzione e di pronto intervento già previsto nelle gare di service, con eventuale pagamento di penali in caso di mancato rispetto dei tempi di intervento previsti. Nel 2014 non si sono verificate anomalie a tal proposito e quindi non sono state erogate multe.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

### **I controlli vengono eseguiti con regolarità rispetto alle seguenti attività:**

- *Ordini in farmacia per i reagenti*, che vengono effettuati esclusivamente verso fornitori aggiudicatari di gara, e il cui consumo medio viene valutato con statistiche intermedie;
- *Carico e scarico reagenti*;
- *Gestione VEQ (Verifica esterna di Qualità)*
- *Gestione CQI (Controllo di Qualità Interno)*
- *Centri Prelievi Territoriali* (in particolare si controlla la congruità delle impegnative rispetto all'accettazione CUP).

### **Presidi Ospedalieri**

Presso i Presidi Ospedalieri le Direzioni Sanitarie, nel rispetto degli impegni assunti nel PTPC, hanno effettuato controlli periodici sulla fornitura delle derrate alimentari e la gestione del magazzino di beni di consumo. Particolare attenzione è stata data alla verifica del Servizio Cucina e Mensa Aziendale.

Tali processi di verifica non hanno riscontrato anomalie nell'anno 2014.

### **Controlli su appalti di lavori, servizi e forniture**

Per tutte le ditte aggiudicatrici si effettuano controlli:

- sul rispetto dei principi di trasparenza, pari opportunità, proporzionalità e rotazione negli affidamenti;
- sull'utilizzo della CONSIP e MEPA.

Vengono, inoltre, effettuate verifiche su:

- Antimafia, presso le Prefetture geograficamente competenti;





*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*  
*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

- Iscrizione alla Camera di Commercio;
- Correttezza contributiva all'INPS, INAIL, Cassa Edile;
- Ogni altra utile informazione presso gli Enti con specifiche competenze.

Per quanto concerne la formazione dell'elenco dei professionisti qualificati per incarichi di servizi attinenti all'Ingegneria e all'Architettura di importo inferiore ad € 100.000,00, è stato predisposto un nuovo Avviso, tanto nel rispetto del principio di rotazione, parità di trattamento e trasparenza.

Nel 2014 è stata, altresì, intensificata e fatta oggetto di audit mirati l'attività di controllo sulle manutenzioni. Segue in breve la tipologia dei controlli effettuata:

### **Controlli sulle manutenzioni delle apparecchiature sanitarie.**

#### **1. Verifica di sicurezza elettrica secondo le norme:**

- Apparecchiature area critica: verifica annuale
- Apparecchiature area non critica: verifica biennale

#### **2. Controllo manutenzione preventiva: semestrale**

La manutenzione preventiva viene eseguita ad intervalli predeterminati ed è volta a ridurre la probabilità di guasto o la degradazione del funzionamento delle apparecchiature, secondo la norma UNI 9910.

#### **3. Controlli funzionali (verifica dei parametri impostati con quelli erogati): la verifica è annuale.**

La Ditta aggiudicataria in Consip alla presenza del personale tecnico di questa Azienda esegue i controlli sulla qualità delle prestazioni tecniche delle apparecchiature



*AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE*  
*Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè*

elettromedicali. Le norme CEI ed UNI definite “norme particolari per la sicurezza” costituiscono un riferimento per le verifiche funzionali.

I suddetti controlli sono previsti nel contratto stipulato con la ditta di manutenzione e la U.O. Attività Tecniche verifica che la ditta rispetti gli impegni presi in tal senso (ovvero la corrispondenza tra i controlli effettuati e la loro tempistica con quanto definito dal contratto).

La verifica della corrispondenza tra i controlli effettuati dalla ditta di manutenzione e quanto previsto nel contratto di manutenzione viene effettuata dalla U.O. Attività Tecniche con periodicità trimestrale.

#### **4. Controllo sulle richieste di manutenzione.**

Nelle richieste di manutenzione straordinaria avanzate dai Responsabili delle UU.OO. si potrebbe annidare il rischio di un accordo con la ditta di manutenzione volta a produrre interventi non necessari, ma remunerativi per la ditta.

La possibilità di tale rischio corruttivo viene evitata poiché le ditte di manutenzione sono tutte affidatarie Consip e vi è un doppio controllo sull'esecuzione dell'appalto, sia da parte di Consip sia da parte della U.O. attività Tecniche.

Il contratto Consip inoltre fa sì che non vi sia rapporto tra la U.O. Attività Tecniche e le case costruttrici e/o rivenditrici del bene.

Inoltre, su richieste di manutenzione straordinaria che risultino “anomale” per frequenza, vengono svolte verifiche ispettive e richieste specifiche relazioni.

#### **5. Controlli sulla efficienza delle apparecchiature: trimestrale.**

Il problema del “fermo macchina” è limitato alle attrezzature obsolete che non possono essere riparate ma che vanno sostituite previo apposito finanziamento e acquisto.



AREA DI STAFF INTERNAL AUDIT E ATTIVITÀ ISPETTIVE  
Responsabile Dr.ssa Beatrice Nolè

## **6. Controlli sulla congruità dei preventivi di spesa emessi dalle ditte aggiudicatarie in CONSIP per la manutenzione straordinaria: costante.**

### **Conclusioni.**

Alla luce dell'esperienza fin qui condotta, riteniamo che il nostro agire in sanità debba basarsi su alcune parole-chiave:

- Appropriatelyzza
- Prevenzione dei comportamenti illeciti
- Promozione della cultura del merito
- Diffusione dei valori etici.

Trattasi di obiettivi che devono andare necessariamente di pari passo, in quanto si riferiscono a fenomeni che sono interrelati e che, quindi, si condizionano e s'influenzano a vicenda.

I casi di corruzione trovano terreno facile laddove c'è:

- Inappropriatezza nell'erogazione delle prestazioni
- Ampia discrezionalità nelle scelte, nell'uso delle risorse e nelle modalità organizzative.

Per restringere gli spazi in cui può annidarsi la corruzione occorre lavorare per la regolamentazione delle procedure, l'appropriatezza dei percorsi diagnostico- terapeutici, l'ulteriore informatizzazione dei processi e dei flussi di dati, e l'individuazione di standard qualitativi e di costo dei servizi.

E' in questa direzione che si sta muovendo tutta l'organizzazione aziendale, certi non solo di ridurre gli sprechi ma anche di recuperare sia in qualità dei servizi che in legalità e trasparenza.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

Dott.ssa Beatrice Nolè'