



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	<u>0237</u>
Del	<u>31 GEN. 2018</u>

OGGETTO: Adozione dell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione anni 2018-2019-2020 con apposita sezione "Trasparenza"

IL DIRETTORE GENERALE

con l'assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria e della proposta formulata dal Dirigente Responsabile dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue:

Premesso che :

- la Legge 6 novembre 2012, n. 190, avente ad oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", ha introdotto nell'ordinamento italiano, un sistema organico di prevenzione della corruzione, il cui aspetto caratterizzante consiste nell'articolazione del processo di formulazione e attuazione delle relative strategie su due livelli: nazionale, con il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) e decentrato a livello di singola amministrazione, con lo specifico Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- la Legge 190/2012 individua il principio di trasparenza come efficace strumento di prevenzione e lotta alla corruzione tanto che, in attuazione della delega di cui all'art. 1, commi 35[^] e 36[^] della stessa legge, è stato emanato il D.lgs. n. 33 del 14.03.2013 e s.m.i., mediante il quale si è provveduto a riordinare interamente la disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni, al fine di garantire l'accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, oltre che a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche;

Atteso che:

- la predetta Legge, all'art. 1, comma 8[^], impone a tutte le Pubbliche Amministrazioni, l'adozione, entro il 31 gennaio di ogni anno, dell'Aggiornamento al Piano Triennale Prevenzione Corruzione;

Visto:

- il d.lgs 25 maggio 2016, n. 97 recante "Disposizioni relative alla revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza", correttive della Legge 6 novembre 2012, n. 190 e del d.lgs 14 marzo 2013, n. 33 ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015 n. 124, in materia di riorganizzazione delle Amministrazioni Pubbliche, che è intervenuto, con abrogazioni e integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza, prevedendo tra l'altro l'unificazione fra il piano triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza;
- il d.lgs 8 aprile 2013, n. 39, recante "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49[^] e 50[^], della legge 6 novembre 2012, n. 190";
- il DPR 16 aprile 2013, n. 62, avente ad oggetto "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165", entrato in vigore in data 19 giugno 2013;
- il d.lgs 27 ottobre 2009, n. 150 recante "attuazione della legge 4 marzo 2009, n° 15 in materia di efficienza e trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni";
- il d.lgs 30 marzo 2001, n. 165 recante: "norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche e successive modificazioni";
- il d.lgs 18 aprile 2016, n. 50 "Codice dei contratti Pubblici, servizi e forniture";
- il d.lgs 30 giugno 2003, n. 196 recante "Codice in materia di protezione dei dati "(Codice Privacy);
- il d.lgs 7 marzo 2005 n. 82 Codice dell'Amministrazione Digitale modificato al decreto legislativo 30 dicembre 2010 e s.m.i.;
- il d.lgs 31 dicembre 2012, n. 235, recante "Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, a norma dell'articolo 1, comma 63[^], della legge 6 novembre 2012, n. 190";

Viste :

- le Intese in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma I, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che – ai sensi della L. n. 190/2012 – definiscono (anche per le AA.SS.LL.) gli adempimenti, con l'indicazione dei relativi termini, volti alla piena e sollecita attuazione delle disposizioni della stessa legge, anche con riguardo alla definizione, da parte di ciascuna amministrazione, del piano triennale di prevenzione della corruzione, ed, in particolare, la intesa sancita in data 24 luglio 2013 tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" (provvedimento di Repertorio atti n. 79/CU in data 24 luglio 2013);

Preso atto delle:

- Circolari del Dipartimento della Funzione Pubblica ed, in particolare, le circolari:
 - n. 1/2013 in data 25 gennaio 2013, avente ad oggetto "*legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*";
 - n. 2/2013 in data 19 luglio 2013, avente ad oggetto "*d.lgs. n. 33 del 2013 - attuazione della trasparenza*";

Visto quanto previsto:

- dal Piano Nazionale Anticorruzione adottato in data 11 settembre 2013 dalla Autorità Nazionale Anticorruzione, con delibera n. 72/2013, anche secondo le linee di indirizzo adottate in data 14 marzo 2013 dal Comitato interministeriale istituito e disciplinato con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri: "Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale (d.p.c.m. 16 gennaio 2013) per la predisposizione, da parte del Dipartimento della funzione pubblica, del Piano Nazionale Anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2013, n. 190";
- dalla determina n. 12 del 28.10.2015 di approvazione da parte dell'ANAC dell'aggiornamento 2015 al Piano di Prevenzione della Corruzione;
- dalla determina A.N.A.C. n. 831 e n.833 del 3 Agosto 2016 ad oggetto "Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016";
- dalla delibera 1310 del 28 dicembre 2016 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs 33/2013 come modificato dal d.lgs 97 /2016";

- dalla delibera A.N.A.C. n. 1309 del 28 .12.2016 avente ad oggetto "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art.5 co.2 del D.lgs 33/2013";
- dalla delibera A.N.A.C. n. 1208 del 22 novembre 2017 avente ad oggetto "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- da tutte le altre circolari, linee guida, direttive, indicazioni, indirizzi e delibere della Autorità Nazionale Anticorruzione, della normativa regionale di riferimento, e delle ulteriori pubbliche Autorità a vario titolo preposte all'azione di prevenzione del rischio di corruzione e d'illegalità;

Considerato che:

- la legge n. 190/2012 prevede, tra l'altro:
 - la nomina di un Responsabile per la prevenzione della corruzione nella pubblica amministrazione per ogni singola Pubblica Amministrazione;
 - l'approvazione da parte dell'organo politico di ciascuna amministrazione pubblica di un Piano Triennale di prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione.

Dato atto che:

- con Deliberazione del Direttore Generale n. 311 del 18 febbraio 2013 è stato costituito l'Ufficio per la prevenzione della corruzione e dell'illegalità nominando quale suo Responsabile l'avv. Luigi Fruscio dipendente dell'Azienda;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 669 del 18 aprile 2013 sono state attribuite le funzioni di Responsabile per la trasparenza, ex art. 43 del d.lgs.n.33/2013, all'avv. Luigi Fruscio, già Responsabile dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità;
- con disposizione di servizio prot. n. 149309/1 del 28.08.2014 l'Avv. Luigi Fruscio, già dirigente amministrativo dell'Ufficio Tutela della privacy, ha ricevuto dalla Direzione Generale pro-tempore l'interim di Dirigente dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, e la funzione/nomina a Responsabile per la Trasparenza della ASL di Bari;

Rilevato che:

- questa ASL di Bari, nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione, ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della corruzione e il Piano Aziendale per l'attuazione della Trasparenza e l'integrità come di seguito riportato:
 - deliberazione del Direttore Generale n.154 del 31.01.2014;
 - deliberazione del Direttore Generale n.155 del 31.01.2014;
 - deliberazione del Commissario Straordinario n.79 del 30.01.2015;
 - deliberazione del Commissario Straordinario n.78 del 30.01.2015;
 - deliberazione del Direttore Generale n. 163 del 29.01.2016;
 - deliberazione del Direttore Generale n. 162 del 29.01.2016;
 - deliberazione del Direttore Generale n. 165 del 31.01.2017;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 2203 del 30.11.2017 sono stati assegnati gli obiettivi generali di budget per l'anno 2018;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 2204 del 30.11.2017 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo e Budget Generale d'Esercizio 2018 ed il Bilancio pluriennale di previsione per gli esercizi 2018-2019-2020;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 2434 del 22.12.2017 sono stati assegnati dalla Direzione Generale gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2018;

Preso atto:

- della necessità da parte della ASL di Bari di aggiornare nei termini di legge (entro il 31 gennaio 2018) il Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della corruzione anni 2018 - 2019 - 2020 che prevede apposita sezione "Trasparenza" allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e che qui si intende integralmente trascritto;

Il Funzionario Istruttore

Rosa Conenna



Il Dirigente RPCT

Luigi Fruscio



Assunto il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario

DELIBERA

Assunto quanto in premessa:

A) di aggiornare il Piano triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza per gli anni 2018 - 2019 - 2020 predisposto dal Responsabile per la prevenzione e repressione della corruzione nonché Responsabile della Trasparenza e Integrità che prevede al suo interno, quale parte sostanziale dello stesso apposita sezione "Trasparenza", ed allegato al presente atto quale parte integrante e sostanziale dello stesso;

B) di stabilire che tutti i dirigenti, dipendenti, collaboratori, convenzionati dell'Azienda sono tenuti al rispetto del Piano aziendale triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza per gli anni 2018 - 2019 - 2020;

C) di dare mandato al Dirigente Responsabile dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione, di notificare la presente deliberazione ai Direttori/Dirigenti/Responsabili delle macrostrutture/unità organizzative dell'azienda, che a loro volta, dovranno rendere massima divulgazione, nelle forme e modalità più opportune, del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza per gli anni 2018 - 2019 - 2020 nelle strutture di appartenenza;

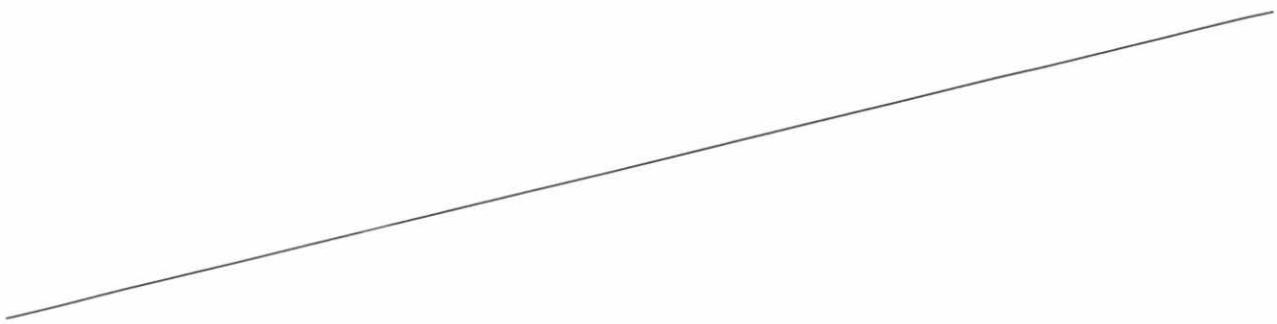
D) di dare mandato al Responsabile dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione di trasmettere la presente deliberazione:

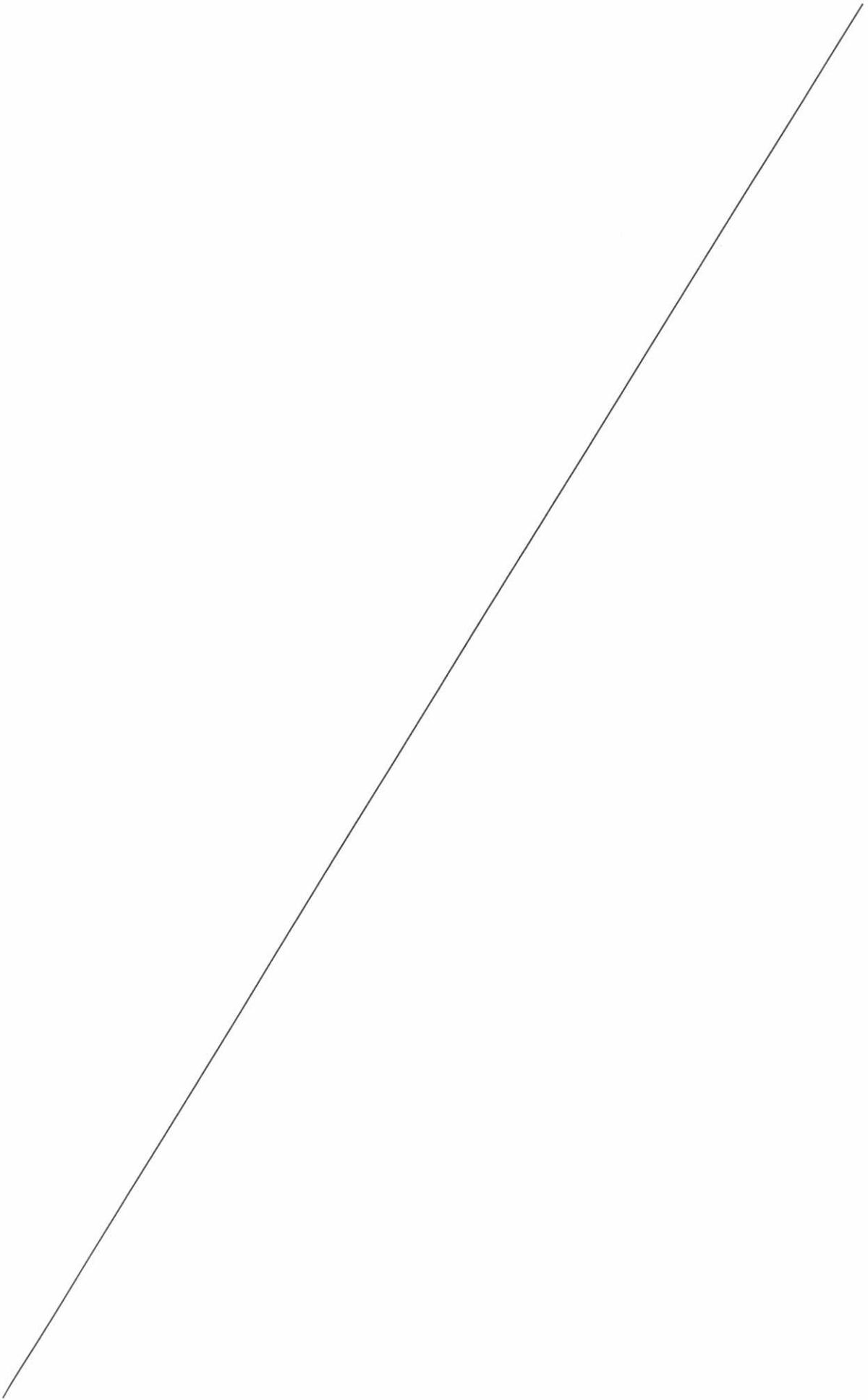
- all'Assessorato alle Politiche della Salute della regione Puglia;
- alle OO.SS. aziendali;
- alle Associazioni accreditate presso l'ASL;
- a tutte le Associazioni provinciali rappresentate nel consiglio nazionale dei consumatori;
- al Collegio Sindacale;
- al Collegio di Direzione;
- al Comitato Unico di Garanzia;
- all'Organismo Indipendente di Valutazione;
- al Comitato Consultivo Misto.

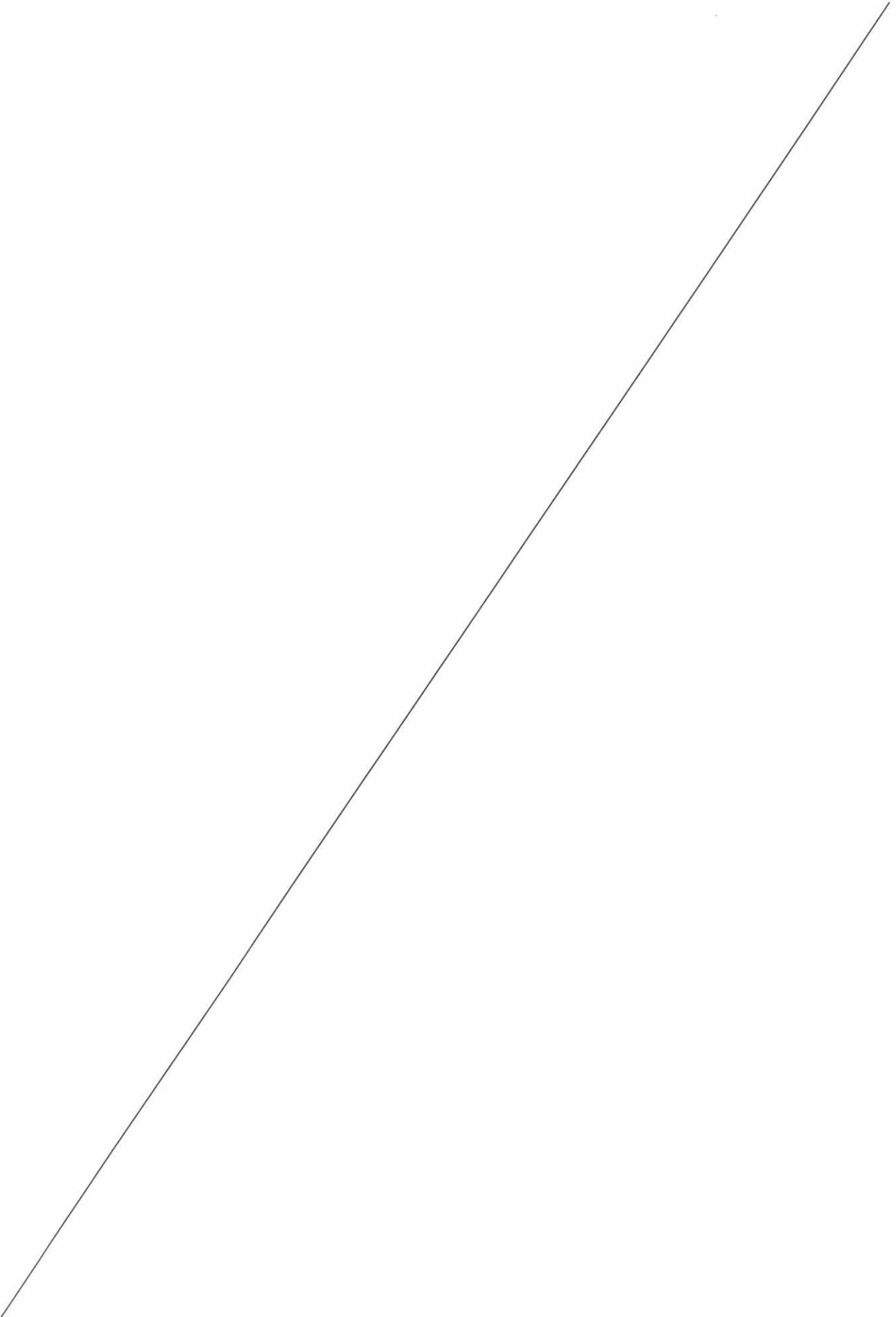
E) di dare mandato al Dirigente Responsabile dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione di pubblicare il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e trasparenza sul sito aziendale nella apposita sezione "Amministrazione Trasparente";

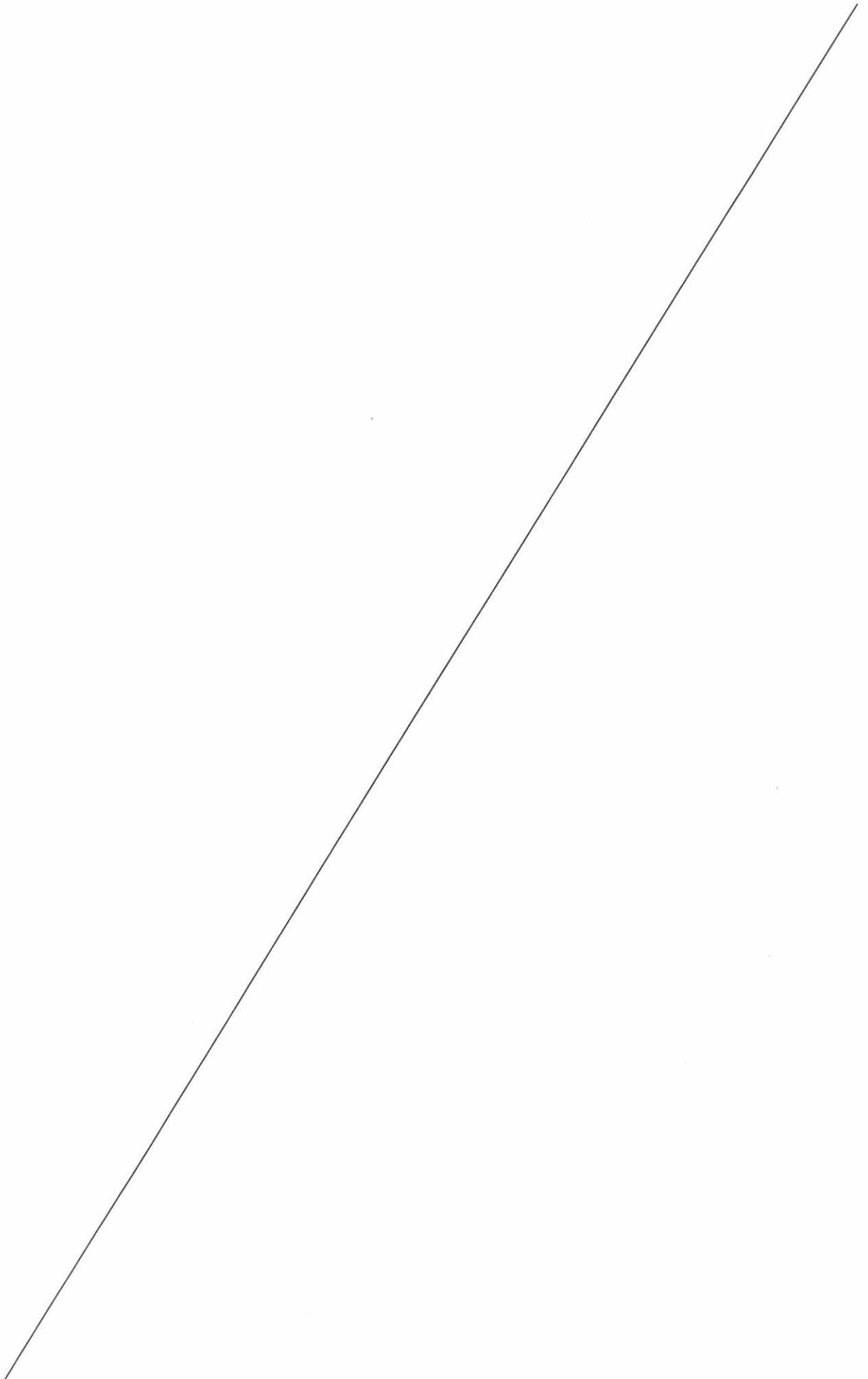
F) di stabilire che tutti i dirigenti, dipendenti, collaboratori, convenzionati dell'Azienda sono tenuti a fornire ampia collaborazione e supporto al Responsabile della prevenzione della corruzione nel complessivo "processo", articolato in fasi tra loro collegate concettualmente e temporalmente, finalizzato alla formulazione, nonché alla concreta attuazione e verifica della complessiva strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo;

G) di dare atto che dal presente provvedimento non derivano oneri per l'Azienda;











Azienda Sanitaria della Provincia di Bari

**Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione
con apposita sezione “Trasparenza”
2018-2019-2020**

Gennaio 2018

UOSVD Privacy, Anticorruzione e Trasparenza

Dirigente Responsabile: Avv. Luigi Fruscio

Via Lungomare Starita n. 6 - ex CTO - 70123 - Bari

Tel. 080.5842568 / Fax 080.5842563 / cell. 331.6276925

mail: responsabile.prevenzione.corruzione@asl.bari.it; pec: anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it



Parte Prima

1. Premessa	5
2. Definizione della corruzione.....	6
3. Riferimenti normativi	7
4. Finalità del P.T.P.C.T.....	10
5. Modello organizzativo aziendale	11
6. Misure ulteriori	14
7. Gli Attori della prevenzione della corruzione.....	16
8. Integrazione tra PTPC ed i sistemi di misurazione delle Performance.....	24
9. Designazione del R.A.S.A.....	27
10. Contesto esterno	27
11. Contesto interno	30
12. Valutazione e Gestione del rischio.....	31
13. Aree di rischio	36
14. Programmazione delle attività.....	37
15. Stato avanzamento delle misure	41
16. Codice di comportamento	42
17. Incompatibilità e inconfiribilità	43
18. Rotazione del personale.....	44
19. Conflitto di interesse	49
20. Alpi e Liste di attesa.....	50
21. Rapporti contrattuali con strutture private accreditate	50
22. Assistenza Farmaceutica	51
23. Sponsorizzazioni	51
24. Sperimentazioni cliniche.....	52
25. Attività conseguente al decesso ospedaliero	52



26. Segnalazioni illeciti (whistleblower).....	52
27. Formazione e sensibilizzazione.....	53
28. Introduzione alla ISO 37001.....	54
29. Piano delle Azioni.....	56

Parte Seconda

30. Le misure della Trasparenza	57
31. Accesso Civico	60
32. Referenti del RPCT	67
33. Modello organizzativo della trasparenza	68
34. Dati ulteriori.....	69

Allegati:

- Allegato A: *Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni*
- Allegato B: *Analisi del contesto (interno ed esterno)*
- Allegato C: *Analisi del processo di prevenzione della corruzione della ASL di Bari*
- Allegato D: *Piano delle Azioni 2018-2019-2020*



Legenda delle abbreviazioni utilizzate

A.N.AC.

Autorità Nazionale Anticorruzione

C.U.G.

Comitato Unico di Garanzia

D.F.P.

Dipartimento della Funzione Pubblica

O.I.V.

Organismo Indipendente di Valutazione

P.N.A.

Piano Nazionale Anticorruzione

P.P.

Piano della Performance

P.T.F.

Piano Triennale di Formazione

P.T.P.C.T.

Piani Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza

U.P.D.

Ufficio Procedimenti Disciplinari

S.I.A.

Servizio Ispettivo Aziendale



Parte Prima

1. Premessa

Il Presente documento aggiorna, per il triennio 2018-2020, il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, già adottato in precedenza con le seguenti deliberazioni:

- delibere nn. 154 e 155 del 31.01.2014;
- delibere nn. 78 e 79 del 30.01.2015;
- delibere nn. 162 e 163 del 29.01.2016
- deliberazione n. 165 del 31.01.2017

Il presente documento viene predisposto sulla base degli ultimi aggiornamenti ANAC al Piano Nazionale Anticorruzione, resi necessari in virtù dell'evoluzione normativa che ha fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale (si veda: delibera CiVIT n. 72/2013, Determinazione n. 12 del 28/10/2015, Determinazione n. 831 del 03/08/2016, Determinazione n. 1208 del 22 novembre 2017).

Si fa riferimento al decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97, «Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche» (di seguito d.lgs. 97/2016) e al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50 sul Codice dei contratti pubblici, così come modificato dal decreto legislativo 19 aprile 2017, n.56.

Le principali novità del d.lgs. 97/2016, in materia di trasparenza, riguardano il definitivo chiarimento sulla natura, sui contenuti e sul procedimento di approvazione del PNA e, in materia di trasparenza, la definitiva delimitazione dell'ambito soggettivo di applicazione della disciplina, la revisione degli obblighi di pubblicazione nei siti delle pubbliche amministrazioni unitamente al nuovo diritto di accesso civico generalizzato ad atti, documenti e informazioni non oggetto di pubblicazione obbligatoria.

La nuova disciplina chiarisce che il PNA è atto generale di indirizzo rivolto a tutte le amministrazioni (e ai soggetti di diritto privato in controllo pubblico, nei limiti posti dalla legge) che adottano i PTPC.

L'attuale Piano, parte, in applicazione dei principi generali da utilizzare per la prevenzione della corruzione, una necessaria ricognizione e cognizione dello stato di attuazione delle misure adottate nel corso dell'anno 2017, al fine di stabilire nel nuovo Piano, le Azioni da prevedere per l'anno 2018, con i relativi step di avanzamento da raggiungere, responsabili da individuare e tempi di completamento delle azioni adottate. Con riferimento alle misure specifiche per la prevenzione della



corruzione, è stata prevista quale misura e quindi verificata sul campo un'attività di auditing interno, con la collaborazione dei Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione, rilevandosi di particolare utilità in quanto l'esito delle stesse ha permesso di poter comparare le varie tipologie di misure di mitigazione del rischio adottate e, quale esito hanno prodotto nella fase di applicazione nei contesti specifici. L'attività di monitoraggio delle misure ha consentito di rilevare lo stato di percezione del sistema anti-corruttivo realizzato da parte di tutti i Referenti del RPC nonché il livello di maturità dello stesso, quale punto di partenza indispensabile per la programmazione delle misure per l'anno 2018.

2. Definizione della corruzione

La Legge non contiene una definizione di corruzione che è data per presupposta. L'Autorità Nazionale Anticorruzione nella determinazione n. 831 del 3 agosto 2016 "Aggiornamento 2016 al PNA" e nella determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 di "Aggiornamento 2015 al PNA" ha confermato la definizione del fenomeno corruttivo contenuta nel primo PNA, non solo più ampia dello specifico reato di corruzione e del complesso dei reati contro la pubblica amministrazione, ma coincidente con la "maladministration", intesa come assunzione di decisioni (di assetto di interessi a conclusione di procedimenti, di determinazioni di fasi interne a singoli procedimenti, di gestione di risorse pubbliche) devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari. Occorre, cioè, avere riguardo ad atti e comportamenti che, anche se non configurabili quali fattispecie identificabili in specifici reati, contrastano con la necessaria cura dell'interesse pubblico e pregiudicano l'affidamento dei cittadini nell'imparzialità delle amministrazioni e dei soggetti che svolgono e assolvono attività di pubblico interesse.

Si ricorda che anche la circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica definisce tale fenomeno in modo ampio come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Tale termine pertanto comprende non solo l'intera gamma dei delitti contro la P.A. tipizzati e disciplinati dal codice penale, ma anche le 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.

La corruzione pertanto deve essere intesa come assunzione di decisioni devianti dalla cura dell'interesse generale a causa del condizionamento improprio da parte di interessi particolari.

I principali fattori di rischio per questi fenomeni corruttivi sono due: l'asimmetria informativa ed il conflitto di interessi. Le misure di prevenzione proposte con il presente Piano mirano al



contenimento di questi due aspetti, agendo in primis sulla trasparenza dell'agire della pubblica amministrazione.

L'ASL di Bari, consapevole delle gravi conseguenze che i fenomeni corruttivi determinano in termini di fiducia dei cittadini, intende contrastare il fenomeno non solo e non tanto in termini repressivi, ma soprattutto in termini preventivi. Il piano, come tutti gli strumenti che focalizzano in particolare l'attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta una occasione di miglioramento della nostra organizzazione, anche al fine di invertire il processo che ha prodotto quale risultato l'allontanamento dei cittadini dalla PA in quanto la stessa vista non più portatrice e rappresentativa degli interessi della comunità, recuperando pertanto la loro reputazione e fiducia.

Nel presente documento sono mappate le aree a rischio della nostra azienda e le misure di prevenzione elaborate anche grazie al confronto con gli operatori dei singoli servizi.

3. Riferimenti normativi

Premesso che l'attività di prevenzione della corruzione rappresenta un processo i cui risultati si giovano della maturazione dell'esperienza e si consolidano con il tempo, la redazione e l'adozione del Piano di Prevenzione triennale rappresenta lo strumento attraverso il quale sono individuate e definite le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione. Il Piano non si configura come un'attività compiuta, con un termine di completamento finale, bensì come una rappresentazione di un ventaglio di strumenti finalizzati alla prevenzione che vengono progressivamente affinati, modificati, perfezionati o sostituiti in relazione al feedback ottenuto dalla loro applicazione.

La legge disciplina i contenuti dei Piani (art. 1, comma 9) da adottare dagli enti pubblici con particolare riferimento ai seguenti aspetti:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti, elaborati nell'esercizio delle competenze previste dal decreto legislativo n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i.;
- previsione, per le attività individuate come maggiormente a rischio di corruzione, di meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni, idonei a prevenire il rischio di corruzione;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- monitoraggio del rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
- monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi



economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti de/l'amministrazione;

- individuazione di specifici obblighi di trasparenza

Il sistema, così delineato, ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al nucleo del rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino, qui di seguito richiamati:

- D.L. n. 39 del 08.04.2013 recante "Disposizioni in materia di inconfiribilità 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, L. 190/12."

- D.L. n. 33 del 14.03.2013 sul "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità trasparenza e diffusione dell'informazione da parte delle pubbliche amministrazioni". Il Decreto definisce il principio generale di trasparenza, 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" (art. 1, comma 1^).

Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante:

- le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti;

- le disposizioni che regolamentano e fissano i limiti della pubblicazione, nei siti istituzionali, di dati ed informazioni relative all'organizzazione e alle attività delle pubbliche amministrazioni;

-le modalità di pubblicazione di tali informazioni che devono essere pubblicate in formato idoneo a garantire l'integrità del documento;

- l'aggiornamento dei dati stessi, con indicazione della loro provenienza;

-il formato informatico dei dati che devono inoltre risultare riutilizzabili.

- Decreto del Presidente della Repubblica 16.04.2013 n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'art. 54 del D.lgs 165/2001".

- Decreto Legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi,

- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 Disposizioni in materia di inconfiribilità' e incompatibilità' di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190.

Ulteriori strumenti legislativi di riferimento:

- Linee di indirizzo per la predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione del "Comitato Interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" del 13 marzo 2013.



- Circolare n.1 del 25.01.2013 -Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione- Presidenza del Consiglio dei Ministri- Dipartimento della Funzione Pubblica
 - D.P.C.M. del 16.01.2013 "Istituzione del Comitato interministeriale per la prevenzione e il contrasto della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione".
 - Decreto Legislativo 30 marzo 2001 n.165 recante "Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche";
 - Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni, approvate con la delibera n. 75 del 24 ottobre 2013;
 - Articoli da 318 a 322 del Codice Penale Italiano;
 - Decreto Legislativo n. 150 del 27 ottobre 2009 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n.15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni";
 - Decreto Legislativo denominato "Testo Unico sulla Privacy" n. 196 del 30 giugno 2003 e s.m.i. e Regolamento Europeo n. 2016/679 del 27 aprile 2016;
- L'Autorità Nazionale Anticorruzione, ad integrazione del sistema, ha approvato - quali presupposti per gli adempimenti delle Pubbliche Amministrazioni le seguenti disposizioni:
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con la delibera n. 72 del 11.09.2013;
 - Delibera ANAC n. 1320 del 29 dicembre 2016 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016";
 - Determinazione A.N.AC. del 28 ottobre 2015, n. 12 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
 - Determinazione A.N.AC. del 3 agosto 2016, n. 831 "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
 - Determinazione A.N.AC. n. 358 del 29 marzo 2017 - Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale;
 - Determinazione A.N.AC. n. 1208 del 22 novembre 2017 - Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione.

Per non appesantire inutilmente il presente Piano, altri riferimenti normativi sono scaricabili dal sito:
<http://www.normattiva.it>.



4. Finalità del P.T.P.C.T.

L'ASL di Bari, con la deliberazione del Direttore Generale n. 311 del 18 febbraio 2013, ha nominato, quale Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), l'Avv. Luigi Fruscio.

Il presente Piano è stato predisposto con:

- il coinvolgimento e la partecipazione attiva di tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili della ASL di Bari, infatti, sono stati programmati incontri specifici per dipartimenti, aree e servizi in cui il Responsabile per la Prevenzione della corruzione (d'ora in poi RPC) ha aggiornato tutti i partecipanti, sulle novità emanate dall'ANAC.

Il lavoro è iniziato con la mappa dei processi aziendali; per ciascun processo e attività sono state effettuate valutazioni in merito al livello di esposizione al rischio di corruzione con riferimento anche a singole fasi del processo cercando di individuare le cause di possibili eventi corruttivi. E' opportuno rimarcare che si è potuto rilevare che il personale assegnato presso molte unità operative non hanno ancora ben chiara la distinzione tra procedimenti e processi;

Si è proceduto all'individuazione delle misure già utilizzate e alla luce dei risultati prodotte da queste, degli interventi organizzativi da attuare, adeguati a prevenire e contenere il rischio corruzione in modo da ricondurlo ad una soglia di rischio residuo (al netto dei controlli) idoneo a tale scopo;

- l'individuazione delle modalità da adottare per il monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione del procedimento amministrativo;

- la previsione di obblighi di informazione nei confronti del responsabile della prevenzione;

- la definizione di procedure per individuare e formare i dipendenti destinati ad operare in aree particolarmente esposte alla corruzione;

- l'individuazione delle modalità per il monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che stipulano contratti o che sono interessati da procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere.

Il RPC ha sempre incontrato anche le Associazioni della ASL di Bari accreditate presso il Comitato Consultivo Misto per rappresentare le ultime novità in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda inoltre sta collaborando sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione con altre istituzioni ed organizzazioni:

- Transparency International Italia [Accordo di collaborazione delibera del Direttore Generale n. 1971 del 23 ottobre 2013],
- Dipartimento di Scienze Politiche Università di Bari [delibera del Direttore Generale n. 248 dell'11.02.2014, e delibera n. 1335 del 22.07.2014],
- Consorzio Interuniversitario Comunità delle Università Mediterranee [delibera del Direttore Generale n. 1917 del 16 ottobre 2014],



- Forum della Legalità della Città Metropolitana di Bari,
- Network Regione Puglia dei RPCT di Regione Puglia, ASL regionali. IRCCS regionali, Aziende Ospedaliere, IZS Puglia e Basilicata;

L'Azienda Sanitaria di Bari è ASL Pilota nel progetto "Curiamo la corruzione"
<https://www.curiamolacorruzione.it/>.

Il presente Piano è adottato dal Direttore Generale dell'ASL su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione.

5. Modello organizzativo aziendale

L'Azienda Sanitaria Provinciale di Bari è stata istituita con Legge Regionale n. 39 del 28/12/2006 e nasce dalla fusione delle quattro preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della Provincia di Bari (AUSL BA/2; AUSL BA/3; AUSL BA/4; AUSL BA/5).

La legge regionale anzidetta ha costituito l'ASL di BARI a far data dal 1° gennaio 2007, disponendo nel contempo la soppressione delle personalità giuridica delle confluite AUSL BA/2, AUSL BA/3, AUSL BA/4, AUSL BA/5.

Le caratteristiche organizzative della ASL di Bari sono in sintesi le seguenti:

- Estensione: 41 Comuni
- Superficie totale del territorio di riferimento è di 3.825 kmq.
- Popolazione residente è di 1.254.461 abitanti
- 9 ospedali
- 12 Distretti Socio Sanitari
- 3 Dipartimenti Territoriali
 - Dipartimento di Prevenzione: con 122 servizi o uffici territoriali
 - Dipartimento di Salute Mentale: con 27 servizi o uffici territoriali
 - Dipartimento Dipendenze Patologiche: con 15 Sert territoriali
- Aree Aziendali
 - 6 aree aziendali con ulteriori articolazioni nella sede legale e in altri Comuni
- Dipendenti: circa 9.000

Per non appesantire inutilmente il documento i riferimenti organizzativi della ASL di Bari, per i necessari approfondimenti, sono consultabili all'indirizzo web <http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/>.

Si precisa altresì che è in fase di definitiva approvazione il Piano di Riordino Ospedaliero, condizione per la quale ad oggi è ancora in fase elaborazione l'atto aziendale della ASL di Bari.



Data la grande dimensione territoriale e il grande numero dei lavoratori dipendenti, l'ASL di Bari, con le delibere del Direttore Generale nn. 1924 e 1925 del 16 ottobre 2013 ha costituito la c.d. RETE AZIENDALE dei referenti interni per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza.

In linea con l'orientamento assunto dall'ANAC di unire le figure della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si procederà entro il mese di giugno dell'anno 2018, a costituire un'unica rete di referenti interni sia per la prevenzione della corruzione sia per l'attuazione della trasparenza.

In considerazione della complessa organizzazione amministrativa e sanitaria dell'Azienda ed al fine di assicurare una puntuale osservanza della Legge 190/2012, i Responsabili di tutte le articolazioni aziendali sono e saranno ipso facto individuati quali referenti del responsabile della prevenzione della corruzione, ferma restando la possibilità che il Responsabile si possa riservare il potere di individuare, secondo specifiche necessità, altri ulteriori referenti (dirigenti/funzionari) in possesso di specifica professionalità.

I predetti referenti sono obbligati a concorrere con il Responsabile della prevenzione della corruzione alle attività di controllo, prevenzione e contrasto della corruzione e dell'illegalità. In ottemperanza a quanto precede la normativa di riferimento i predetti referenti dovranno iniziare a collaborare con il Responsabile della prevenzione della corruzione per:

1. Individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo entro il previsto termine al RPCT le schede per il censimento di tutte le attività gestite;
2. Prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
3. Assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
4. Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
5. Monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge 241/1990 del personale in conflitto;
6. Verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità ad assolvere la funzione sua propria nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertati significativi scostamenti dalle



prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione che richiedono un necessario adeguamento del Piano stesso;

7. Verificare l'effettiva rotazione dei dipendenti, in particolare dei Dirigenti e Funzionari, negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

8. Fornire elementi utili alla individuazione, da parte del RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;

9. Assicurare l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni, l'esercizio delle stesse nell'ambito dell'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le attività espletate dalle singole unità organizzative siano coordinate fra loro.

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;

b) partecipano al processo di gestione del rischio;

c) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);

d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;

e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);

f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);

g) rimettono annualmente una relazione al R.P.C.T., indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCP;

h) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013 così come modificato dal d.lgs 97/16.

I Dirigenti delle singole Macrostrutture / UU.OO. devono predisporre periodicamente (entro 30 novembre dell'anno) un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel presente Piano.

A norma dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 - Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte - 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 d.lgs. n. 198/2009;
- viene valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

6. Misure ulteriori

a) *Ridurre il rapporto tra politica e sanità*

La realizzazione di questa misura dipende sia dall'impegno del vertice aziendale e dei Direttori e Dirigenti e tutti i dipendenti delle UU.OO. di rendersi autonomi dalla "Politica" che dalla volontà da parte della stessa "Politica" di accettare la riduzione della propria influenza, consentendo così una piena separazione tra l'indirizzo politico e quello amministrativo.

b) *Rendere trasparenti le forme di utilizzo delle risorse pubbliche*

Questa misura può realizzarsi facilmente dando attuazione alle normative già esistenti in favore della trasparenza. Funzionale a questa azione proposta è il d.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs 97/16, che si focalizza sulla pubblicazione online delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni.

c) *Aumentare l'efficienza ed intensificare i controlli*

Le Aziende Sanitarie hanno una gran mole di dati in loro possesso e ciò agevola la realizzazione di questa proposta in quanto risulta sufficiente gestire tali informazioni in modo efficiente. Questa misura all'interno della ASL di Bari può realizzarsi facilmente grazie all'uso di strumenti informatici in grado di far aumentare la frequenza dei controlli senza un grande dispendio di risorse. La difficoltà consiste nel fatto che i controlli, per essere realmente efficaci, devono prevedere una verifica sui risultati raggiunti collegando il rimborso da parte del SSN al risultato clinico invece che alla prestazione effettuata. I controlli riducono la corruzione specie se sono previste anche adeguate sanzioni per i comportamenti scorretti.

A questo proposito l'Azienda tenderà a stipulare accordi e convenzioni con gli organi di polizia (Guardia di Finanza, Comando NAS per un maggiore scambio di informazioni e di dati).

Verranno inoltre studiate procedure innovative sviluppando sistemi di monitoraggio e di alert automatico delle anomalie.

d) *Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite*

Durante l'anno 2018 saranno programmate attività formative in house generali e specifiche sulle tematiche dell'etica e del codice di comportamento aziendale.



e) *Aumentare controlli sull'esecuzione dell'appalto*

La realizzabilità della presente iniziativa è abbastanza alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore. In una sezione a parte verranno proposte concrete ed ulteriori iniziative per il triennio 2018-2020.

f) *Pubblicare indicatori di attività e di out-come*

Il d.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs 97/16, prevede importanti novità a favore della trasparenza e della pubblicazione on-line delle informazioni della pubblica amministrazione. La diffusione delle informazioni è uno strumento efficace perché crea la consapevolezza che è possibile avere un'immediata evidenza della non corretta gestione delle risorse; in questo modo si responsabilizzano non soli i funzionari e i dirigenti, ma tutti i dipendenti.

g) *Accreditare/mantenere accreditate le strutture sulla base delle loro effettive capacità*

La realizzazione di questa proposta consiste nel fatto che non è sufficiente fondare le verifiche solo sul numero delle prestazioni effettuate; è necessaria una valutazione complessiva che prenda in considerazione in primo luogo la salute dei pazienti nel medio-lungo periodo. Il punto di forza di questa proposta è rappresentato dalla possibilità di realizzare importanti economie senza danneggiare i servizi. Inoltre, il risparmio per la spesa pubblica supera ampiamente i costi da affrontare per i controlli.

h) *Promuovere il Whistleblowing*

La promozione del Whistleblowing all'interno della ASL di Bari ha avuto una forte attuazione attraverso la partecipazione dell'Azienda al progetto "Curiamo la corruzione" che ha permesso l'utilizzo immediato della piattaforma elettronica predisposta e realizzata da Transparency International Italia (<https://www.curiamolacorruzione.it/strumenti>).

i) *Rendere pubblici i pagamenti effettuati*

Questa proposta è realizzata considerando gli obblighi sulla trasparenza e sulla diffusione online delle informazioni imposti dal d.lgs. 33/2013, così come modificato dal d.lgs 97/16.

j) *Prevenire il rischio di infiltrazione del crimine organizzato negli appalti*

La realizzazione di questa proposta può avvenire solo attraverso un costante aggiornamento degli strumenti di prevenzione, visto l'utilizzo di sistemi mutevoli nel tempo da parte del crimine organizzato. I principali strumenti sono la riduzione delle stazioni appaltanti, la standardizzazione dei costi, i controlli di merito sulla spesa ed il rafforzamento nella partnership tra magistratura e forze dell'ordine. L'incentivazione alla segnalazione di comportamenti illeciti attraverso strutture dedicate e sicure può eliminare lo scoglio dell'omertà presente nelle nostre strutture riducendo



fortemente i tentativi d'infiltrazione. L'attuazione di questa proposta può avere grande impatto sulla qualità dei servizi e sulla riduzione del debito pubblico.

7. Gli Attori della prevenzione della corruzione

La Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale è la prima artefice della Prevenzione della corruzione e l'attuazione della Trasparenza, assicura il suo fondamentale sostegno all'azione del R.P.C.T. , e:

- a) designa e supporta il R.P.C. (art. 1, comma 7, legge n. 190/12);
- b) designa e supporta il Responsabile della Trasparenza (art. 43, d.lgs n. 33/2013);
- c) adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti, e li comunica all'ANAC e alla Regione;
- d) adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione (ad es.: criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del d.lgs. n. 165 del 2001, codice di comportamento, etc.);
- e) garantisce il coordinamento degli atti adottati al presente piano, in primis quelli organizzativi.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

Il RPCT rappresenta, senza dubbio, uno dei soggetti fondamentali nell'ambito della normativa sulla prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Nella Legge n. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPC nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni all'amministrazione nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, comma 9[^], lett. c) è disposto che il PTPC preveda “obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano”. Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. Utile, certamente, è anche l'introduzione nel Codice di comportamento dello specifico dovere di collaborare attivamente con il RPC, dovere la cui violazione deve essere ritenuta particolarmente grave in sede di responsabilità disciplinare. È imprescindibile, infatti, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e soprattutto di attuazione delle misure anticorruzione.

La figura del RPC è stata interessata in modo significativo dalle modifiche introdotte dal d.lgs. 97/2016. La nuova disciplina è volta a unificare in capo ad un solo soggetto l'incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza e a rafforzarne il ruolo, prevedendo che ad esso siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, eventualmente anche con modifiche organizzative.



D'ora in avanti, pertanto, il Responsabile viene identificato con riferimento ad entrambi i ruoli come Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT). Si precisa sin da ora che in attuazione delle nuove disposizioni normative, gli organi di indirizzo formalizzano con apposito atto l'integrazione dei compiti in materia di trasparenza agli attuali RPC, avendo cura di indicare la relativa decorrenza.

Altro elemento di novità è quello della interazione fra RPCT e organismi indipendenti di valutazione. Il decreto del Ministero dell'interno del 25 settembre 2015 "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione" all'art. 6, comma 5[^], prevede che nelle amministrazioni indicate all'art. 1, lett. h) del decreto, la persona individuata come "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il Responsabile della prevenzione della corruzione, in una logica di continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione.

L'intento principale del legislatore, nelle modifiche apportate alla Legge n. 190/2012 (art. 41, comma 1[^] lett. f) del d.lgs. 9712016), è chiaramente quello di rafforzare e tutelare il ruolo del RPCT, nel senso auspicato dall'Autorità nell'Aggiornamento 2015 al PNA. Il decreto, infatti, stabilisce che l'organo di indirizzo disponga eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare che al RPCT siano attribuiti funzioni e poteri idonei per lo svolgimento dell'incarico con piena autonomia ed effettività.

Inoltre, il medesimo decreto, da un lato, attribuisce al RPCT il potere di indicare agli uffici della pubblica amministrazione competenti all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza. Dall'altro lato, stabilisce il dovere del RPCT di segnalare all'organo di indirizzo e all'OIV <le disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza>.

Il Responsabile della prevenzione della corruzione esercita le seguenti funzioni:

- Elabora la proposta di Piano; il Piano viene altresì pubblicato nella sezione dell'Amministrazione Trasparente del sito internet dell'ASL di Bari (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>).
- Su proposta dei Dirigenti a più elevato rischio di corruzione, il Responsabile della prevenzione individua il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica;
- Il Responsabile verifica l'efficacia e l'idoneità del Piano, valuta l'opportunità di introdurre modifiche allo stesso, per esempio, qualora si verificassero significative violazioni non espressamente previste o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione dell'ASL di Bari (adozione atto aziendale);
- il Responsabile predispone incontri di consultazione con associazioni o portatori di interessi particolari. Analogamente prevede il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale dell'ASL Bari, addetto alle aree a più alto rischio, nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di prevenzione e di monitoraggio per l'implementazione del Piano;



- Il Responsabile, d'intesa con i Direttori e Dirigenti delle UU.OO. in cui maggiormente è elevato il rischio di fenomeni corruttivi, verifica l'effettiva rotazione degli incarichi;
- Entro il 30 novembre di ogni anno i Dirigenti interessati inviano al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, una comunicazione sintetica sulle misure adottate. Le comunicazioni saranno parte integrante della relazione, sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, che il Responsabile è tenuto a presentare nei termini indicati dalle norme di legge o dall'ANAC. La relazione sarà pubblicata sul sito internet dell'ASL Bari (<https://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari>);
- Il Responsabile del piano di prevenzione risponde in caso di mancata predisposizione del Piano e della sua corretta attuazione in tutte le sue declinazioni.

In considerazione dei numerosi compiti direttamente attribuiti al RPCT nei confronti del personale dell'ente, ed eventualmente per quel che concerne le disfunzioni anche nei confronti degli organi di indirizzo, è indispensabile che tra le misure organizzative da adottarsi da parte degli organi di indirizzo vi siano anche quelle dirette ad assicurare che il RPCT svolga il suo delicato compito in modo imparziale, al riparo da possibili ritorsioni, come già indicato nell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Per incrementare le garanzie del ruolo esercitato dal RPCT è intervenuta l'estensione generalizzata della previsione del dovere di segnalazione all'ANAC di eventuali misure discriminatorie - quindi non più solo in caso di revoca - dirette o indirette nei confronti del RPCT comunque collegate, direttamente o indirettamente, allo svolgimento delle sue funzioni. In tal caso l'ANAC può richiedere informazioni all'organo di indirizzo e intervenire con i poteri di cui all'art. 15, comma 3[^], del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo/ o 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190".

Inoltre, sempre a maggiore tutela del RPCT, può essere letta la novella legislativa laddove prevede l'esclusione dall'imputazione di responsabilità del RPCT (per omesso controllo, sul piano disciplinare) nei casi di ripetute violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano, qualora lo stesso possa provare <di avere comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di avere vigilato sull'osservanza del Piano> (art. 41, comma 1[^], lett. I), d.lgs. 97/2016).

Supporto conoscitivo e operativo al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (RPCT)

Al fine di garantire che il RPCT possa svolgere il proprio ruolo con autonomia ed effettività, come previsto dall'art. 41 del d.lgs. 97/2016, l'organo di indirizzo dispone «le eventuali modifiche organizzative necessarie per assicurare funzioni e poteri idonei» al RPCT.

È, dunque, altamente auspicabile, da una parte, che il RPCT sia dotato di una struttura organizzativa di supporto adeguata, per qualità del personale e per mezzi tecnici, al compito da svolgere; cosa che ancora oggi nella ASL di Bari, causa la forte carenza di personale, non è assicurata. Dall'altra, che vengano assicurati al RPCT poteri effettivi, preferibilmente con una specifica formalizzazione nell'atto di nomina, di interlocuzione nei confronti di tutta la struttura, sia nella fase della predisposizione del Piano e delle misure sia in quella del controllo sulle stesse.



Per quanto riguarda gli aspetti organizzativi, appare necessaria la costituzione di un apposito ufficio dedicato allo svolgimento delle funzioni poste in capo al RPCT; ad oggi l'ASL di Bari ha già costituito l'UOSVD Privacy, Anticorruzione e Trasparenza.

L'Azienda si impegna a rafforzare la citata UOSVD mediante successivi atti organizzativi che consentano al RPCT di avvalersi di personale di altri uffici. Tale struttura, che potrebbe anche non essere esclusivamente dedicata a tale scopo, può, in una necessaria logica di integrazione delle attività, essere anche a disposizione di chi si occupa delle misure di miglioramento della funzionalità dell'amministrazione (si pensi, ad esempio, ai controlli interni, alle strutture di audit, alle strutture che curano la predisposizione del piano della performance).

La necessità di rafforzare il ruolo e la struttura organizzativa a supporto del RPCT è tanto più evidente anche alla luce delle ulteriori e rilevanti competenze in materia di accesso civico attribuite al RPCT dal d.lgs. 97/2016.

In tale contesto il RPCT, oltre alla facoltà di chiedere agli uffici della relativa amministrazione informazioni sull'esito delle istanze, deve occuparsi, per espressa disposizione normativa (art. 5, co. 7, d.lgs. 33/2013 e s.m.i.), dei casi di riesame (sia che l'accesso riguardi dati a pubblicazione obbligatoria o meno).

Come già evidenziato nell'Aggiornamento 2016 al PNA, nella Legge n. 190/2012 sono stati succintamente definiti i poteri del RPCT nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni alle amministrazioni o enti, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, comma 9^o, lett. c) è disposto che il PTPC preveda "obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e su/l'osservanza del Piano". Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate. Al riguardo si rammenta che l'art. 8 del D.P.R. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento di tutti i dipendenti (Dirigenti e non) in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione del presente Piano.

Nelle modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 risulta evidente l'intento di rafforzare i poteri di interlocuzione e di controllo del RPCT nei confronti di tutta la struttura. Emerge più chiaramente che il RPCT deve avere la possibilità di incidere effettivamente all'interno dell'amministrazione o dell'ente e che alla responsabilità del RPCT si affiancano con maggiore decisione quelle dei soggetti che, in base alla programmazione del PTPC, sono responsabili dell'attuazione delle misure di prevenzione. Lo stesso d.lgs. 165/2001 all'art. 16, comma 1, lett. I-bis) Iter) e 1-quater), prevede, d'altra parte, tra i compiti dei dirigenti di uffici dirigenziali quello di concorrere alla definizione di misure idonee a prevenire e a contrastare i fenomeni di corruzione fornendo anche informazioni necessarie per l'individuazione delle attività nelle quali è più elevato il rischio corruttivo e provvedendo al loro monitoraggio.



Dal d.lgs. 97/2016 risulta anche l'intento di creare maggiore comunicazione tra le attività del RPCT e in particolare quelle dell'OIV, come precedentemente specificato. Ciò al fine di sviluppare una sinergia tra gli obiettivi di performance organizzativa e l'attuazione delle misure di prevenzione. In tal senso, si prevede, da un lato, la facoltà all'OIV di richiedere al RPCT informazioni e documenti necessari per lo svolgimento dell'attività di controllo di sua competenza (art. 41, comma 1 lett. h), d.lgs. 97/2016). Dall'altro lato, si prevede che la relazione annuale del RPCT, recante i risultati dell'attività svolta da pubblicare nel sito web dell'amministrazione, venga trasmessa oltre che all'organo di indirizzo dell'amministrazione anche all'OIV [art. 41, comma 1, lett. I), d.lgs. 97/2016].

Le modifiche apportate dal d.lgs. 97/2016 precisano che in caso di ripetute violazioni del PTPC sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano.

I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, prevista all'art. 1, comma 12, della Legge 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Il RPCT può andare esente dalla responsabilità ove dimostri di avere proposto un PTPC con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso.

Il RPCT può richiedere a tutti i direttori/dirigenti/responsabili della ASL di Bari informazioni di carattere generale riguardanti le attività connesse all'attuazione del presente Piano.

I direttori/dirigenti/responsabili della ASL di Bari sono obbligati a rispondere, celermente ovvero nei termini indicati, alle richieste di informazioni provenienti dal RPCT, in caso contrario così come evidenziato nel Codice di Comportamento scatteranno le sanzioni disciplinari e amministrative previste nel predetto codice e dalla normativa vigente e da eventuali regolamenti aziendali emanati o da emanarsi.

Il RPCT potrà richiedere ai direttori/dirigenti/responsabili della ASL di Bari, successivamente all'adozione del P.T.P.C., tutte le password di accesso ai sistemi informativi di cui si compone l'Azienda al fine di attuare e verificare le misure previste dal presente Piano

Il RPCT, al di là dei compiti e responsabilità postagli in capo dalla normativa nazionale, è il regista della gestione del rischio di corruzione, per attuare le misure preventive nuove, in coordinamento con quelle esistenti, anche secondo specifici monitoraggi.

La prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza sono i pilastri portanti della organizzazione della ASL di Bari. Il R.P.C. si avvale, nell'ambito dell'esercizio delle funzioni, del supporto e della collaborazione, oltre che delle risorse professionali in Staff alla Direzione Aziendale, dei referenti degli uffici aziendali e dell'apporto di tutti i Dirigenti delle strutture aziendali che



concorrono, nell'ambito di un'azione sinergica, a determinare misure preventive attraverso una verifica periodica della valutazione connessa ai rischi dei propri uffici /servizi.

Con Delibera del Direttore Generale n. 311 del 18 febbraio 2013 è stato costituito <l'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione>, mentre con la Deliberazione del Direttore Generale n. 669 del 18 aprile 2013 è stato designato il Responsabile Trasparenza. In entrambi gli atti deliberativi è stato nominato RPCT l'Avv. Luigi Fruscio, individuazione che è stata anche confermata con disposizione di servizio prot. n. 149309/1 del 28.08.2014.

I Referenti interni del RPCT

1. Individuare nell'ambito delle rispettive strutture le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione trasmettendo entro il previsto termine al RPCT le schede per il censimento di tutte le attività gestite;
2. Prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
3. Assicurare con riguardo alle attività individuate a più elevato rischio di corruzione, particolari obblighi di informazione nei confronti del RPCT;
4. Monitorare il rispetto dei termini previsti dalla legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti;
5. Monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando relazioni di parentela o affinità tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e dipendenti dell'amministrazione in forza alla propria struttura assicurando, in caso di conflitto d'interesse, anche potenziale, l'attivazione dei meccanismi di sostituzione conseguenti all'obbligo di astensione di cui all'art. 6 bis della Legge 241/1990 del personale in conflitto;
6. Verificare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
7. Verificare l'effettiva rotazione dei dipendenti, in particolare dei Dirigenti e Funzionari, negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
8. Fornire elementi utili alla individuazione, da parte del RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
9. Assicurare l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo che nell'esercizio delle rispettive funzioni l'organizzazione amministrativa sia resa quanto più possibile trasparente e le unità organizzative siano coordinate fra loro.



I Dirigenti

Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

- a) svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile, dei Referenti e dell'autorità giudiziaria e contabile nonché degli Uffici dei Procedimenti Disciplinari;
- b) partecipano al processo di gestione del rischio;
- c) propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);
- d) assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;
- e) adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- f) osservano le misure contenute nel P.T.P.C. (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);
- g) rimettono annualmente una relazione al R.P.C.T., indicando le criticità riscontrate, gli eventuali casi di corruzione/violazione del codice di comportamento per gli aspetti di competenza dello stesso, i bisogni formativi e le azioni di miglioramento individuate e gli eventuali suggerimenti, al fine di aggiornare e migliorare il PTCP;
- h) garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dal d.lgs n. 33/2013.

I Dirigenti delle singole Macrostrutture / UU.OO. devono predisporre periodicamente [entro 30 novembre] un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel presente Piano.

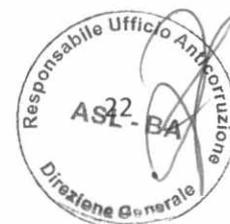
A norma dell'art. 1, comma 33, L. n. 190/2012 - Responsabilità dei dirigenti per omissione totale o parziale o per ritardi nelle pubblicazioni prescritte - la mancata o incompleta pubblicazione, da parte delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni di cui al comma 31:

- costituisce violazione degli standard qualitativi ed economici ai sensi dell'articolo 1, comma 1, del d.lgs. n. 198/2009;
- va valutata come responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. n. 165 del 2001 e s.m.i.
- eventuali ritardi nell'aggiornamento dei contenuti sugli strumenti informatici sono sanzionati a carico dei responsabili del servizio.

Organo Indipendente di Valutazione e gli altri organismi di controllo interno

Gli organismi di controllo interno (come ad esempio l'O.I.V.), nell'ambito della prevenzione della corruzione svolgono i seguenti compiti:

- a) partecipano al processo di gestione del rischio;



- b) considerano i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti ad essi attribuiti;
- c) svolgono compiti propri connessi all'attività anticorruzione nel settore della trasparenza amministrativa (artt. 43 e 44 d.lgs. n. 33 del 2013);
- d) esprimono parere obbligatorio sul Codice di comportamento adottato dall'Ente (art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165 del 2001);
- e) possono proporre annualmente modifiche e miglioramenti del presente Piano.

Ufficio Procedimenti Disciplinari

Nell'organizzazione della ASL di Bari è previsto un unico ufficio per i provvedimenti disciplinari (di seguito U.P.D.) sia per i dirigenti e sia per il personale del comparto, con i seguenti compiti:

- a) svolgono i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (art. 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);
- b) provvedono alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria e di quella contabile;
- c) propongono l'aggiornamento del Codice di comportamento;
- d) relazionano semestralmente al R.P.C.

Dirigente della Formazione

Data la particolare attenzione che il PNA pone sulla formazione del personale in particolar modo per quello che opera nelle aree a maggior rischio, si ritiene opportuno sottolineare l'importanza della collaborazione di questa figura con il RPCT, per individuare in tema di anticorruzione il collegamento tra la formazione specifica e il programma annuale della formazione.

Tutti i dipendenti/collaboratori dell'Azienda

La prevenzione della corruzione deve essere un'azione sinergica di tutti coloro che prestano la loro opera a qualsiasi titolo nell'organizzazione dell'Ente, indipendentemente dal ruolo ricoperto. La grande maggioranza degli operatori lavora a contatto con il pubblico e pertanto ognuno contribuisce sostanzialmente alla costruzione dell'immagine dell'Azienda, sia in positivo, ed occorrono anni per edificarla, che in negativo, basta poco per danneggiarla gravemente. E' chiaro che la diffusione fra tutti gli operatori di questa consapevolezza e di valori etici condivisi e principi di comportamento eticamente e giuridicamente adeguati rivestono un'estrema importanza.

Ogni dipendente/collaboratore deve:

- a) partecipare al processo di gestione del rischio;
- b) osservare le misure contenute nel P.T.P.C.;



- c) segnalare le situazioni di condotta illecita di cui sono venuti a conoscenza, in ragione del rapporto di lavoro, al proprio dirigente o al R.P.C o all'U.P.D. (art.54 bis del d.lgs 165/01);
- d) segnalare casi di personale conflitto di interessi (art. 6 bis l. n. 241 del 1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale e specifico);
- e) segnalare al proprio dirigente/superiore gerarchico e al RPC l'apertura di eventuali procedimenti penali e procedimenti contabili per reati contro la pubblica amministrazione, che si sono conclusi con la richiesta del rinvio a giudizio, entro quindici giorni dalla ricezione formale del provvedimento;
- f) tenere un comportamento eticamente e giuridicamente adeguato.

Stakeholder

La partecipazione attiva dei cittadini ed il coinvolgimento dei portatori di interesse sono prioritariamente attuati attraverso un'efficace comunicazione, quale strumento mediante il quale gli stakeholder partecipano al controllo della pubblica amministrazione. L'informazione ai cittadini, il rapporto con chi ne rappresenta gli interessi ed il monitoraggio costante dei fattori di non qualità percepiti dai cittadini attraverso il percorso dei reclami, della *customer satisfaction*, dell'audit civico, degli incontri di confronto e della trasparenza del sito istituzionale costituiscono le azioni concretamente messe in campo dall'Azienda, in coerenza con il sistema dei valori di riferimento dell'organizzazione, per garantire l'effettività delle misure preventive del presente Piano.

8. Integrazione tra PTPC ed i sistemi di misurazione delle Performance

La misurazione e la valutazione delle performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti dall'ASL di Bari, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati raggiunti dai singoli dipendenti e dalle unità organizzative.

Il D.lgs.150/2009, così come modificato dal D.lgs n. 74 del 25.05.2017, esprime un concetto fondamentale e cioè che la performance si ottiene grazie ad un ciclo integrato di programmazione e controllo, che consente di apprezzare in modo adeguato la performance raggiunte sia a livello organizzativo che individuale.

Il "ciclo integrato" della programmazione è definito dalla norma "ciclo delle performance" e, la definizione dei tempi e delle scadenze del processo risulta essere un elemento essenziale e qualificante dello stesso.

Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:

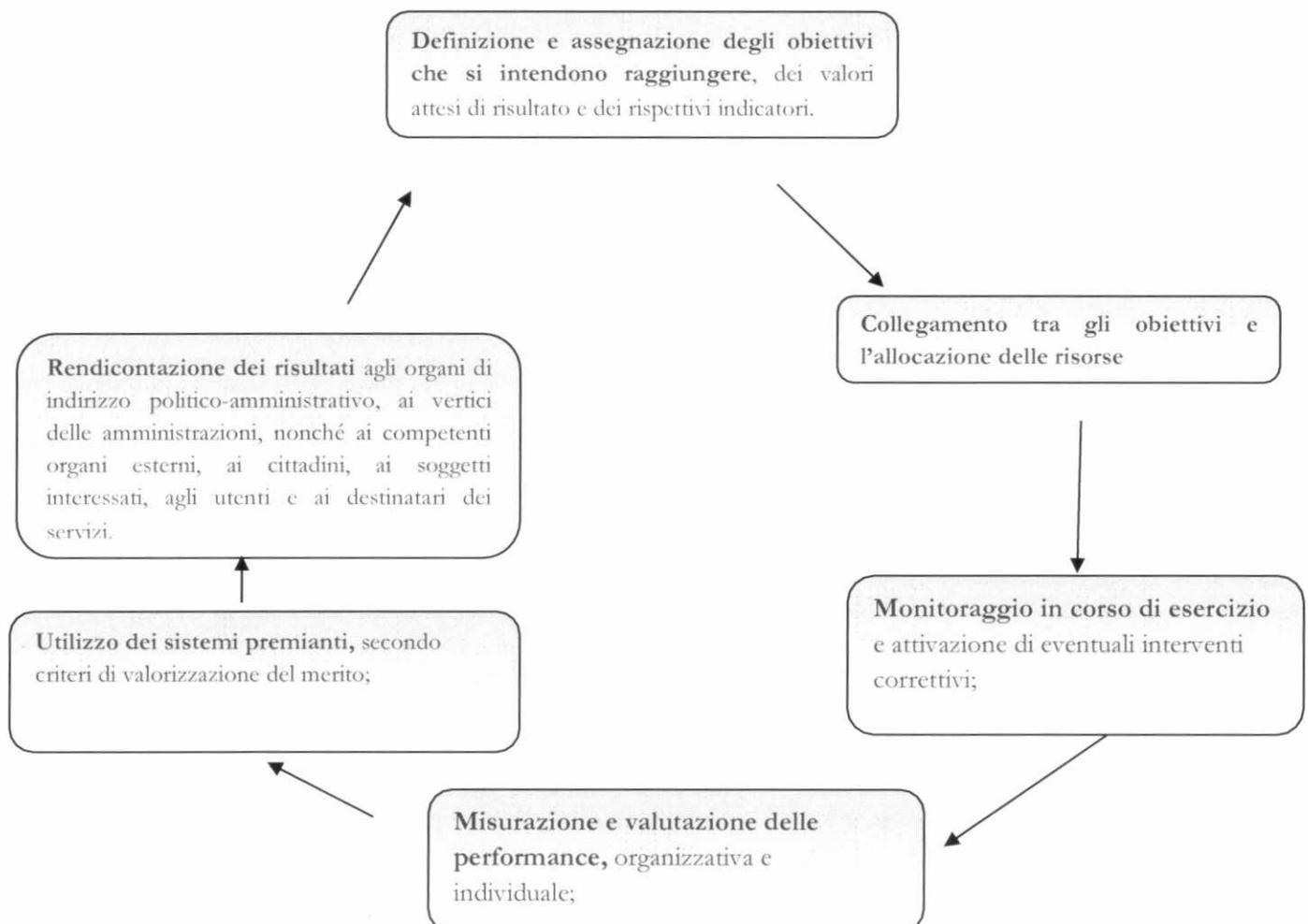
- Definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;



- Collegamento tra gli obiettivi e l'allocazione delle risorse, integrandosi con il ciclo di bilancio;
- Monitoraggio in corso di esercizio e attivazione di eventuali interventi correttivi;
- Misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
- Utilizzo dei sistemi premianti;
- Rendicontazione dei risultati alla Direzione.

La misurazione e la valutazione della performance non può prescindere dalla redazione del Piano della Performance, così come definito dall'art.10 comma 1 lettera a) del D.lgs.n.150/2009 che individua nel predetto Piano, lo strumento di programmazione direzionale, ovvero il documento nel quale si descrivono i principi guida, gli obiettivi strategici triennali, le attività e i tempi in cui si svolgono le relative fasi.

L'Azienda è tenuta a misurare ed a valutare le performance con riferimento all'Amministrazione nel suo complesso, alle unità organizzative o aree di responsabilità, ai singoli dipendenti, mediante la gestione del "ciclo delle performance" articolato nelle seguenti fasi:



L'ASL Bari ha in corso l'adozione del Piano della Performance. Ad oggi, nella ASL Bari, in mancanza del Piano della performance, la definizione degli obiettivi generali e di quelli assegnati alle strutture organizzative è disciplinata dall'annuale regolamento di budget e definizione degli obiettivi generali.

L'adozione di un Piano triennale per la prevenzione della corruzione il più possibile esaustivo è d'aiuto anche per le attività di monitoraggio interno e di valutazione della performance. In questo modo il PTPC diventa uno strumento strategico di presidio finalizzato alla riduzione del rischio di corruzione ma altresì elemento di continuo miglioramento gestionale.

Il Piano di norma specifica che la valutazione dei dirigenti viene effettuata prendendo in considerazione anche le misure adottate in materia di trasparenza e anticorruzione.

In tal senso è da rilevare che all'interno della ASL di Bari la Direzione Strategica ha inserito già da tempo tra gli obiettivi di budget dell'anno 2016, 2017 e 2018: il rispetto delle leggi e dei principi di buon andamento e di imparzialità dell'azione amministrativa e all'inserimento della revisione sistematica delle procedure amministrative con l'obiettivo di garantire l'ottimizzazione dei processi nel rispetto dei principi di equità e trasparenza.

L'integrazione con il processo di budget è importante perché agevola anche il monitoraggio delle misure e il raggiungimento degli obiettivi di prevenzione stabiliti.

Gli obiettivi strategici aziendali, infatti, possono essere perseguiti solo se ciascuna Macrostruttura / UU.OO. della ASL di Bari definisce gli specifici contributi. Questo significa che nel 2018 con i Direttori/Dirigenti/Responsabili della ASL dovranno declinare nelle schede di budget le attività necessarie per il raggiungimento degli obiettivi a loro assegnati dalla direzione strategica, ma dovranno essere accolte anche le proposte presentate dai responsabili se coerenti con la strategia aziendale.

Questo approccio permette una maggiore focalizzazione sulle attività di propria competenza e allo stesso tempo una declinazione più appropriata di quanto deve essere svolto.

L'ASL di Bari nelle more della approvazione del Piano della Performance ha provveduto, all'inizio di ogni esercizio, all'avvio delle procedure che portano alla definizione degli obiettivi di struttura con la definizione, della regolamentazione di budget e degli obiettivi generali aziendali, a cui gli obiettivi di struttura, devono necessariamente ispirarsi:

- con deliberazione del Direttore Generale n. 80 del 30.01.2015, così come modificata dalla deliberazione n. 2202 del 30.11.2017 la ASL di Bari ha definito il "Sistema di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale";
- con deliberazione del Direttore Generale n. 2203 del 30.11.2017 sono stati assegnati gli obiettivi generali di budget per l'anno 2018;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 2204 del 30.11.2017 è stato approvato il Bilancio Economico Preventivo e Budget Generale d'Esercizio 2018 ed il Bilancio pluriennale di previsione per gli esercizi 2018-2019-2020;



- con deliberazione del Direttore Generale n. 2434 del 22.12.2017 sono stati assegnati dalla Direzione Generale gli obiettivi operativi di budget per l'anno 2018;

9. Designazione del R.A.S.A.

L'individuazione del RASA è intesa come ulteriore misura organizzativa di trasparenza in funzione della prevenzione della corruzione. Il RASA è il soggetto responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante. Si evidenzia, al riguardo, che tale obbligo informativo sussiste fino alla data di entrata in vigore del sistema di qualificazione delle stazioni appaltanti previsto dall'art. 38 del nuovo Codice dei contratti pubblici ex d.lgs 50/2016. Questa Azienda, con deliberazione del Direttore Generale n. 112 del 27 gennaio 2014, ha già provveduto alla nomina del RASA nella persona del Direttore dell'Area Gestione del Patrimonio, la cui designazione è in corso di aggiornamento e di adozione in data odierna con DG.

10. Contesto esterno

Obiettivo dell'analisi del contesto esterno è quello di identificare la situazione del contesto in cui opera l'azienda sanitaria, per mettere in luce eventuali fattori di rischio di corruzione. L'analisi, volutamente sintetica, si suddivide in due parti: la prima del contesto sociale; la seconda legata alla presenza sul territorio regionale e provinciale di situazioni criminali e corruttive, desunta dai documenti disponibili.

Contesto sociale

L'Area Metropolitana di Bari ha le seguenti caratteristiche:

Estensione: 41 Comuni

Superficie totale del territorio di riferimento è di 3.825 kmq.

Popolazione residente è di 1.254.461 abitanti

Negli ultimi anni si è interrotta la continua crescita della popolazione residente, fenomeno sia legato alla riduzione dei flussi migratori per la crisi economica che ha colpito il nostro Paese a partire dal 2008, sia all'allineamento dei dati al censimento 2011, con la conseguente cancellazione di alcune residenze.

La composizione della popolazione è ben evidenziata dalla piramide per età che mostra una struttura, così come avviene per il resto della regione, che ha subito un invecchiamento costante, mitigato nell'ultimo decennio dai fenomeni migratori.

L'Area Metropolitana di Bari si caratterizza per una elevata speranza di vita.

I tassi standardizzati di mortalità, che non risentono dell'invecchiamento della popolazione, nel periodo 1999-2013 sono diminuiti per entrambi i sessi. La riduzione della mortalità registrata



nell'intero periodo è in gran parte imputabile alle classi di età medie e agli anziani fino a 80 anni circa.

Dal punto di vista ambientale la qualità dell'aria, gli alti livelli di urbanizzazione ed industrializzazione del territorio, connessi con le caratteristiche meteo-climatiche, favoriscono il ristagno degli inquinanti e generano una situazione ambientale che presenta diverse criticità.

Il profilo socio economico dell'area metropolitana di Bari in estrema sintesi si caratterizza per un incremento del tasso di disoccupazione, la crisi infatti ha colpito in particolare i segmenti più fragili della popolazione: i giovani, le donne e gli stranieri. Negli ultimi anni il numero dei poveri è aumentato.

L'area metropolitana di Bari presenta ancora, rispetto al dato medio nazionale, una migliore combinazione di benessere economico ed eguaglianza, ma la differenza si sta velocemente erodendo. L'area barese non è immune dalla tendenza verso una crescente disegualianza che sembra caratterizzare il Paese e risente delle conseguenze di una rapida immigrazione e di un mercato di lavoro che non riesce a garantire ai più giovani redditi e posti di lavoro adeguati.

Contesto criminale e corruttivo

REGIONE PUGLIA

Per quanto riguarda la Regione Puglia l'elevata propensione imprenditoriale del tessuto economico regionale è uno dei fattori che catalizza gli interessi della criminalità organizzata, sia autoctona che straniera, anche ai fini del riciclaggio e del reinvestimento in attività economiche dei profitti illeciti realizzati.

In Puglia sono da anni presenti compagini e soggetti affiliati e/o contigui ad organizzazioni criminali mafiose, che, attratti dalle possibilità offerte da un sistema economico dinamico, in taluni casi e per specifiche categorie di reati, arrivano ad operare anche unendosi tra loro, pianificando e realizzando attività illecite.

La presenza di tali organizzazioni, pur in assenza dei più eclatanti e cruenti episodi delittuosi tipici di quelle organizzazioni malavitose e di un controllo del territorio condotto con le modalità tipicamente messe in atto nelle aree geografiche di provenienza camorristica e/o mafiosa, è orientata al tentativo di inquinare il tessuto economico e sociale con immissioni di capitali di illecita provenienza attraverso l'aggiudicazione di appalti e l'acquisizione della proprietà di attività commerciali sfruttando gli effetti della contingente crisi finanziaria penalizzante, in particolare, la piccola imprenditoria.

Con riguardo alle presenze di elementi affiliati o contigui a clan mafiosi, gli interessi criminali prevalenti sono stati riscontrati nei settori economico-imprenditoriali, principalmente in quello edile, nel traffico di sostanze stupefacenti, nelle estorsioni e nell'usura.



Nella regione non si sono evidenziate particolari criticità riconducibili a sodalizi mafiosi siciliani, anche se viene confermata la presenza di elementi riconducibili a Cosa nostra. Sono, in particolare, emersi segnali di infiltrazione nel settore degli appalti pubblici. In alcune imprese del settore edile e delle costruzioni generali si sono evidenziati soggetti con profili di contiguità a famiglie mafiose.

L'attività di contrasto conferma alcune linee di tendenza, già riscontrate in passato, circa l'operatività sul territorio barese di gruppi criminali autoctoni, compartecipati anche da soggetti stranieri, attivi nello spaccio di sostanze stupefacenti, nello sfruttamento della prostituzione e nell'usura, o in altre attività delittuose a carattere "predatorio", spesso caratterizzate dall'efferatezza dell'azione esecutiva. Con riguardo alla presenza di sodalizi di origine straniera una loro aumentata capacità operativa, talvolta è legata all'assunzione di modus operandi assimilabili a quelli delle consorterie mafiose autoctone. Inoltre, si segnalano nuovi modelli di cooperazione tra gruppi stranieri di diversa nazionalità, talora con la partecipazione di pregiudicati italiani.

AREA METROPOLITANA DI BARI

Nell'Area Metropolitana permangono i tentativi di infiltrazione da parte della criminalità organizzata di tipo mafioso nel settore degli appalti pubblici e nel tessuto economico-imprenditoriale (edilizia, trasporti, gestione di esercizi pubblici e locali di pubblico spettacolo).

La criminalità organizzata autoctona continua a mostrare interesse in vari settori, quali il traffico di droghe, il reimpiego dei proventi illeciti in attività economiche e le estorsioni nei confronti di imprenditori perlopiù edili. Analoghi rischi di infiltrazioni criminali si rilevano nel settore dell'intermediazione nel mercato del lavoro e nel settore immobiliare.

Per la gestione delle nuove attività illecite sono stati individuati sul territorio altri componenti dell'organizzazione criminale (soggetti di differente caratura e livello di responsabilità in seno al clan, anche se non tutti stanziali) ben lontani dal porre in essere condotte di reato visibili. E' stato, infatti, riscontrato che le fattispecie criminali sintomatiche dell'attività dell'organizzazione criminale (estorsioni, incendi, intimidazioni, ecc.), in passato consumati in città di Bari hanno prodotto un'incisiva azione di contrasto, corroborata dalla proficua collaborazione da parte di tutte le categorie interessate dai citati fenomeni criminali, disponibili a denunciare.

Il fatto che molti dei soggetti più violenti in passato "attenzionati" abbiano trasferito (o stiano trasferendo) il loro ambito di operatività in altri centri, unito all'arrivo nel capoluogo di nuovi soggetti, potrebbe essere il chiaro segnale di un livello di interesse più alto (riciclaggio e reimpiego delle somme di denaro provento delle attività illecite nelle zone di origine) certamente di minor impatto criminale sul territorio. La conferma delle infiltrazioni nel tessuto economico sociale è rappresentata dai sequestri operati nei confronti di esponenti ed affiliati al clan legati alla città di Bari,



che hanno interessato beni mobili ed immobili, nonché quote societarie, per un importo di diversi milioni di Euro.

L'attività di soggetti vicini alla criminalità organizzata è stata riscontrata nel settore del reimpiego di capitali illecitamente acquisiti nel mercato immobiliare e finanziario ed in taluni tentativi di infiltrazione negli appalti pubblici locali per la realizzazione di opere pubbliche per il tramite di società inquinate, come evidenziato da pregresse attività investigative.

CONTROLLI DEI NAS CARABINIERI

Sono state molteplici le ispezioni del Nas Carabinieri di Bari con vari sequestri di alimenti, farmaci, giocattoli e articoli vari. E' stata sospesa anche l'attività di alcune strutture: studi medici (di cui uno sottoposto a sequestro penale), centri massaggi, strutture socio assistenziali, ristoranti esercizi di vendita al dettaglio.

CONTROLLI DELLA GUARDIA DI FINANZA

Sono stati molteplici anche i controlli della Guardia di Finanza con accertamenti che riguardano medici che hanno provocato danni al servizio sanitario. Due le contestazioni principali: "mancato rispetto degli obblighi di esclusività delle prestazioni da parte dei dirigenti medici per aver accettato incarichi extraprofessionali non autorizzati preventivamente dall'ente di appartenenza e impiego presso altre strutture private convenzionate".

PRINCIPALI INDAGINI SU CORRUZIONE NEL TERRITORIO METROPOLITANO

Volendo evidenziare le aree di rischio e gli eventuali punti di debolezza del sistema sanitario dell'area metropolitana di Bari, dobbiamo ricordare molte indagini/processi ancora in fase di svolgimento condotte dalla Magistratura e dagli Organi inquirenti nel nostro territorio negli ultimi anni che hanno avuto tutte un eco nazionale. La prima riguarda il mondo della ricerca in ambito cardiologico, la seconda l'ambito degli appalti e la terza le mancate timbrature di personale ospedaliero.

11. Contesto interno

Ai fini dell'analisi del contesto interno è in fase di completamento la mappatura dei procedimenti amministrativi di tutte le strutture aziendali dell'ASL di Bari, che consentiranno la rilevazione di ulteriori misure di mitigazione del rischio.

Nel corso del triennio 2018-2020 si prevede un'intensa attività di mappatura dei processi e fasi, per tutte le aree a rischio corruttivo, al fine di integrare il piano delle attività, ossia la programmazione consequenziale delle contromisure definite dall'ASL di Bari.

Le condotte a rischio sono riconducibili prevalentemente alle seguenti:

1. uso improprio della discrezionalità;
2. elusione delle procedure di svolgimento delle attività e di controllo;



3. utilizzo improprio di informazioni e documentazione;
4. rivelazione di notizie riservate e del segreto d'Ufficio;
5. alterazione dei tempi procedurali;
6. sviamento di procedure/attività ai fini della concessione di favori;
7. conflitto di interessi.

L'interazione dell'ASL di Bari con molteplici soggetti, sia interni che esterni, aventi molteplici interessi consentono, assumendo una posizione preliminarmente garantista, di poter considerare come "alto" il rischio corruttivo in particolar modo per i seguenti attori

- RUP
- Operatori economici
- Imprese esecutrici di lavori pubblici
- Consulenti e collaboratori
- Componenti Commissioni bandi di gara, concorsi e di invalidità
- Aziende farmaceutiche e Sponsor
- Personale medico in ALPI

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

- conflitto di interessi
- alterazione ed utilizzo improprio delle informazioni e documentazione
- violazione del codice appalti
- violazione del segreto d'ufficio
- pilotaggio di procedure istituzionali per favoritismi
- alterazione dei tempi di attesa
- elusione di regolamenti e norme per interessi personali

L'analisi del contesto interno ha consentito di rilevare una generalizzata attuazione delle misure di prevenzione riportate nel Piano ed in particolare, per quanto riguarda le misure di carattere specifico, stante la parziale attuazione, si prevede per l'anno 2018, una generale rivisitazione delle aree, sotto-aree e processi con l'individuazione di specifiche misure ulteriori di mitigazione del rischio corruttivo, attraverso il coinvolgimento di tutti i Referenti del Responsabile per la prevenzione della corruzione.

12. Valutazione e Gestione del rischio

La mappatura dei processi ha tenuto conto di alcune regole fondamentali che riguardano le organizzazioni (secondo quanto riportato nelle norme UNI ISO 31000-2010) in materia di gestione



del rischio. La gestione del rischio è parte integrante del processo decisionale con riferimento a tutti i processi dell'organizzazione. E' quindi un percorso sistematico che al tempo stesso deve cercare di garantire adeguamenti il più possibile tempestivi, caratterizzandosi come un processo dinamico dovendo rispondere ai cambiamenti di contesto interni ed esterni. Tale impostazione porta ad effettuare valutazioni specifiche e "su misura" che si basano proprio sul contesto specifico in termini di aspettative interne ed esterne e su specifici fattori umani e culturali.

Il processo di valutazione e di conseguente gestione del rischio pertanto è svolto secondo il seguente percorso logico-temporale:

- Mappatura dei processi: effettuata a livello decentrato con l'individuazione da parte di ogni struttura aziendale coinvolta dei processi e/o di sotto-processi.
- Identificazione del/i rischio/i.
- Valutazione dei rischi: individuazione dei processi a rischio attraverso un confronto interno al fine di definire le priorità di intervento.
- Analisi e relativa graduazione.
- Trattamento del rischio.
- Monitoraggio.
- Azione di coordinamento da parte del RPCT

Di seguito gli indicatori per la valutazione, analisi e gestione del rischio necessari per il calcolo del prodotto tra probabilità di accadimento ed impatto:

Probabilità:

- Discrezionalità
- Rilevanza
- Complessità
- Valore economico
- Frazionalità
- Controlli

Impatto:

- Organizzativo
- Economico
- Reputazionale
- Immagine

Per far sì che la gestione del rischio sia efficace, è necessario seguire i principi riportati qui di seguito:

a) La gestione del rischio crea e protegge il valore. La gestione del rischio contribuisce in maniera dimostrabile al raggiungimento degli obiettivi ed al miglioramento della prestazione, per esempio in



termini di salute e sicurezza delle persone, security, rispetto dei requisiti cogenti, consenso presso l'opinione pubblica, protezione dell'ambiente, qualità del prodotto gestione dei progetti, efficienza nelle operazioni, governance e reputazione.

b) La gestione del rischio è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione. La gestione del rischio non è un'attività indipendente, separata dalle attività e dai processi principali dell'organizzazione. La gestione del rischio fa parte delle responsabilità della direzione ed è parte integrante di tutti i processi dell'organizzazione, inclusi la pianificazione strategica e tutti i processi di gestione dei progetti e del cambiamento.

c) La gestione del rischio è parte del processo decisionale. La gestione del rischio aiuta i responsabili delle decisioni ad effettuare scelte consapevoli, determinare la scala di priorità delle azioni e distinguere tra linee di azione alternative.

d) La gestione del rischio tratta esplicitamente l'incertezza. La gestione del rischio tiene conto esplicitamente dell'incertezza, della natura di tale incertezza e di come può essere affrontata.

e) La gestione del rischio è sistematica, strutturata e tempestiva. Un approccio sistematico, tempestivo e strutturato alla gestione del rischio contribuisce all'efficienza ed a risultati coerenti, confrontabili ed affidabili.

f) La gestione del rischio si basa sulle migliori informazioni disponibili. Gli elementi in ingresso al processo per gestire il rischio si basano su fonti di informazione quali dati storici, esperienza, informazioni di ritorno dai portatori d'interesse, osservazioni, previsioni e parere di specialisti. Tuttavia, i responsabili delle decisioni dovrebbero informarsi, e tenerne conto, di qualsiasi limitazione dei dati o del modello utilizzati o delle possibilità di divergenza di opinione tra gli specialisti.

g) La gestione del rischio è "su misura". La gestione del rischio è in linea con il contesto esterno ed interno e con il profilo di rischio dell'organizzazione.

h) La gestione del rischio tiene conto dei fattori umani e culturali. Nell'ambito della gestione del rischio individua capacità, percezioni e aspettative delle persone esterne ed interne che possono facilitare o impedire il raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione.

i) La gestione del rischio è trasparente e inclusiva. Il coinvolgimento appropriato e tempestivo dei portatori d'interesse e, in particolare, dei responsabili delle decisioni, a tutti i livelli dell'organizzazione, assicura che la gestione del rischio rimanga pertinente ed aggiornata. Il coinvolgimento, inoltre, permette che i portatori d'interesse siano opportunamente rappresentati e che i loro punti di vista siano presi in considerazione nel definire i criteri di rischio.

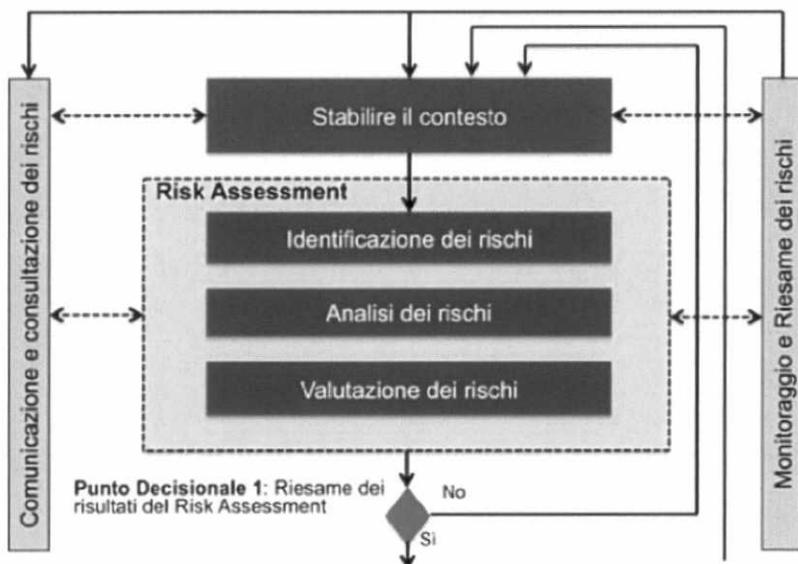
j) La gestione del rischio è dinamica. La gestione del rischio è sensibile e risponde al cambiamento continuamente. Ogni qual volta accadono eventi esterni ed interni, cambiano il contesto e la



conoscenza, si attuano il monitoraggio ed il riesame, emergono nuovi rischi, alcuni rischi si modificano e d altri scompaiono.

k) La gestione del rischio favorisce il miglioramento continuo dell'organizzazione. Le organizzazioni dovrebbero sviluppare ed attuare strategie per migliorare la maturità della propria gestione del rischio insieme a tutti gli altri aspetti della propria organizzazione.

La gestione del rischio si svolge attraverso l'identificazione, analisi e valutazione dei rischi come di seguito schematizzato:



La gestione del rischio è un processo circolare che parte dalla mappatura dei processi e termina con il monitoraggio e la valutazione dello stesso.

In modo sintetico le fasi sono quattro:

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

L'analisi del contesto esterno ed interno, permettono di rafforzare l'identificazione delle aree a rischio.

Nel processo di gestione del rischio sono stati coinvolti tutti i dirigenti dell'Azienda, chiamati a fare una valutazione del livello di rischio delle diverse aree e dei singoli processi. Nel processo sono coinvolti anche associazioni di cittadini e pazienti, ordini e collegi professionali, sindacati che possono offrire un contributo in funzione dello specifico angolo di visuale ed esperienza.



Un elemento importante è l'associazione fra prevenzione del rischio di corruzione e il miglioramento organizzativo dei processi oggetto di analisi. Lo sforzo è quello di superare la logica del mero adempimento burocratico, orientando le misure di prevenzione della corruzione anche al miglioramento delle performance aziendali e quindi alla risposta data ai cittadini.

a) La mappatura dei processi di ogni area aziendale

La valutazione delle aree e dei processi a rischio è stata realizzata secondo la metodologia proposta dal Piano nazionale, integrata con analisi supplementari fra cui:

- l'analisi dei procedimenti disciplinari dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari degli ultimi 5 anni;
- i precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa);
- l'analisi dei casi ripresi dai media e dalla stampa nella nostra realtà e a livello regionale e italiano;
- focus group con operatori, sanitari e non sanitari e con i dirigenti delle aree di competenza al fine di evidenziare il rischio di illegalità e corruzione nelle diverse aree della nostra azienda.

b) La valutazione del rischio

L'impatto dei diversi rischi è stato misurato da almeno tre punti di vista: impatto economico, organizzativo e reputazionale.

c) Le misure per la prevenzione

Al fine di ridurre il livello di rischio sono state individuate le misure di prevenzione (obbligatorie o ulteriori). Per ciascuna area vengono indicate le misure di prevenzione già esistenti e quelle nuove da implementare per ridurre la probabilità che il rischio si verifichi, la tempistica per l'introduzione e implementazione e le responsabilità della stessa.

Il principio legato all'applicazione di nuove misure o il mantenimento delle misure di prevenzione del rischio già esistenti è quello della sostenibilità e del costo in funzione del risultato atteso allo scopo di applicare prioritariamente le misure preventive che in termini di costi economici e organizzativi non superino i benefici attesi.

d) Il monitoraggio e la valutazione

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio e valutazione, finalizzata alla verifica dell'efficacia dei sistemi di prevenzione adottati e alla successiva messa in atto di ulteriori strategie di prevenzione.

Il monitoraggio avviene periodicamente durante l'anno, anche attraverso una attività di audit [si veda la buona pratica attivata all'interno del Dipartimento di Prevenzione] con i singoli servizi coinvolti.

Le misure trasversali di prevenzione del rischio



Così come previsto nel Piano Nazionale sono in corso di attuazione anche nella ASL di Bari alcune misure di carattere sistemico, fra cui:

- la trasparenza, che costituisce oggetto del Programma Triennale sulla Trasparenza (vedi sezione del presente Piano);
- l'informatizzazione e la dematerializzazione dei processi al fine di consentire la tracciabilità, con l'emersione delle responsabilità per ciascuna fase. Questa misura sarà realizzata nel corso del triennio 2018-2020;
- il monitoraggio sul rispetto dei termini procedurali dei principali processi a rischio allo scopo di far emergere eventuali omissioni o ritardi che possono essere espressione di fenomeni corruttivi.
- controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto notorio rese dai dipendenti e dagli utenti da parte dei servizi competenti;
- promozione di convenzioni tra amministrazioni per l'accesso alle banche dati istituzionali;
- affidamento delle ispezioni, dei controlli e degli atti di vigilanza di competenza dell'amministrazione, di norma, ad almeno due dipendenti abbinati;
- sottoscrizione da parte degli utenti dei verbali redatti a seguito di attività di vigilanza/audit;
- ascolto dell'utente, raccolta di suggerimenti, osservazioni e proposte di miglioramento anche riguardo ai temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione attraverso i canali di comunicazione presenti (Uffici URP, sito web aziendale, social media istituzionali).

13. Aree di rischio

L'individuazione delle aree e delle attività a rischio corruzione è stata effettuata:

- valutando per ciascuna fase del processo il grado di esposizione al rischio mediante l'analisi della probabilità del verificarsi dell'evento corruttivo e del potenziale impatto entro una scala di rischio (lordo) suddivisa tra basso, medio, alto;
- analizzando le cause di tale rischio;
- valutando l'adeguatezza dei presidi già in essere e individuando ulteriori misure preventive adeguate alla riduzione del rischio.

Le aree di rischio individuate dalla Legge e dall'aggiornamento 2015 del PNA sono distinte in aree generali e aree specifiche e sono le seguenti:

Aree di rischio generali previste dalla L. 190/2012, art. 1, comma 16:

- autorizzazione o concessione;
- 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 d.lgs. 163/ 2006;



- concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché 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 di carriera.

Aree di rischio generali da aggiornamento PNA 2016:

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

Aree di rischio specifiche per il settore sanitario (da aggiornamento PNA 2016)

- Attività libero professionale e liste di attesa;
- Rapporti contrattuali con privati accreditati;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: sponsorizzazione, ricerca, sperimentazione;
- Attività conseguenti al decesso intraospedaliero.

14. Programmazione delle attività

Le attività svolte dall' ASL Bari sui temi, anche trasversali, dell' Anticorruzione e della Trasparenza, di cui alla Legge n.190/2012 ed al D.lgs. n.33/2013, sono di seguito riepilogate con riferimento all'adozione dei relativi provvedimenti e disposizioni interne:

- ✓ Deliberazione DG n.77 del 30/1/2015 avente ad oggetto "Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari";
- ✓ Deliberazione DG n.162 del 29/1/2016 avente ad oggetto "Aggiornamento del PIANO TRIENNALE per la PREVENZIONE della CORRUZIONE anni 2016 – 2017 – 2018";
- ✓ Deliberazione DG n.163 del 29/1/2016 avente ad oggetto "Aggiornamento del PROGRAMMA TRIENNALE per la TRASPARENZA E L'INTEGRITA' anni 2016 – 2017 – 2018";
- ✓ Deliberazione DG n.164 del 29/1/2016 avente ad oggetto "Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari";
- ✓ Deliberazione del DG n.165 del 31.01.2017 (Aggiornamento PTPC con specifica sezione trasparenza);
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n.164 del 31.01.2017 "Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari";
- ✓ Disposizione/Avviso interno in tema di attestazione presenza in servizio del 20.02.2017;
- ✓ Deliberazione del Direttore Generale n. 933 del 18.05.2017 "Regolamento aziendale sul patrocinio legale per i dipendenti dell'Azienda Sanitaria di Bari adozioni e consequenziali determinazioni".



In sede di riunioni di budget per gli obiettivi 2018 tenutesi con i Direttori dei Dipartimenti aziendali, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza ha svolto anche una consultazione pubblica per l'aggiornamento del Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della Trasparenza.

L'ASL Bari collabora, sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione, con altre importanti istituzioni ed organizzazioni tra le quali :

- Transparency International [Accordo di collaborazione e partecipazione al progetto nazionale c.d. "Curiamo la corruzione"];
- Forum della Legalità della Città Metropolitana di Bari;
- Dipartimento di Scienze Politiche Università di Bari;
- Consorzio Interuniversitario Comunità delle Università Mediterranee;
- FIASO;
- Network Regione Puglia RPCT delibera di Giunta Regionale n. 23.01.2018.

Inoltre l'Azienda ha dato immediata attuazione alle disposizioni in tema di pubblicazione e trasmissione dei dati in formato aperto, contenute nella Delibera ANAC n. 39 del 20/1/2016, la quale pone in capo a ciascuna stazione appaltante obblighi di trasparenza e comunicazione in merito ai procedimenti di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi.

Con Deliberazione DG n.1261 dell'11/7/2016, la ASL BARI si è dotata del "Regolamento Aziendale per la disciplina delle procedure di acquisto di beni e servizi sotto soglia comunitaria", ai sensi dell'art. 36 del D.lgs. n.50/2016, in coerenza con le disposizioni contenute nel Codice dei Contratti e finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa.

In adesione alle richieste dell'A.N.AC., l'OIV ha svolto attività di audit e attestazione sull'assolvimento da parte dell'ASL Bari di alcuni adempimenti imposti dalla normativa sulla trasparenza.

Con riferimento alla rotazione degli incarichi dirigenziali, misura obbligatoria prevista per la repressione e prevenzione della corruzione, sia dalla legge n. 190/2012 e s.m.i., sia dal Piano Nazionale Anticorruzione, occorre premettere che l'ASL BARI ha provveduto inizialmente alla rotazione nella aree ritenute più a rischio, quali l'Area Gestione del Patrimonio, Area Gestione Tecnica, Area Gestione Risorse Finanziarie e Area Servizi Socio Sanitari, per poi passare, alla scadenza naturale degli incarichi dirigenziali in essere, alla rotazione degli stessi come da provvedimenti deliberativi elencati nel seguito:

- Deliberazione DG n. 1594 del 22/9/2016 avente ad oggetto "Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa del ruolo amministrativo, professionale e tecnico - art.1 Legge 190/2012";



- Deliberazione DG n.1672 del 27/9/2016 avente ad oggetto “Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 nel rispetto dei principi di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa semplice del ruolo amministrativo, professionale e tecnico – art.1 Legge 190/2012”;
- Deliberazione DG n.1679 del 30/9/2016 avente ad oggetto “Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa dei direttori dei Distretti Socio Sanitari – art.1, Legge 190/2012”.

È in corso di definizione l'aggiornamento del programma dei Corsi di formazione sul codice di comportamento aziendale e sull'etica, a seguito di incontri intervenuti tra il Dirigente Anticorruzione e la Direzione Strategica. Il programma prevede un percorso di studio che coinvolgerà tutti i dipendenti, con lo scopo di richiamare i principi individuati nel codice di comportamento, nonché le responsabilità e le sanzioni come previste dalla legge.

L'aggiornamento delle procedure amministrative e la valutazione del grado di rischio corruzione sono in corso di completamento, poiché si è in attesa di ricevere le informazioni utili per la creazione di una banca dati delle procedure. Tali informazioni saranno inoltre utili per l'aggiornamento continuo della carta dei servizi delle attività gestionali, nonché indispensabili per effettuare i programmi di controllo dei tempi di scadenza e l'individuazione dei gradi di rischio di corruzione da richiamare nel Piano Triennale Anticorruzione.

Al fine di migliorare l'azione amministrativa aziendale, sono stati approvati numerosi Regolamenti aziendali, come di seguito elencati:

- Deliberazione DG n.802 del 27/5/2015: “Regolamento attuativo aziendale per la costituzione e per il funzionamento del comitato consultivo misto ASL Bari. Deliberazione n.1174 del 1° luglio 2014. Integrazioni”;
- Deliberazione DG n.882 dell'1/6/2015: “Consensi Informati Procedure in Cardiologia”;
- Deliberazione DG n.885 del 3/6/2015: “Approvazione Regolamento Aziendale per l'utilizzo dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 5 febbraio 1992, n.104”;
- Deliberazione DG n.886 del 3/6/2015: “Approvazione Regolamento congedo retributivo per assistenza familiari portatori di handicap grave (art.42, comma 5, Decreto Legislativo 26 marzo 2001, n.151). Aggiornamenti e Modifiche”;
- Deliberazione DG n.1102 del 13/6/2016: “Modifica Regolamento Aziendale sull'utilizzo dei permessi retribuiti previsti dalla Legge 104/1992 – delibera n.885 del 2015”;
- Deliberazione DG n.1261 dell'11/7/2016: “Approvazione Regolamento Aziendale per la disciplina delle procedure di acquisto di beni e servizi sotto soglia comunitaria, ai sensi dell'art. 36 d.lgs. n.50/2016”;



- Deliberazione DG n.1266 del 14/7/2016: “Regolamento per la gestione assicurativa e amministrativa dei sinistri e delle controversie da responsabilità sanitaria”;
- Deliberazione DG n.1382 del 23/7/2015: “Approvazione del Regolamento del Collegio di Direzione della ASL BARI ai sensi della L.R. Regione Puglia n. 43 del 17.10.2014”;
- Deliberazione DG n.1415 del 22/7/2016: “Approvazione protocollo operativo di rimborso spese di trasporto sostenute dai pazienti emodializzati”;
- Deliberazione DG n.1722 del 5/10/2016: “Approvazione del regolamento disciplinare Aziendale”;
- Deliberazione DG n.1782 del 14/10/2016: “Approvazione del Regolamento del Servizio di Cassa Sportelli Cup-Ticket”.
- Deliberazione DG n. 1404 del 28/07/2017 “Approvazione del Regolamento aziendale per l'accettazione e l'utilizzo di attrezzature, apparecchiature elettromedicali, biomediche, informatiche in visione o prova”
- Indicazioni applicative sulla modifica al Regolamento disciplinare aziendale a seguito della Riforma Madia ex D.lgs 75/2017
- Deliberazione DG n. 0979 del 26/05/2017 “Modifica al Regolamento per la graduazione delle funzioni dirigenziali area medica e veterinaria approvato con deliberazione n.2252 del 22/12/2016”

Inoltre, sono in corso di adozione i seguenti provvedimenti:

- Regolamento sulla Tutela Legale;
- Regolamento sulle Casse Economali;
- Istituzione del Gruppo di Lavoro per la gestione e risoluzione del contenzioso giudiziale e stragiudiziale in materia civilistica e giuslavoristica.

Nel quadro generale dei processi attivati per l'adeguamento alle disposizioni della Legge n.190/2012 e D.Lgs. n.33/2013, l'insieme di azioni e strumenti adottati sono e saranno costantemente mantenuti in relazione alla risposta ottenuta dalla loro applicazione e ai mutamenti dell'ambiente interno ed esterno.

Dal mese di febbraio 2018 sarà avviata un'articolata ricognizione dei procedimenti amministrativi in capo a ciascuna Macrostruttura aziendale dell'ASL Bari, ai fini del monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali, ex art.1 comma 28 della L. 190/2012, individuando altresì i Responsabili del Procedimento.



15. Stato avanzamento delle misure

Gli strumenti introdotti dalla normativa si sono inseriti, all'interno dell'ASL di Bari, in un sistema di controllo interno già impostato ed orientato al miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali. La scelta dell'ASL di Bari è quella di prediligere un approccio orientato alla diffusione dei valori dell'etica, della legalità e dell'integrità piuttosto che basato solo su regole e misure repressive. In tal senso viene promossa la collaborazione da parte dei vari soggetti interni ed esterni nell'elaborazione di strategie e strumenti per promuovere e diffondere la legalità e l'integrità, contribuendo così in maniera attiva a garantire la tutela dell'interesse della collettività.

Inoltre la strategia per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza segue un approccio sistemico, le singole misure agiscono in maniera intercorrelata e sinergica per sortire un risultato efficace e in grado di generare valore su più fronti nella prevenzione della corruzione.

Gli strumenti e l'approccio scelto dall'Azienda nella strategia di prevenzione della corruzione ed attuazione della trasparenza, (con particolare riferimento anche alla formazione basata su approccio normativo e valoriale, alla promozione delle segnalazioni di rischi di illegalità e irregolarità), mirano a incidere sui soggetti interni ed esterni all'Azienda contribuendo così alla promozione della cultura della legalità e della trasparenza.

I principali strumenti di prevenzione della corruzione, previsti dalla normativa di riferimento, applicati dall'ASL di Bari e descritti nel presente Piano sono i seguenti:

- adozione del Piano Triennale di Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;
- adozione del Codice di Comportamento Aziendale;
- formazione sulle norme ed in particolare in materia di etica, integrità ed altre tematiche attinenti alla prevenzione della corruzione;
- applicazione di criteri di selezione e rotazione del personale operante nelle aree a rischio;
- obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- disciplina specifica in materia di incarichi d'ufficio e attività ed incarichi extra-istituzionali;
- incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- disciplina specifica in materia di formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione;
- disciplina specifica in materia di conferimento di incarichi dirigenziali in caso di particolari attività o incarichi precedenti e di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (pantouflage-revolving doors);
- disciplina specifica in materia di tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito (whistleblower).



Di seguito si elencano intanto le misure generali applicate dell'ASL di Bari, ai fini della prevenzione della corruzione:

Misura	Stato attuazione misura	Indicatore	Responsabile
Codice di Comportamento	attuata	Comunicazione dei dipendenti	RPC e Referenti
Gestione conflitti di interesse	attuata	% verifiche sulle segnalazioni effettuate	RPC e Referenti
Gestione incompatibilità e inconfiribilità	attuata	% verifiche sulle autocertificazioni di insussistenza	RPC /DG/DS/DA
Autorizzazioni incarichi extra-istituzionali	attuata	% verifiche sulle richieste autorizzative	RPC e Referenti
Attività lavorative dopo la cessazione	attuata	% verifiche sulle clausole in bandi di gara	RPC e Referenti
Formazione commissioni ed incarichi	attuata	% verifiche svolte a campione	RPC e Referenti
Rotazione del personale dipendente	attuata	Numero dipendenti soggetti a rotazione/anno	RPC e Referenti
Segnalazione illeciti	attuata	% segnalazioni effettuate dai dipendenti	RPC e Referenti
Formazione e sensibilizzazione	attuata	Verifica registri partecipanti	RPC e Referenti

16. Codice di comportamento

Per garantire la diffusione di quanto prescritto nel presente Piano e nel Codice di Comportamento dei pubblici dipendenti, l'ASL provvede a darne pubblicazione sul portale istituzionale nonché a renderli sempre disponibili a dipendenti e terzi che vengano a contatto con l'Azienda.

Dell'approvazione del nuovo Codice di Comportamento è stata data informativa dal Direttore generale a tutti i Direttori/Dirigenti/Responsabili, e tramite quest'ultimi a tutti i dipendenti della ASL.



Per i neo assunti o nel caso di affidamento di incarichi e collaborazioni, è stato inserito nella comunicazione di assunzione l'obbligo di prenderne visione, da confermare successivamente al momento della firma del contratto.

Le disposizioni previste dal Codice di Comportamento sono state altresì trattate nell'ambito dei corsi di formazione in house tenuti dal RPC in materia di prevenzione del rischio di corruzione.

L'ASL di Bari ha provveduto all'aggiornamento del Codice di comportamento, con deliberazione del Direttore Generale n. 164 del 31.01.2017, previa consultazione pubblica ex art. 54 c.5 del D.lgs 165/2001e s.m.i. e previa acquisizione del parere favorevole dell'Organismo indipendente di Valutazione.

Con riferimento ai provvedimenti di incarico ed ai contratti di collaborazione o di consulenza, è stata predisposta la modulistica che prevede, tra l'altro, clausole di risoluzione del rapporto di lavoro in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento dell'ASL di Bari.

Inoltre, nell'ambito delle procedure di gara negli appalti di servizi, lavori e forniture, è sempre previsto l'obbligo del partecipante di dichiarare di essere edotto degli obblighi derivanti dal Codice di comportamento.

E' previsto, per l'anno 2018, l'aggiornamento del Regolamento disciplinare aziendale, in conformità al decreto legislativo n.75/2017 "Riforma Madia", con contestuale aggiornamento del Codice di comportamento ai fini di una corretta reciproca integrazione.

17. Incompatibilità e inconferibilità

Ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico si osservano le disposizioni contenute nel decreto legislativo dell'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'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190. L'autorità nazionale per la prevenzione della corruzione con Delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 ha fornito l'interpretazione in merito all'applicazione del decreto legislativo n. 39/2013 nel settore sanitario.

In particolare, la delibera stabilisce che "le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL (omissis) devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39".



Resta ferma per tutti i dipendenti pubblici la disciplina delle incompatibilità, cumulo di impieghi e incarichi di cui all'art. 53 del d.lgs n. 165/ 2001.

Come previsto dai commi 5, 7, 9 e 14 dell'art. 53 del d.lgs. 165/2001, così come modificati dalla L. 190/2012, nel caso di conferimento o autorizzazione di incarichi a propri dipendenti l'ASL verificherà l'insussistenza di situazioni di incompatibilità o di conflitto di interesse anche potenziale.

Per l'anno 2017, il Responsabile per la prevenzione della corruzione con il supporto strategico e la collaborazione di tutti i Referenti Direttori di Macro-Struttura, ha proceduto ad una verifica a campione delle dichiarazioni, selezionando quelle che, ad un primo esame, avrebbero potuto contenere elementi di criticità; le attestazioni oggetto di monitoraggio non hanno rilevato elementi di conflitto.

La programmazione relativa all'anno 2018 prevede di rinnovare la richiesta al personale dirigenziale dell'Autorità di rilasciare le dichiarazioni in merito alla sussistenza di eventuali cause di incompatibilità o inconfiribilità.

18. Rotazione del personale

Nell'ambito del PNA la rotazione del personale è considerata quale misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti e instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

In generale la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore. In tale direzione va anche l'esperienza del settore privato dove, a fronte di un mondo del lavoro sempre più flessibile e di rapido cambiamento delle competenze richieste, il livello di professionalità si fonda non tanto o, non solo, sulle capacità acquisite e dimostrate, ma anche su quelle potenziali e future.

La rotazione è una tra le diverse misure che le amministrazioni hanno a disposizione in materia di prevenzione della corruzione. Il ricorso alla rotazione deve, infatti, essere considerato in una logica di necessaria complementarietà con le altre misure di prevenzione della corruzione specie laddove possano presentarsi difficoltà applicative sul piano organizzativo. In particolare occorre considerare che detta misura deve essere impiegata correttamente in un quadro di elevazione delle capacità professionali complessive dell'amministrazione senza determinare inefficienze e malfunzionamenti.



Per le considerazioni di cui sopra, essa va vista prioritariamente come strumento ordinario di organizzazione e utilizzo ottimale delle risorse umane da non assumere in via emergenziale o con valenza punitiva e, come tale, va accompagnata e sostenuta anche da percorsi di formazione che consentano una riqualificazione professionale. Ove, pertanto, non sia possibile utilizzare la rotazione come misura di prevenzione contro la corruzione, i direttori delle macrostrutture sono tenuti ad operare scelte organizzative, nonché ad adottare altre misure di natura preventiva che possano avere effetti analoghi, quali a titolo esemplificativo, la previsione da parte del dirigente di modalità operative che favoriscano una maggiore condivisione delle attività fra gli operatori, evitando così l'isolamento di certe mansioni, avendo cura di favorire la trasparenza "interna" delle attività o ancora l'articolazione delle competenze, c.d. "segregazione delle funzioni".

Inquadramento normativo: rotazione ordinaria e straordinaria

La rotazione del personale all'interno delle pubbliche amministrazioni nelle aree a più elevato rischio di corruzione è stata introdotta come misura di prevenzione della corruzione dall'art. 1, comma 5[^], lett. b) della I. 19012012, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni devono definire e trasmettere all'ANAC «procedure appropriate per selezionare e formare, in collaborazione con la Scuola superiore della pubblica amministrazione [ora SNA], i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, prevedendo, negli stessi settori, la rotazione di dirigenti e funzionari».

Inoltre, secondo quanto disposto dall'art. 1, comma 10[^], lett. b) della Legge 190/2012, il RPCT deve verificare, d'intesa con il dirigente competente, «l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione». Questo tipo di rotazione, c.d. "ordinaria" è stata, quindi, inserita dal legislatore come una delle misure organizzative generali a efficacia preventiva che può essere utilizzata nei confronti di coloro che operano in settori particolarmente esposti alla corruzione.

L'istituto della rotazione era stato già previsto dal d.lgs. 30 marzo 2001 n. 165, sia pure come misura di carattere successivo al verificarsi di fenomeni corruttivi. La norma citata prevede, infatti, la rotazione «del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva».

Rotazione ordinaria

La rotazione ordinaria del personale è espressamente richiamata nelle Linee guida adottate dal Comitato interministeriale, istituito con D.P.C.M. 16 gennaio 2013, come misura da valorizzare nella predisposizione del Piano Nazionale Anticorruzione. L'art. 1, co. 4, lett. e) della I. 19012012, dispone che spetta all'ANAC definire i criteri che le amministrazioni devono seguire per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti alla corruzione.



Si ricorda, infatti, che l'art. 19, comma 15[^], del D.L. 90/2014 ha previsto che «Le funzioni del Dipartimento della funzione pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione di cui all'articolo 1, commi 4, 5 e 8, della legge 6 novembre 2012 n. 190, e le funzioni di cui all'articolo 48 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, sono trasferite all'Autorità nazionale anticorruzione».

L'ambito soggettivo di applicazione della rotazione va identificato con riguardo sia alle organizzazioni alle quali essa si applica, sia ai soggetti interessati dalla misura. Con riferimento alle organizzazioni, ai sensi dell'art. 1, comma 59[^], della Legge 190/2012, si deve trattare delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, co. 2, del d.lgs. 165/2001.

Vincoli alla rotazione

Le condizioni in cui è possibile realizzare la rotazione sono strettamente connesse a vincoli di natura soggettiva attinenti al rapporto di lavoro e a vincoli di natura oggettiva, connessi all'assetto organizzativo dell'amministrazione.

Vincoli soggettivi

L'amministrazione adotterà misure di rotazione compatibili con eventuali diritti individuali dei dipendenti interessati soprattutto laddove le misure si riflettono sulla sede di servizio del dipendente. Si fa riferimento a titolo esemplificativo ai diritti sindacali, alla legge 5 febbraio 1992 n. 104 (tra gli altri il permesso di assistere un familiare con disabilità) e al d.lgs. 26 marzo 2001, n. 151 (congedo parentale).

Con riferimento all'applicabilità della misura della rotazione, se attuata tra sedi di lavoro differenti, nei confronti del personale dipendente che riveste il ruolo di dirigente sindacale, sarebbe auspicabile, ma non vincolante, in conformità con recenti orientamenti giurisprudenziali, una preventiva informativa da indirizzarsi all'Organizzazione sindacale con lo scopo di consentire a quest'ultima di formulare in tempi brevi osservazioni e proposte in ragione dei singoli casi.

Vincoli oggettivi

La rotazione va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera n. 13 del 4 febbraio 2015, per l'attuazione dell'art. 1, co. 60 e 61, della Legge 190/2012, ove si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle competenze necessarie per assicurare la continuità dell'azione amministrativa.



Tra i condizionamenti all'applicazione della rotazione vi può essere quello della cosiddetta infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti di reclutamento.

Occorre tenere presente, inoltre, che sussistono alcune ipotesi in cui è la stessa legge che stabilisce espressamente la specifica qualifica professionale che devono possedere alcuni soggetti che lavorano in determinati uffici, qualifica direttamente correlata alle funzioni attribuite a detti uffici; ciò avviene di norma nei casi in cui lo svolgimento di una prestazione è direttamente correlato al possesso di un'abilitazione professionale e all'iscrizione nel relativo albo.

Rimane sempre rilevante, anche ai fini della rotazione, la valutazione delle attitudini e delle capacità professionali del singolo.

Proprio per prevenire situazioni come questa, in cui la rotazione sembrerebbe esclusa da circostanze dovute esclusivamente alla elevata preparazione di determinati dipendenti, le amministrazioni dovrebbero programmare adeguate attività di affiancamento propedeutiche alla rotazione.

Rotazione e formazione

La formazione è una misura fondamentale per garantire che sia acquisita dai dipendenti la qualità delle competenze professionali e trasversali necessarie per dare luogo alla rotazione. Una formazione di buon livello in una pluralità di ambiti operativi può contribuire a rendere il personale più flessibile e impiegabile in diverse attività. Si tratta, complessivamente, attraverso la valorizzazione della formazione, dell'analisi dei carichi di lavoro e di altre misure complementari, di instaurare un processo di pianificazione volto a rendere fungibili le competenze, che possano porre le basi per agevolare, nel lungo periodo, il processo di rotazione.

In una logica di formazione dovrebbe essere privilegiata una organizzazione del lavoro che preveda periodi di affiancamento del responsabile di una certa attività, con un altro operatore che nel tempo potrebbe sostituirlo.

Così come dovrebbe essere privilegiata la circolarità delle informazioni attraverso la cura della trasparenza interna delle attività, che, aumentando la condivisione delle conoscenze professionali per l'esercizio di determinate attività, conseguentemente aumenta le possibilità di impiegare per esse personale diverso.

Misure alternative in caso di impossibilità di rotazione

Non sempre la rotazione è misura che si può realizzare; in casi del genere è necessario che le amministrazioni motivino adeguatamente nel PTPC le ragioni della mancata applicazione dell'istituto. In questi casi le Macrostrutture / UU.OO. sono comunque tenuti ad adottare misure per evitare che il soggetto non sottoposto a rotazione abbia il controllo esclusivo dei processi, specie di quelli più esposti al rischio di corruzione. In particolare dovrebbero essere sviluppate altre misure



organizzative di prevenzione che sortiscano un effetto analogo a quello della rotazione, a cominciare, ad esempio, da quelle di trasparenza.

A titolo esemplificativo potrebbero essere previste dal dirigente modalità operative che favoriscano una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio. Inoltre, perlomeno nelle aree identificate come più a rischio e per le istruttorie più delicate, potrebbero essere promossi meccanismi di condivisione delle fasi procedurali, prevedendo di affiancare al funzionario istruttore un altro funzionario, in modo che, ferma restando l'unitarietà della responsabilità del procedimento a fini di interlocuzione esterna, più soggetti condividano le valutazioni degli elementi rilevanti per la decisione finale dell'istruttoria.

Altro criterio che potrebbe essere adottato, in luogo della rotazione, è quello di attuare una corretta articolazione dei compiti e delle competenze. Infatti, la concentrazione di più mansioni e più responsabilità in capo ad un unico soggetto può esporre l'amministrazione a rischi come quello che il medesimo soggetto possa compiere errori o tenere comportamenti scorretti senza che questi vengano alla luce. Sarebbe auspicabile, quindi, che nelle aree a rischio le varie fasi procedurali siano affidate a più persone, avendo cura in particolare che la responsabilità del procedimento sia sempre assegnata ad un soggetto diverso dal dirigente, cui compete l'adozione del provvedimento finale.

Attuazione della misura della rotazione

L'ASL di Bari ha avviato già da tempo la misura della rotazione degli incarichi dirigenziali adottando le seguenti deliberazioni:

- Deliberazione del Direttore Generale n. 1679 del 30.09.2016 avente ad oggetto “Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa dei direttori dei Distretti Socio Sanitari - art.1, Legge 190/2012”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1672 del 27.09.2016 avente ad oggetto “Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 nel rispetto dei principi di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa semplice del ruolo amministrativo, professionale e tecnico - art.1 Legge 190/2012”;
- Deliberazione del Direttore Generale n. 1594 del 22.09.2016 avente ad oggetto “Conferimento incarichi art.29 CCNL 08/06/2000 finalizzato al processo di rotazione degli incarichi dei Dirigenti di unità operativa complessa del ruolo amministrativo, professionale e tecnico - art.1 Legge 190/2012”.

Allo scopo di evitare che la rotazione determini un repentino depauperamento delle conoscenze e delle competenze complessive dei singoli uffici interessati, risulta utile programmare in tempi diversi



e quindi non simultanei, la rotazione dell'incarico dirigenziale e del personale non dirigenziale all'interno di un medesimo ufficio.

Il livello di attuazione della misura della rotazione per l'anno 2017 è riportata nella relazione annuale del Responsabile per la prevenzione della corruzione, pubblicata sul sito internet istituzionale, alla quale si rinvia.

19. Conflitto di interesse

Il conflitto di interesse é un tema di particolare rilevanza all'interno del settore della tutela della salute perché è condizione molto frequente nel rapporto fra medico e paziente, nella relazione fra operatori e industria; in quanto tale può influenzare le decisioni cliniche che incidono sulla salute delle persone e comportare oneri impropri a carico delle finanze pubbliche.

A tal riguardo l'ASL di Bari, proprio in considerazione della complessità delle relazioni che intercorrono tra i soggetti che a vario titolo e livello operano nel settore sanitario ed intervengono nei processi decisionali, anche in coerenza con gli obblighi previsti dal Codice di comportamento di cui al D.P.R. 62/2013, dispone che tutti i dipendenti (dirigenti e personale del comparto) di area sanitaria e amministrativa rendano conoscibili, attraverso apposite dichiarazioni, le relazioni e/o interessi che possono coinvolgerli nello svolgimento della propria funzione che implichi responsabilità nella gestione delle risorse e nei processi decisionali in materia di farmaci, dispositivi, altre tecnologie, nonché ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione.

Al fine di agevolare un'omogenea applicazione di tale misura, l'ASL Bari, nel corso dell'anno 2017, ha disposto a tutti i dipendenti sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e che svolgono un ruolo nei processi decisionali legali all'area dei farmaci, dei dispositivi, all'introduzione di altre tecnologie, nonché alle attività di ricerca, sperimentazione e sponsorizzazione, la compilazione della modulistica AGENAS finalizzata all'identificazione, da parte del dichiarante, delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica (*c.d.* dichiarazione pubblica di interessi). Le informazioni rilevate saranno utilizzate per l'attivazione di controlli, ex ante e/o ex post, a partire dall'anno 2018, in seno ai sistemi aziendali di controllo interno, al fine di consolidare e diffondere una gestione "trasparente" delle attività istituzionali e prevenire potenziali condizionamenti in settori altamente delicati quali quelli della Farmaceutica, della Ricerca e della Sperimentazione Clinica.



20. Alpi e Liste di attesa

Considerato che lo svolgimento dell'attività libero professionale e la gestione delle liste d'attesa sono considerate aree ad elevato rischio di corruzione, in ASL di Bari si applica quanto previsto dalla regolamentazione aziendale vigente e dalla normativa nazionale e regionale.

La corretta applicazione di quanto prescritto in tali documenti rappresenta una buona misura per la prevenzione della corruzione.

A ciò si aggiunge la volontà, entro giugno 2018, da parte della Direzione Strategica di effettuare una rianalisi di tali documenti per individuare miglioramenti in un'ottica anticorruzione esaminando in modo puntuale le autorizzazioni rilasciate, il luogo e l'orario di svolgimento dell'attività di L.P. e un confronto tra attività istituzionale e L.P. prestata dal singolo medico.

21. Rapporti contrattuali con strutture private accreditate

Le fasi dell'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale delle strutture private, nel territorio della ASL di Bari, sono gestite dalla Regione e dall'Azienda secondo competenze delineate dalla normativa vigente.

La Giunta Regionale definisce annualmente, ai fini della stipula degli accordi contrattuali, per ogni Struttura o tipo di attività, le funzioni e le attività da potenziare, i limiti di spesa, gli schemi tipo di contratto da utilizzare, nonché i criteri di finanziamento e di controllo. Nel rispetto di quanto definito dalla Regione Puglia, l'ASL di Bari gestisce i rapporti di convenzionamento per l'erogazione di attività e svolge i seguenti tipi di controlli sull'attività di degenza delle strutture convenzionate.

Relativamente alle strutture accreditate che svolgono attività per acuti, il sistema dei controlli prevede: a) la ripartizione del budget finanziario per tipi di attività (acuti, riabilitazione, lungodegenza), l'eventuale attività resa in esubero ai rispettivi tetti non è riconosciuta; b) verifiche da parte dell'UVARP sull'appropriatezza dei ricoveri; c) il budget finanziario per tipologia di attività è vincolato al numero di posti letto accreditati per la rispettiva tipologia di attività; il budget negoziato per acuti è a sua volta ripartito in relazione all'attività di maggior interesse pubblico.

Per quanto concerne le strutture private accreditate che svolgono attività di riabilitazione e lungo degenza, il sistema dei controlli prevede: a) la ripartizione del budget finanziario per tipi di attività, l'eventuale attività resa in esubero ai rispettivi tetti non è riconosciuta; b) verifiche da parte dell'UVARP sull'appropriatezza dei ricoveri.

Per quanto riguarda l'assistenza dei non autosufficienti presso R.S.A. convenzionate, come da normativa regionale vigente, gli strumenti di controllo prevedono:



pagamento delle strutture in base a budget prestabiliti; finanziamento annuale in base a parametri di personale minimi, annualmente verificati mediante vigilanza tecnico-amministrativa presso la struttura e redazione di relativo verbale.

22. Assistenza Farmaceutica

L'assistenza farmaceutica territoriale e ospedaliera sono erogate con modalità organizzative e distributive differenti in relazione al tipo di farmaco.

Le farmacie convenzionate pubbliche e private, distribuite sul territorio provinciale assicurano ai cittadini l'accesso ai farmaci inseriti nella classe A del Servizio sanitario nazionale (SSN). Inoltre, sempre tramite le medesime strutture avviene l'erogazione prevista dal Servizio sanitario regionale (SSR) dell'assistenza farmaceutica, aggiuntiva (AFA) rispetto ai livelli essenziali di assistenza stabiliti a livello nazionale (LEA) e l'erogazione dei medicinali del prontuario della continuità assistenziale ospedale-territorio (PH-T). In tale prontuario, fondamentale strumento di governo dell'assistenza farmaceutica, sono inseriti medicinali innovativi, ad alto costo.

A ciò si aggiunge un piano programmatico, da parte della Direzione Strategica, finalizzato ad una rianalisi delle modalità organizzative dell'assistenza farmaceutica aziendale ipotizzando virtuosi progetti aziendali incentivanti. Pertanto, si configura obiettivo strategico aziendale quello di effettuare una corretta informazione sul farmaco, in particolare mettendo a disposizione dei medici di medicina generale e dei distretti sanitari un sistema di reportistica periodica che permetta di analizzare in modo integrato le prestazioni farmaceutiche, diagnostiche e specialistiche (nonché i ricoveri ospedalieri) fruite dalla propria popolazione di assistiti.

23. Sponsorizzazioni

I rapporti tra il personale e le ditte esterne nonché le sponsorizzazioni sono ambiti particolarmente esposti a rischio di fenomeni di corruzione e di conflitto di interesse. Le misure individuate dall'ASL Bari sono rappresentate da regolamenti aziendali che devono essere aggiornati alla luce anche della normativa vigente e che devono disciplinare l'accesso degli informatori farmaceutici, dei rappresentanti dei dispositivi medici e dei tecnici ortopedici nonché la disciplina della partecipazione del personale ad eventi sponsorizzati. E' in corso di predisposizione un Regolamento per la Disciplina e la Gestione delle Sponsorizzazioni che sarà adottato con deliberazione del Direttore Generale entro il 2018.



24. Sperimentazioni cliniche

L'ASL di Bari, in linea con quanto programmato nel precedente piano, ha adottato con la deliberazione n. 2015 del 14 novembre 2016 recante il "Regolamento per lo Svolgimento delle Sperimentazioni Cliniche" al quale qui si rimanda integralmente, e che è facilmente scaricabile all'indirizzo: <http://www.sanita.puglia.it/web/asl-bari/delibere-e-determine-2016>.

Inoltre, i componenti sono tenuti ad astenersi dalla valutazione di quegli studi per i quali possa sussistere un conflitto di interessi, diretto o indiretto, anche di tipo non necessariamente economico, come ad esempio il coinvolgimento nella progettazione, conduzione e direzione dello studio.

L'utilizzo dei rispettivi fondi da parte delle UU.OO./Servizi avviene, nel rispetto del regolamento aziendale adottato, per la partecipazione ad attività di formazione, l'acquisto di supporti bibliografici e di attrezzature, l'organizzazione di incontri scientifici, congressi, ecc., l'iscrizione a società scientifiche, l'istituzione di borse di studio, il finanziamento di ricerche indipendenti, promosse dalle stesse UU.OO./Servizi.

25. Attività conseguente al decesso ospedaliero

I servizi funebri rappresentano, in generale, una delle aree a rischio anche in considerazione dei numerosi casi di corruzione nazionali che hanno coinvolto dipendenti di aziende sanitarie e ditte esterne. Per tali motivazioni quest' area sarà oggetto di analisi e regolamentazione per verificarne le modalità organizzative in corso nei diversi presidi ospedalieri aziendali, individuando altresì le eventuali misure correttive. L'analisi permetterà di omogeneizzare la procedura prevedendo l'affissione, nei locali degli obitori, dell'elenco di tutte le ditte operanti nel settore aventi sede sul territorio provinciale, dal quale i congiunti potranno scegliere, senza interferenze da parte del personale. I dipendenti saranno informati del divieto di segnalare ditte esterne e di procacciare affari per conto di imprese esterne. Inoltre, ai congiunti sarà consegnata, entro giugno 2018, una brochure con le informazioni in merito alla procedura interna da seguire.

26. Segnalazioni illeciti (whistleblower)

Al fine di potenziare lo strumento delle segnalazioni quale mezzo per il contrasto della corruzione e delle irregolarità, l'ASL di Bari, in qualità di Azienda Pilota nel progetto "Curiamo la corruzione", ha adottato, grazie a *Transparency International*, una piattaforma informatizzata dedicata alla raccolta di segnalazioni da parte dei dipendenti in grado di garantire il perfetto anonimato del segnalante attraverso un sistema di crittografia che non permette l'identificazione del mittente (<https://www.curiamolacorruzione.it/strumenti/>)



Il progetto “Curiamo la Corruzione”, oltre alla ricerca presentata nella sezione dati, prevede l'esecuzione di diverse altre attività, che vanno dalla formazione anticorruzione dei dirigenti e del personale sanitario alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica sul problema, attraverso una campagna social; dall'elaborazione di strumenti di policy-making (raccomandazioni e linee guida) all'applicazione di strumenti concreti di prevenzione e contrasto della corruzione in alcune strutture sanitarie.

In particolare, attraverso le strutture sanitarie pilota (quattro per questo primo anno di progetto: Bari, Melegnano e Martesana, Siracusa e Trento) ci si prefigge il difficile compito di sperimentare sul campo l'efficacia di alcuni strumenti di contrasto alla corruzione per garantire l'accesso alle informazioni, per migliorare la qualità e la condivisione di dati e informazioni, per tutelare chi fa segnalazioni di illeciti e per rendere più efficaci i piani anticorruzione.

27. Formazione e sensibilizzazione

I dipendenti che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività, anche solo parzialmente all'interno dei Servizi/UU.OO ed indicati nel presente Piano tra quelli ad alto rischio corruzione, dovranno partecipare ad un apposito programma formativo.

Il programma di formazione è finalizzato a diffondere e approfondire la conoscenza:

- della normativa sulla prevenzione della corruzione;
- degli adempimenti dalla stessa richiesti;
- del Piano di prevenzione della corruzione dell'Azienda;
- dei compiti dei responsabili e dei dipendenti;
- degli aspetti di legalità, integrità ed etica dell'attività;
- del whistleblowing (tutela del soggetto che segnala condotte contrarie all'etica e alla legalità);
- della trasparenza e del diritto di accesso civico;
- del Codice di comportamento aziendale;
- del conflitto di interessi, anche potenziale, e dell'obbligo di astensione;
- delle norme penali in materia di reati contro la pubblica amministrazione;
- delle sanzioni applicabili;
- di ogni tematica che si renda opportuna e utile per la prevenzione della corruzione.

In particolare potranno essere trattati, anche attraverso l'esame di casi concreti, i seguenti aspetti:

- appalti pubblici;
- provvedimenti di autorizzazione e di concessione;
- attività ispettiva;
- reclutamento;



- trasparenza;
- responsabilità;
- codice di comportamento aziendale;
- sanzioni.

Il Piano ha quindi l'obiettivo di informare i dipendenti sul sistema delle politiche, dei programmi e degli strumenti utilizzati per affrontare il complesso tema della corruzione e per la promozione dell'etica e della legalità.

L'attività di formazione è periodicamente organizzata preferendo la modalità *in-house* mediante l'utilizzo di professionisti interni ed è rivolta a tutti i dirigenti ed ai dipendenti dell'ASL di Bari che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività, anche solo parzialmente, all'interno dei Servizi/UU.OO.

In aggiunta alla formazione di base, sono promosse attività di formazione continua in relazione agli aggiornamenti normativi, regolamentari nonché di quelli relativi all'organizzazione aziendale.

Nell'anno 2017, oltre a continue campagne di sensibilizzazione, è stato anche autorizzato un corso specialistico per un operatore del Dipartimento di Prevenzione, dal titolo "Anti-Bribery Auditor /Lead Auditor ISO 37001:2016".

Ogni fine anno, l'ASL di Bari organizza la Giornata della legalità e della trasparenza con il coinvolgimento di tutti gli stakeholders.

Per l'anno 2018 si prevede la realizzazione di un corso articolato in un modulo comune ed in moduli personalizzati per i dipendenti area tecnica e amministrativa e per quelli dell'area medica e sanitaria.

28. Introduzione alla ISO 37001

La misura dell'entità del fenomeno della corruzione, della sua universalità e del devastante impatto sull'economia può essere espressa in ragione di alcune stime della Banca Mondiale, secondo cui "...un'efficace lotta alla corruzione produrrebbe un aumento del reddito superiore al 2,4%; le imprese crescerebbero del 3% annuo in più, inoltre consentirebbe di attrarre fino al 20% di maggiori investimenti esteri. Per quanto riguarda l'Unione Europea, si stima che l'impatto della corruzione rappresenti in media l'1% del PIL UE, cioè circa 120 miliardi di euro all'anno." (Transparency International giugno 2016).

La risposta dell'Italia è stata affidata alla costituzione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (DPR 11.07.2014) e alla pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del Piano Nazionale Anticorruzione (6.08.2016), tutta nella direzione del rafforzamento istituzionale alla prevenzione e al contrasto della corruzione.



Nel PNA e con riferimento alle pubbliche amministrazioni, l'Autorità Nazionale Anticorruzione ha segnalato "...difficoltà nella autoanalisi organizzativa, nella conoscenza sistematica dei processi svolti e dei procedimenti amministrativi di propria competenza, nella programmazione unitaria di tutti questi processi di riorganizzazione.

Dippiù, sono state rilevate "...criticità in tutte le fasi del processo di gestione del rischio, così come nella governance generale del sistema e nella previsione, attuazione e monitoraggio delle misure."

In particolare:

- il sistema di monitoraggio sull'implementazione del PTPC "continua ad essere una variabile particolarmente critica e un miglioramento di tale aspetto è necessario per assicurare l'efficacia del sistema di prevenzione della corruzione delle singole amministrazioni confermando una certa difficoltà nell'applicazione della normativa";
- l'analisi del contesto interno "...con riferimento all'analisi (mappatura) dei processi organizzativi... nei PTPC analizzati" riguarda un numero medio di processi che "...non supera le 10 unità, suggerendo un livello di analiticità piuttosto basso";
- "...ancora critica, seppure in miglioramento, appare la fase relativa al trattamento del rischio, sia con riferimento all'individuazione delle misure che alla loro programmazione."

L'analisi operata dall'ANAC offre un quadro piuttosto chiaro delle variegate criticità riscontrate nella PA, concentrate queste ultime, in particolare, nelle aree della strutturazione di modelli organizzativi, del disegno dei processi di gestione, del monitoraggio, nonché della applicazione delle misure di prevenzione.

Tanto, determina che il punto di maggior debolezza sia rintracciabile nell'approccio formale/burocratico dei piani triennali analizzati, in luogo di strumenti che dovrebbero favorire la diffusione di una logica risk based.

In questo contesto, la Direzione strategica della ASL di Bari ritiene che la norma ISO 37001 "Anti-bribery management systems", di recente approvazione e pubblicazione, possa costituire un valido supporto alle politiche aziendali precipue, proprio in ragione della logica e della struttura operativa risk based che la caratterizzano.

La norma ISO 37001 ha il dichiarato obiettivo di "costituire, implementare, mantenere, rivisitare e migliorare il sistema di gestione dell'anticorruzione" dell'azienda, dove, per sistema si intende quel complesso interconnesso di elementi dell'organizzazione volto a definire in concreto le politiche, gli obiettivi e i processi finalizzati alla lotta alla corruzione.

Nel complesso i contenuti dello standard, sia nella formulazione dei principi, così come nella descrizione degli strumenti operativi, risultano caratterizzati da un significativo approccio operativo,



in ottemperanza ad una sistematica logica di gestione del rischio preventiva e/o contenitiva, assolutamente pragmatica.

La declinazione dei parametri di valutazione è chiara e concreta: "...dimensioni, struttura, settori ... aree geografiche in cui l'organizzazione opera o intende operare", "tipologia, complessità delle attività dell'azienda e delle sue modalità operative...".

Il presente Piano, attraverso la combinazione tra i valori aziendali ed una efficace programma di gestione anticorruzione basato sui principi dello standard ISO 37001, si propone di preservare l'integrità dell'Azienda e di fronteggiare i rischi associati ai fenomeni corruttivi.

29. Piano delle Azioni

L'ASL di Bari, nell'ottica del miglioramento continuo, ha programmato una serie di interventi specifici in materia di prevenzione della corruzione, i quali sono riportati nell'allegato D) del presente Piano (Piano delle Azioni 2018-2020).



Parte Seconda

30. Le misure della Trasparenza

La trasparenza è una misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione. Essa è posta al centro di molte indicazioni e orientamenti internazionali in quanto strumentale alla promozione dell'integrità, allo sviluppo della cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica. Occorre pertanto rafforzare tale misura nei propri PTPC anche oltre al rispetto di specifici obblighi di pubblicazione già contenuti in disposizioni vigenti.

All'attuale quadro normativo in materia di trasparenza il d.lgs. 97/2016 ha apportato rilevanti innovazioni.

Un nuovo ambito soggettivo di applicazione degli obblighi e delle misure in materia di trasparenza è definito all'art. 2-bis rubricato "Ambito soggettivo di applicazione", che sostituisce l'art. 11 del d.lgs. 33/2013. Recentemente il Consiglio dell'ANAC ha approvato la Delibera n. 1310 ad oggetto "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016".

Il decreto persegue, inoltre, l'importante obiettivo di razionalizzare gli obblighi di pubblicazione vigenti mediante la concentrazione e la riduzione degli oneri gravanti sulle amministrazioni pubbliche.

In questa direzione vanno interpretate le due misure di semplificazione introdotte all'art. 3 del d.lgs. 33/2013. La prima (comma 1-bis) prevede la possibilità di pubblicare informazioni riassuntive, elaborate per aggregazione, in sostituzione della pubblicazione integrale, conferendo all'ANAC il compito di individuare i dati oggetto di pubblicazione riassuntiva con propria delibera da adottare previa consultazione pubblica e sentito il Garante per la protezione dei dati personali, qualora siano coinvolti dati personali. Ciò in conformità con i principi di proporzionalità e di semplificazione e all'esclusivo fine di ridurre gli oneri gravanti sui soggetti tenuti a osservare le disposizioni del d.lgs. 33/2013.

La seconda (comma 1-ter) consente all'ANAC, in sede di adozione del PNA, di modulare gli obblighi di pubblicazione e le relative modalità di attuazione in relazione alla natura dei soggetti, alla loro dimensione organizzativa e alle attività svolte.

Si consideri, inoltre, quanto previsto all'art. 9-bis del d.lgs. 33/2013, introdotto dal d.lgs. 97/2016, in base al quale qualora i dati che le amministrazioni e gli enti sono tenuti a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013 corrispondano a quelli già presenti nelle banche dati indicate nell'allegato B) del d.lgs. 33/2013, le amministrazioni e gli enti assolvono agli obblighi di pubblicazione mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione.



titolare della corrispondente banca dati. Nella sezione "Amministrazione trasparente" dei rispettivi siti istituzionali sarà inserito un mero collegamento ipertestuale alle banche dati contenenti i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione.

A fronte della rimodulazione della trasparenza on line obbligatoria, l'art. 6, nel novellare l'art. 5 del d.lgs. 33/2013, ha disciplinato anche un nuovo accesso civico, molto più ampio di quello previsto dalla precedente formulazione, riconoscendo a chiunque, indipendentemente dalla titolarità di situazioni giuridicamente rilevanti, l'accesso ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi pubblici e privati, e salvi i casi di segreto o di divieto di divulgazione previsti dall'ordinamento.

Con riguardo al c.d. "accesso civico generalizzato", l'Autorità è stata investita, d'intesa con il Garante per la protezione dei dati personali e sentita la Conferenza Unificata Stato, Regioni Autonomie locali di cui all'art. 8 del d.lgs. 28 agosto 1997, n. 281, della regolazione attraverso l'adozione di specifiche Linee guida recanti indicazioni operative.

Si precisa sin da ora che le disposizioni transitorie dettate al comma 1^o dell'art. 42 del d.lgs. 97/2016 prevedono che i soggetti di cui all'art. 2-bis del d.lgs. 33/2013 si adeguino alle modifiche allo stesso decreto legislativo, introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto correttivo medesimo (23 dicembre 2016), sia con riferimento agli obblighi di trasparenza sia all'accesso civico generalizzato. L'Autorità, come precisato sopra, ha proposto di supportare tali soggetti con Linee guida di generale ricognizione degli obblighi di pubblicazione.

Sempre in un'ottica di semplificazione e coordinamento degli strumenti di programmazione in materia di prevenzione della corruzione possono interpretarsi le modifiche all'art. 10 del d.lgs. 33/2013.

In base a queste ultime il PTPC contiene, in una apposita sezione, l'individuazione dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del d.lgs. 33/2013. Si è così disposta la confluenza dei contenuti del PTT all'interno del PTPC. Non per questo l'organizzata programmazione della trasparenza perde il suo peso: anzi, chiaramente le nuove disposizioni normative stabiliscono che devono essere indicati i soggetti cui compete la trasmissione e la pubblicazione dei dati, in un'ottica di responsabilizzazione maggiore delle strutture interne delle amministrazioni ai fini dell'effettiva realizzazione di elevati standard di trasparenza.

Si ricorda, infine, che oltre alla trasparenza intesa come misura generale quale adeguamento agli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013 e dalla normativa vigente, le amministrazioni e gli enti possono pubblicare i c.d. "dati ulteriori", come espressamente previsto dalla I. 190/2012, art. 1, comma 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, comma 3 del d.lgs. 33/2013. L'ostensione di questi dati on line deve avvenire nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo



all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti. Negli approfondimenti del presente PNA sono esemplificate numerose ulteriori misure specifiche di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione.

Con la Delibera 1310 del 28 dicembre 2016 l'ANAC ha dettato le prime Linee Guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016, che possono essere così sintetizzate:

- 1- Indicazione nella sezione della trasparenza dei responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti e delle informazioni quale contenuto necessario del PCPCT;
- 2- Indicazione della data di aggiornamento del dato, documento, informazione (sia quella iniziale che quella del successivo aggiornamento);
- 3- Art. 15 (del d.lgs. 33/2013 come modificato dall'art.14 d.lgs.97/2016) -Titolari di incarichi di collaborazione e consulenza. Al dato sui contratti e sugli importi si aggiunge quello relativo all'attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziali, stabilito dall'art. 53, comma 14[^] del d.lgs. 165/2001. Va precisato che all'interno della sotto-sezione "Consulenti e collaboratori" di cui all'art.15, devono essere pubblicati i dati relativi agli incarichi e alle consulenze che non siano riconducibili al "contratto di appalto di servizi" (da pubblicare nella sezione "bandi di gara e contratti");
- 4- La pubblicazione è estesa ai commissari esterni membri di commissioni concorsuali, quelli del Collegio Sindacale;
- 5- Nei bandi di concorso è stato introdotto l'obbligo di pubblicare anche "i criteri di valutazione della Commissione e delle tracce delle prove scritte al fine di rendere il più trasparente il processo di valutazione della Commissione anche in relazione alle esigenze di tutela degli interessati;
- 6- Vanno pubblicati anche i criteri e le modalità di valutazione delle prove concorsuali in modo tempestivo;
- 7- I bandi espletati devono rimanere rintracciabili sul sito per cinque anni, a partire dal primo gennaio dell'anno successivo a quello in cui occorre procedere alla pubblicazione;
- 8- Vanno pubblicati gli atti di concessione di importo superiore ai 1.000 euro;
- 9- Vanno pubblicati in una parte chiaramente identificabile della sezione "Amministrazione Trasparente" i dati dei propri pagamenti, permettendo la consultazione in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, nell'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari;
- 10- Vanno pubblicati integralmente i Bilanci di Previsione e consuntivi nei termini di legge dalla loro adozione. Gli stessi vanno pubblicati anche in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche;



- 11- Vanno pubblicati il piano degli indicatori per fornire al cittadino la possibilità di esercitare un controllo sugli obiettivi della pubblica amministrazione;
- 12- Pubblicazione di tutti gli atti degli Organismi indipendenti di valutazione e le relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget;
- 13- Obbligo di pubblicazione delle carte dei servizi o un documento analogo ove sono indicati i livelli minimi di qualità dei servizi;
- 14- Dati sui tempi di pagamento.

31. Accesso Civico

L'articolo 5 del decreto legislativo n. 33 del 4 aprile 2013 come risulta modificato dal d.lgs.97/2016 riconosce a chiunque il diritto di richiedere la pubblicazione di documenti, informazioni o dati, nei casi in cui tale obbligo sia stato omesso da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

“La richiesta di accesso civico non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al responsabile della trasparenza dell'amministrazione obbligata alla pubblicazione di cui al comma 1, che si pronuncia sulla stessa.

L'amministrazione, entro trenta giorni, procede alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. Se il documento, l'informazione o il dato richiesti risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione indica al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.”

A seguito dell'approvazione del D.Lgs. 97/2013, l'accesso civico può essere semplice o generalizzato:

L'accesso civico “semplice”

L'accesso civico regolato dal primo comma dell'art. 5 del decreto trasparenza (cd. “semplice”), è correlato ai soli atti ed informazioni oggetto di obblighi di pubblicazione, comportando il diritto di chiunque di richiedere i medesimi nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

Costituisce, in buona sostanza, un rimedio alla mancata osservanza degli obblighi di pubblicazione imposti dalla legge alla PA interessata, esperibile da chiunque (l'istante non deve dimostrare di essere titolare di un interesse diretto, concreto e attuale alla tutela di una situazione giuridica qualificata).

L'accesso “generalizzato”

Il rinnovato art. 5, c. 2, D.Lgs. n. 33/2013, regola la nuova forma di accesso civico cd. “generalizzato”, caratterizzato dallo “scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento



delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche e di promuovere la partecipazione al dibattito pubblico”.

A tali fini è quindi disposto che “chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione”.

L'accesso generalizzato è dunque autonomo ed indipendente da presupposti obblighi di pubblicazione (al quale è funzionalmente ricollegabile l'accesso civico “semplice”, incontrando, quali unici limiti, da una parte, il rispetto della tutela degli interessi pubblici e/o privati indicati all'art. 5-bis, commi 1 e 2, e dall'altra, il rispetto delle norme che prevedono specifiche esclusioni come previsto dall'art. 5-bis, c. 3

Con il nuovo decreto viene così introdotto nel nostro ordinamento un meccanismo analogo al sistema anglosassone (c.d. FOIA-Freedom of information act) che consente ai cittadini di richiedere anche dati e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare.

Si sottolinea come l'esercizio del diritto non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente.

L'accesso documentale

Le due forme di accesso civico regolate dal c.d. decreto trasparenza hanno natura, presupposti ed oggetto differenti dal diritto di accesso di cui agli artt. 22 e seguenti, legge n. 241/1990 (cd. “accesso documentale”). Si osserva che tali disposizioni assumono carattere di specialità - accesso ai documenti amministrativi - rispetto alle norme del decreto trasparenza afferenti le modalità di accesso a qualsivoglia documento, atto o informazione detenuta dalla PA.

La finalità dell'accesso documentale, si rammenta, è quella di porre i soggetti interessati in grado di esercitare al meglio le facoltà che l'ordinamento attribuisce loro, a tutela delle posizioni giuridiche qualificate di cui sono titolari. Il richiedente deve infatti dimostrare di essere titolare di un “interesse diretto, concreto e attuale, corrispondente ad una situazione giuridicamente tutelata e collegata al documento al quale è chiesto l'accesso”; in funzione di tale interesse la domanda di accesso deve essere opportunamente motivata. La legittimazione all'accesso ai documenti amministrativi va così riconosciuta a chiunque può dimostrare che gli atti oggetto della domanda di ostensione hanno spiegato o sono idonei a spiegare effetti diretti o indiretti nei propri confronti, indipendentemente dalla lesione di una posizione giuridica.

Per l'ANAC (cfr. Linee guida) “l'accesso agli atti di cui alla l. 241/90 continua certamente a sussistere, ma parallelamente all'accesso civico (generalizzato e non), operando sulla base di norme e presupposti diversi. Tenere ben distinte le due fattispecie è essenziale per calibrare i diversi interessi in gioco allorché si renda necessario un bilanciamento caso per caso tra tali interessi. Tale bilanciamento è, infatti, ben diverso nel caso dell'accesso documentale dove la tutela può con-



un accesso più in profondità e, nel caso dell'accesso generalizzato, dove le esigenze di controllo diffuso del cittadino devono consentire un accesso meno in profondità (se del caso, in relazione all'operatività dei limiti) ma più esteso, avendo presente che l'accesso in questo caso comporta, di fatto, una larga conoscibilità (e diffusione) di dati, documenti e informazioni.”

L'istanza di accesso civico

L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione alcuna. Al riguardo l'ANAC (cfr. Linee guida) ha precisato che la richiesta non deve essere generica tuttavia ma consentire l'individuazione del dato, del documento o dell'informazione del quale si chiede accesso. L'istanza di accesso deve avere ad oggetto una specifica documentazione in possesso dell'Amministrazione (indicata in modo sufficientemente preciso e circoscritto) e non può riguardare dati ed informazioni generiche relativi ad un complesso non individuato di atti di cui non si conosce neppure con certezza la consistenza, il contenuto e finanche l'effettiva sussistenza, assumendo un sostanziale carattere di natura meramente esplorativa. Nel caso in cui sia presentata una domanda di accesso per un numero manifestamente irragionevole di documenti, la cui istruttoria determinerebbe un carico di lavoro particolarmente gravoso, l'Ente può ponderare, da un lato, l'interesse dell'accesso del pubblico ai documenti e, dall'altro, il carico di lavoro che ne deriverebbe, al fine di salvaguardare, in questi casi particolari e di stretta interpretazione, l'interesse ad un buon andamento dell'amministrazione (cfr. ANAC, Linee Guida).

L'Ente deve consentire l'accesso ai documenti nei quali siano contenute le informazioni già detenute e gestite dallo stesso, ma è escluso che - per rispondere alla richiesta di accesso - sia tenuto a formare o raccogliere o altrimenti procurarsi informazioni che non siano già in suo possesso, ovvero a rielaborare i dati ai fini dell'accesso generalizzato.

L'istanza può essere trasmessa per via telematica, secondo le modalità del D.Lgs. n. 82/2005 e smi., ed è presentata, alternativamente ad uno dei seguenti uffici:

- a) all'ufficio che detiene i dati, le informazioni o i documenti;
- b) all'ufficio relazioni con il pubblico;
- c) ad altro ufficio indicato dall'Ente nella sezione “Amministrazione trasparente” del sito istituzionale;
- d) al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, quando l'istanza ha ad oggetto dati, informazioni o documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi del decreto trasparenza. Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza può chiedere, in ogni tempo, agli uffici informazioni sull'esito delle istanze.

Nei casi di ritardo o mancata risposta il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo come da delibera e regolamento aziendale.



A chi è rivolto

L'accesso civico è un diritto che può essere esercitato da chiunque, è gratuito, non deve essere motivato. La richiesta va indirizzata al Responsabile della Trasparenza e può essere presentata in qualsiasi momento.

La normativa (art.5 bis D.lgs 33/13 e s.m.i.) prevede casi di esclusione assoluta (eccezioni assolute) dell'accesso civico generalizzato e casi di esclusione relativa o qualificata (eccezioni relative), con possibilità di bilanciamento degli interessi in gioco, differimento parziale e/o totale dell'accesso, accesso parziale (tecniche di oscuramento), accompagnati in ogni caso da una congrua e completa motivazione della P.A. In particolare sono applicabili all'accesso civico generalizzato le eccezioni assolute contemplate dall'art.24.1 e 2 comma prima sezione della L.241/90 e s.m.i. e, comunque, qualora espressamente previsto, le stesse esclusioni previste dal regolamento aziendale di attuazione della L.241/90 e s.m.i. (anche in attuazione DPR 352/92), di questa Azienda, in via transitoria, fino al 23.6.2017.

Pertanto, in via transitoria, fino al 23.6.2017 e, comunque, fino all'eventuale antecedente adozione di specifico regolamento aziendale in materia, ai sensi della sopra riportata normativa:

All'accesso agli atti ed all'accesso civico continua ad applicarsi il regolamento aziendale di cui alla deliberazione del Direttore Generale vigente (2011) , comprese le cause di esclusione ivi previste.

A tutte e tre le tipologie di accesso si applicano, per quanto compatibili con le suddette regolamentazioni, le linee guida dell'ANAC relative alla normativa sopra citata e le cause di esclusione e modalità di valutazione delle richieste ivi evidenziate, con particolare riguardo anche al rispetto della normativa in materia di privacy ed ai diritti di eventuali controinteressati, nonché al buon andamento della P.A.

Al fine di agevolare l'esercizio dei diritti di accesso le relative istanze:

devono essere presentate con precisazione della normativa di riferimento e, quindi, precisando se trattasi di "accesso ex L.241/90 e s.m.i.", "accesso civico ex D.Lgs. 33/13 e s.m.i." o "accesso civico generalizzato ex D.Lgs. 97/16 e s.m.i." e complete di ogni elemento di valutazione e/o di legittimazione necessario alla loro evasione, in relazione alla tipologia di richiesta effettuata sulla base della citata normativa e regolamentazione.

Durante l'anno 2017, l'ASL di Bari ha ricevuto n. 8 di richieste di accesso civico generalizzato, e n. 10 richieste di accesso civico.

La Legge n. 190/2012 e il D.lgs. n. 33/2013 prevedono in forma analitica il contenuto minimo e la relativa organizzazione dei dati e delle informazioni che devono essere pubblicate nell'apposita sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet istituzionale.



I responsabili della trasmissione, della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati in "Amministrazione Trasparente" ex art. 43 del d.lgs n. 33/2013 sono i Dirigenti Responsabili delle Macrostrutture / UU.OO. della ASL di Bari.

A tal proposito, dato atto della complessità organizzativa dell'Azienda unica, è stato necessario individuare i Referenti (designati dai Dirigenti di Macrostruttura) per la trasparenza che costituiscono un solido aiuto per i Dirigenti di Struttura per la raccolta, la pubblicazione e la segnalazione delle informazioni, anche alla luce del disposto di cui all'art. 43, comma 3, del Decreto n. 33.

In particolare, i dirigenti delle varie UU.OO. sono responsabili della pubblicazione e dell'aggiornamento dei dati; attuano, altresì, tutte le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge in linea con le indicazioni fornite dal D.lgs. n. 33/2013 all'art. 43, comma 3, e nella delibera della A.N.AC. (già CIVIT) n. 50/2013, anche attraverso personale assegnato alla propria U.O. addetto al trattamento dell'informazione oggetto di pubblicazione.

I Dirigenti delle singole Macrostrutture / UU.OO. predispongono periodicamente [almeno una volta l'anno: entro 30 novembre] un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel presente Piano.

Dunque, un ruolo fondamentale viene svolto dalle Unità Operative e, in particolare, dai Dirigenti che garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla Legge; ciascuno di essi è altresì responsabile dell'attuazione delle misure di trasparenza di propria competenza: i relativi flussi informativi rientrano nel processo di "valutazione della performance della dirigenza aziendale" con indicatori di misura e di risultati definiti nella scheda di budget.

A tal fine, i Dirigenti assicurano, ai sensi dell'art. 43 comma 3, pena l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 46 (violazione degli obblighi di trasparenza) e delle altre sanzioni previste dalla normativa vigente:

- l'elaborazione dei dati;
 - la loro trasmissione, intesa come pubblicazione sul sito istituzionale;
 - l'aggiornamento dei dati contenuti nelle sottosezioni di secondo livello della sezione "Amministrazione Trasparente"; tale aggiornamento dovrà avvenire a cadenza fissa mensile e ogni qualvolta si rendano necessarie modifiche significative dei dati o pubblicazione di documenti urgenti.
- Le UU.OO. competenti, inoltre, procedono periodicamente alla verifica e all'aggiornamento di quanto pubblicato sulla pagina "Amministrazione Trasparente", al fine di garantire una pubblicazione dei dati secondo criteri di omogeneità, immediata individuazione e facilità di consultazione.

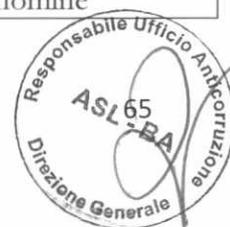


Nel prospetto seguente si riporta la descrizione degli obblighi di pubblicazione vigenti con la relativa periodicità degli aggiornamenti dei dati e l'indicazione, in via esemplificativa, delle UU.OO./AREE di riferimento, responsabili della produzione, dell'aggiornamento e della trasmissione del dato.

In particolare vengono indicati:

- le categorie dei dati da pubblicare;
- la frequenza di aggiornamento del dato / informazione;
- la relativa fonte informativa, ovvero la struttura che produce/aggiorna tali dati e li comunica alla struttura responsabile della pubblicazione;
- la modalità di pubblicazione: Sito web (formati open document);
- la struttura responsabile alla pubblicazione web.

Macrofamiglie	Sezioni di 2° livello	Dirigenti Responsabili	Aggiornamento
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Responsabile Trasparenza	Almeno annuale ovvero tempestivo al bisogno
	Atti generali		tempestivo
	Oneri informativi per cittadini e imprese		
Organizzazione	Organi di indirizzo politico-amministrativo	Responsabile Trasparenza	tempestivo
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		tempestivo
	Articolazione degli uffici	Dirigenti in raccordo con URP	tempestivo
	Telefono e posta elettronica	Dirigenti in raccordo con URP	tempestivo
Consulenti e collaboratori		Area Gestione Risorse Umane	3 mesi dall'incarico
Personale	Incarichi amministrativi di vertice		tempestivo
	Dirigenti		30 gg. dall'incarico
	Posizioni organizzative		30 gg. dall'incarico
	Dotazione organica		Annuale
	Personale non a tempo indeterminato		Annuale
	Tassi di assenza		trimestrale
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti		trimestrale
	Contrattazione collettiva		Link
	Contrattazione integrativa		Tempestivo
OIV	30 gg. dalle nomine		



Bandi di concorso			tempestivo
Performance	Piano della Performance	U.O.S. Controllo Strategico	annuale
	Relazione sulla Performance	U.O.S. Controllo Strategico	annuale
	Ammontare complessivo dei premi	Area Gestione Risorse Umane	annuale
	Dati relativi ai premi		annuale
Benessere organizzativo	Responsabile Trasparenza / OIV/ CUG	secondo tempi concordati con OIV	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati		annuale
	Società partecipate		annuale
	Enti di diritto privato controllati	Responsabile Trasparenza/ sito web Sanitaservice	annuale
	Rappresentazione grafica		annuale
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Tutti i dirigenti	annuale
	Tipologie di procedimento		annuale
	Monitoraggio tempi procedurali		ogni sei mesi
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		annuale
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Segreteria Affari Generali Direzione Aziendale	tempestivo
	Provvedimenti dirigenti	Segreteria Affari Generali Tutti i dirigenti	tempestivo
Controlli sulle imprese		Macrostrutture che fanno contratti	annuale /ad evento
Bandi di gara e contratti		Area del Patrimonio E macrostrutture che gestiscono procedure ad evidenza pubblica	tempestivo
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Tutti i dirigenti	annuale
	Atti di concessione	Tutti i dirigenti	annuale
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	annuale
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio		annuale
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Area Gestione Tecnica	annuale
	Canoni di locazione e affitto		annuale



Controlli e rilievi sull'amministrazione		Responsabile Trasparenza	tempestivo
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Tutti i dirigenti	annuale
	Costi contabilizzati	Controllo di Gestione	annuale
	Tempi medi di erogazione dei servizi	Dirigente ICT e dati regionali	
	Liste di attesa		
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Area Gestione Risorse Finanziarie	annuale
	IBAN e pagamenti informatici		annuale
Opere pubbliche		Area Gestione Tecnica	Ad evento
Pianificazione e governo del territorio			
Informazioni ambientali		Dati regionali o U.O.S.E.	annuale
Strutture sanitarie private accreditate		UOGRC	annuale
Interventi straordinari e di emergenza		Direzione Strategica	ad evento
Altri contenuti	Corruzione	Responsabile Trasparenza	tempestivo
	Accesso civico	Responsabile Trasparenza	trimestrale
	Accessibilità e catalogo di dati	Dirigente ICT	annuale
	Dati ulteriori	Responsabile Trasparenza	tempestivo/annuale

32. Referenti del RPCT

Premesso che i Dirigenti Responsabili di cui al punto precedente sono responsabili dell'adempimento degli obblighi di trasparenza di cui al presente Programma, il Responsabile della Trasparenza svolge funzioni di coordinamento delle attività dei Dirigenti e dei Referenti mediante:

- comunicazioni, informazioni ed eventuali disposizioni operative;
- organizzazione di gruppi di lavoro;
- qualsiasi altra modalità adeguata ai fini dell'esercizio della propria attività di coordinamento.

Al fine di garantire un efficace coordinamento tra i referenti e il Responsabile della trasparenza (come già previsto al paragrafo precedente), i Dirigenti dei singoli servizi dei predisporranno periodicamente un rapporto sul processo di attuazione della normativa e, per quanto di competenza, degli adempimenti contenuti nel Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità, da inviare al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza.



33. Modello organizzativo della trasparenza

A livello organizzativo, ai fini dell'attuazione del Programma, vengono messe in atto le seguenti misure:

a) individuazione dei Dirigenti quali soggetti responsabili della raccolta, pubblicazione e segnalazioni delle informazioni, dunque, deputati ad elaborare le informazioni che saranno dagli stessi pubblicate sul sito aziendale; a tal fine, risulta essenziale che, per l'adempimento, i Responsabili delle UU.OO. assicurino la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate nel rispetto della normativa sulla privacy art. 4 comma 1 lett. d) ed e) D.lgs. 196/03; inoltre, i dati dovranno essere resi disponibili e fruibili on line in formati non proprietari riutilizzabili da chiunque.

A tal fine è dato atto che i dirigenti delle varie UU.OO. hanno designato dei "referenti" per la trasparenza in qualità di propri collaboratori per le situazioni operative volte alla elaborazione e pubblicazione dei dati.

b) organizzazione e pubblicazione dei dati secondo le prescrizioni di carattere tecnico stabilite dalle rispettive norme di riferimento;

c) trasferimento delle informazioni già presenti sul sito nelle opportune sezioni di "Amministrazione Trasparente", previa analisi dell'esistente, al fine di selezionare ed elaborare i dati da pubblicare anche in termini di chiarezza ed usabilità, cui dovrà seguire l'integrazione dei dati mancanti, arricchendo così gradualmente la quantità di informazioni a disposizione del cittadino, al fine di garantire una sempre maggiore conoscenza degli aspetti riguardanti l'attività dell'azienda;

d) adozione delle misure di rilevazione del livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati, al fine di assicurare un coinvolgimento continuo e costante della cittadinanza ed aiutare l'Amministrazione nel compito di garantire la qualità delle informazioni;

e) incremento delle azioni interne per promuovere la cultura della trasparenza e della legalità dell'azione amministrativa mediante la programmazione di specifiche iniziative formative dirette al personale dipendente;

f) azioni di sensibilizzazione, finalizzate a garantire completezza e tempestività nella pubblicazione dei dati secondo il PTPCT.

Tutte le azioni dirette a garantire la regolarità e tempestività dei flussi informativi individuate nei punti precedenti saranno valutate e messe in atto dai Dirigenti Responsabili della ASL di Bari.

La vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza implica una attività di monitoraggio periodico sia da parte del Responsabile RPCT sia da parte OIV Aziendale.



A tal fine il Responsabile per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza provvede a:

- a) monitorare sistematicamente l'adempimento degli obblighi di pubblicazione. Nel caso in cui si riscontrino inadempienze di livello significativo, rispetto alla completezza, chiarezza e aggiornamento delle informazioni pubblicate, il Responsabile solleciterà il Dirigente Responsabile interessato a provvedere in merito in un termine concordato; in caso di mancato o incompleto riscontro alla richiesta di adempimento, il Responsabile provvede a darne segnalazione alla Direzione Generale, all'OIV e/o agli altri organismi che, in base alle circostanze, risultano interessati;
- b) predisporre, sulla base di report forniti dai Referenti, una relazione – con cadenza semestrale – sullo stato di attuazione del PTPCT;
- c) supportare l'OIV aziendale ai fini dello svolgimento delle attività di competenza, mediante la predisposizione di una relazione di riscontro degli obblighi di pubblicazione previsti dalla vigente normativa;
- d) predisporre eventuali ulteriori programmi operativi in conseguenza delle azioni di monitoraggio sopra evidenziate.

Si precisa che l'OIV ha il compito di promuovere ed attestare l'assolvimento da parte dell'Azienda degli obblighi relativi alla trasparenza ed all'integrità; provvede, inoltre, alle verifiche di propria competenza con le modalità e le tempistiche definite dall'A.N.A.C.

relativi esiti sono pubblicati nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito web aziendale.

Il sistema informativo predispone con cadenza semestrale un report di rilevazione del numero di accessi al sito web aziendale e del numero di contatti alla sezione "Amministrazione Trasparente" da parte degli utenti; il report è trasmesso al Responsabile della Trasparenza che ne cura la pubblicazione sullo stesso sito.

34. Dati ulteriori

Terminata la fase di completamento delle pubblicazioni, l'Azienda potrà individuare, anche sulla base di osservazioni/suggerimenti segnalati dagli stakeholder, ulteriori dati oggetto di pubblicazione



Allegati:

Allegato A

Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli stakeholder esterni

(parte che si trova nel Piano delle Performance della ASL di Bari 2018 – 2019 – 2020 -)

Allegato B

Analisi del contesto (interno ed esterno)

(parte che si trova nel Piano delle Performance della ASL di Bari 2018 – 2019 – 2020 -)

Allegato C

Analisi del processo di prevenzione della corruzione della ASL di Bari

Allegato D

Piano delle Azioni 2018-2019-2020





Sintesi delle informazioni di interesse per i cittadini e gli *stakeholder* esterni

Chi siamo

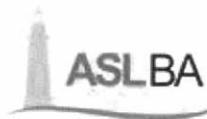
L'Azienda Sanitaria Locale di Bari è stata istituita con Legge regionale n. 39 del 28/12/2006 ed è nata dalla fusione delle quattro preesistenti Aziende Unità Sanitarie Locali della ex Provincia di Bari (BA/2, BA/3, BA/4 e BA/5).

L'Azienda Sanitaria Locale di Bari ha sede legale in Bari, Lungomare Starita 6, ed è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale, ai sensi e per effetto di quanto previsto all'art. 3, comma 1-bis del D. L. vo 502/1992 e s.m.i.

Gli Organi dell'Azienda Sanitaria Locale, ai sensi della L.n.189/2012, sono: il Direttore Generale, il Collegio Sindacale ed il Collegio di Direzione.

L'indirizzo del sito internet istituzionale dell'ASL Bari è www.sanita.puglia.it/web/asl-bari.

Il logo aziendale è quello di seguito raffigurato:



Cosa facciamo

L'Azienda svolge le funzioni ad essa assegnate dalla legge come organo del Servizio Sanitario Nazionale, perseguendo la promozione e la tutela della salute dell'individuo e della collettività.

L'Azienda ha la *Mission* di promuovere la salute agendo sulle comunità locali per ridurre i fattori di rischio ed i comportamenti dannosi e curare le persone ammalate fornendo, in maniera integrata, le prestazioni sanitarie di più elevata qualità possibile, con l'uso efficiente ed appropriato delle risorse disponibili, ponendo il cittadino al centro delle propria azione.

La *Vision* aziendale consiste nel garantire che l'organizzazione persegua gli obiettivi aziendali riscuotendo la fiducia dei cittadini e delle istituzioni nel rispetto dei valori di riferimento delle collettività, garantendo agli operatori un ambiente lavorativo in cui sono ridotti al minimo i rischi e sono valorizzati l'impegno e le competenze, anche mediante congrui percorsi formativi.

Come operiamo

L'Azienda, per la realizzazione della propria *mission*, assume quali principi guida il rispetto della persona e la centralità del cittadino, l'equità, la trasparenza e l'etica professionale, la tutela della privacy, la qualità clinico-professionale e la gestione del rischio individuale e collettivo, l'appropriatezza e l'adozione di strumenti che favoriscano la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, la



sostenibilità economica e finanziaria, l'efficienza e la qualità dei servizi, l'innovazione tecnologica ed organizzativa.

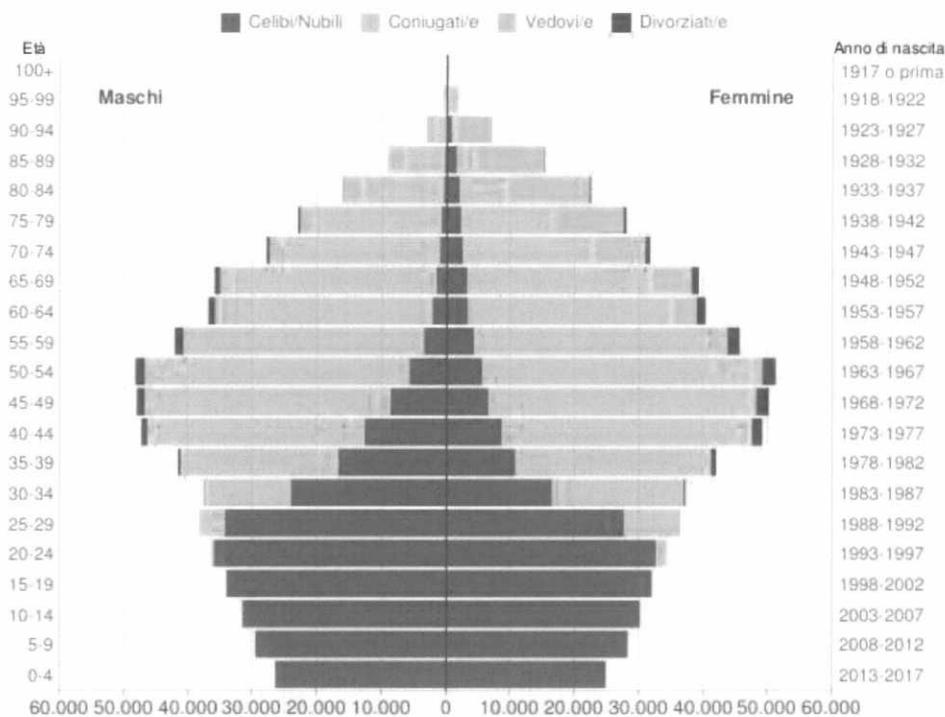
Identità

L'ASL Bari "in cifre"

Territorio e popolazione

La ASL Bari opera su un territorio di 3.862,88 Km², coincidente con la provincia di Bari, oggi Città Metropolitana di Bari, su cui risiedono complessivamente n.1.260.142 abitanti, con una densità pari a n.326,22 abitanti per Km², distribuiti in 41 comuni a loro volta suddivisi in n.12 Distretti Socio Sanitari. La distribuzione della popolazione per fasce di età, al 01/01/2017 è la seguente (Fonte: ISTAT):

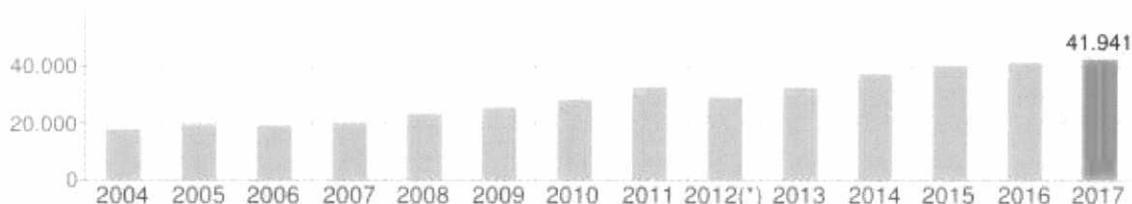
Fascia d'età	Maschi	Femmine	Totale
0	5 066	4 707	9 773
1 - 4	21 452	20 111	41 563
5 - 14	61 265	58 316	119 581
15 - 44	235 544	230 475	466 019
45 - 64	175 527	186 749	362 276
65 - 74	63 909	70 677	134 586
+ di 74	51 986	74 358	126 344
Totale	614 749	645 393	1 260 142



Popolazione per età, sesso e stato civile - 2017

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

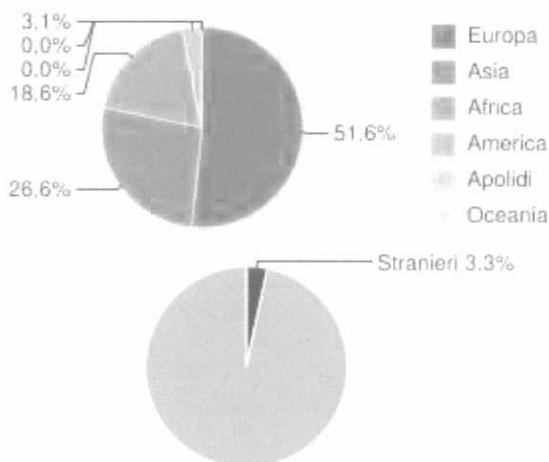
Gli stranieri residenti nella Città Metropolitana di Bari al 01/01/2017 sono n.41.941 e rappresentano il 3,3% della popolazione residente complessiva.



Andamento della popolazione con cittadinanza straniera - 2017

CITTÀ METROPOLITANA DI BARI - Dati ISTAT 1° gennaio 2017 - Elaborazione TUTTITALIA.IT

(*) post-censimento



La comunità straniera più numerosa è quella proveniente dall'Albania con il 28,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dalla Romania (13,6%) e dalla Georgia (7,9%).



Assistenza Ospedaliera

Sono ubicati nel territorio di competenza della ASL n.5 Ospedali a gestione diretta, n.6 Case di Cura convenzionate accreditate, n.1 Ospedale Ente Ecclesiastico, Ospedale "Miulli", e n.1 IRCCS privato "Salvatore Maugeri".

I posti letto funzionanti delle strutture a gestione diretta sono pari a n.1270 così suddivisi:

Presidio a gestione diretta	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery
P.O. della Murgia	140	3	4
P.O. San Paolo (compreso Osp. di Molfetta, Osp. di Corato, Osp. di Terlizzi)	470	14	7
Osp. San Paolo	182	9	5
Osp. di Molfetta	143	4	0
Osp. di Corato	62	1	2
Osp. di Terlizzi	83	0	0
P.O. Monopoli	152	3	8
P.O. Putignano	140	2	6
P.O. Di Venere (compreso Osp. di Triggiano)	313	1	7
Osp. Di Venere	243	1	7
Osp. di Triggiano	70	0	0
Totale	1215	23	32

Fonte Controllo di Gestione ASL Bari

I posti letto accreditati delle strutture convenzionate dell'anno 2016, dell'Ente Ecclesiastico "Miulli", e dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "Salvatore Maugeri" di Cassano delle Murge sono pari a n.1674 così suddivisi:

Presidi privati convenzionati	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery)
Santa Maria	168	0	0
C. di C. Villa Lucia	73	0	0
C. di C. Anthea	98	0	0
Totale Gruppo Villa Maria	339	0	0
C. di C. Monte Imperatore	95	0	0
CBH Mater Dei	437	0	12
Totale Presidi privati convenzionati	871	0	12
Altre strutture ospedaliere	P.L. ordinari	Day Hospital	Day Surgery)
ENTE ECCL.OSP.GEN.REG.'MIULLI'	519	16	26
IRCCS FONDAZIONE 'S. MAUGERI'	230	0	0
Totale altre strutture ospedaliere	749	16	26
Totale	1620	16	38

Fonte Controllo di Gestione ASL Bari

L'offerta ospedaliera dell'Area Metropolitana di Bari comprende altre strutture pubbliche che sono l'AOU Policlinico di Bari, l'IRCCS "Giovanni Paolo II" - Istituto tumori di Bari e l'IRCCS "De Bellis" di Castellana Grotte dei quali si riportano, di seguito, i posti letto previsti dal Regolamento Regionale 10 marzo 2017 n.7

ad oggetto: "Riordino ospedaliero della regione puglia ai sensi del d.m. n. 70/2015 e delle leggi di stabilità 2016-2017. Modifica e integrazione del r.r. n. 14/2015"

A.O. e IRCCS pubblici	P.L. previsti ex R.R.7/2017
A.O.U. Policlinico di Bari	1188
Osp. Pediatrico Giovanni XXIII	173
IRCCS Giovanni Paolo II di Bari	156
IRCCS De Bellis di Castellana G.	124
Totale	1641

La rete ospedaliera, pubblica e privata accreditata, garantisce la diagnosi, cura e *follow up* delle malattie in regime d'urgenza e programmato con il supporto dei reparti specialistici e di base. Vengono erogate, inoltre, prestazioni sanitarie in area medica e chirurgica in regime di Day Hospital, Day Surgery ed Ambulatoriale, compreso il Day Service.

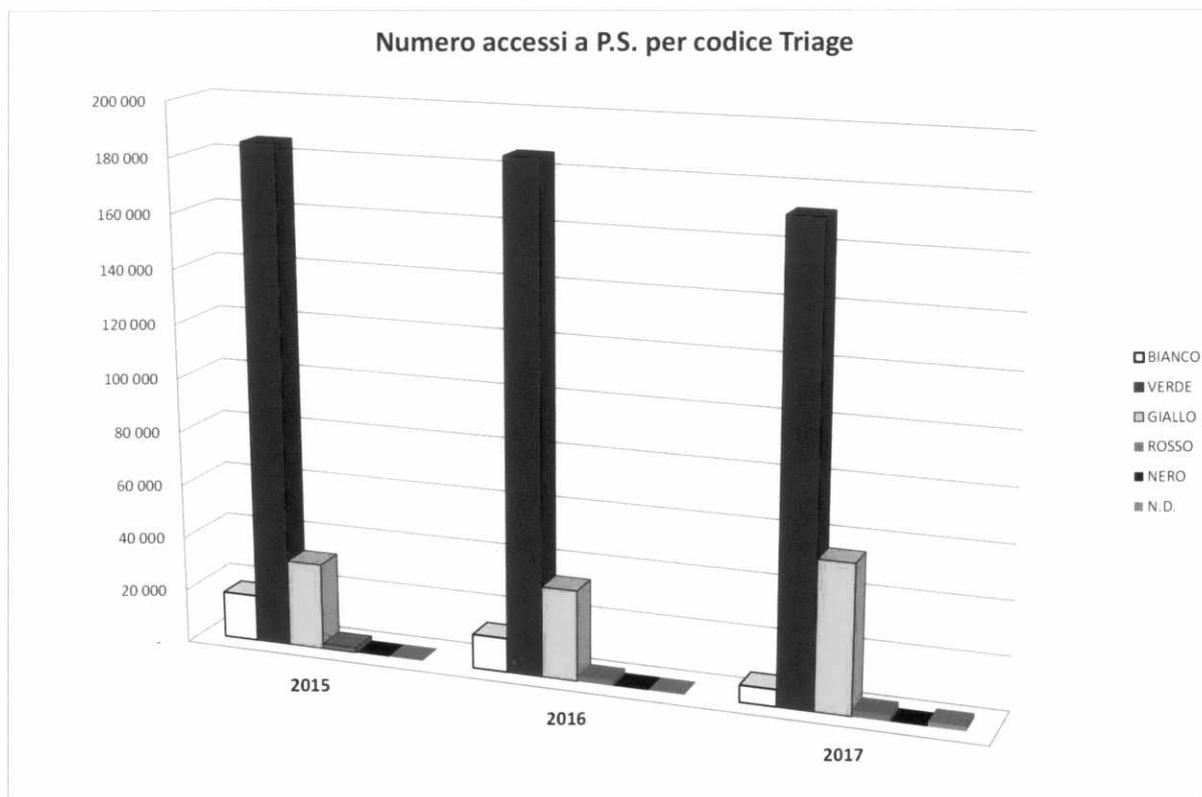
Le diverse unità operative degli Ospedali a gestione diretta sono aggregate in una organizzazione dipartimentale che ha la finalità di realizzare l'integrazione delle competenze professionali esistenti in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi e sulla base di risorse condivise.

Di seguito sono riportati alcuni dei dati principali riferiti alla attività assistenziale erogata in ambito ospedaliero a gestione diretta.

Numero accessi in Pronto Soccorso

OSPEDALE	2015	2016	2017
Ospedale "S. Paolo" - Bari	47 718	47 372	47 693
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	23 449	22 713	23 261
Ospedale "Umberto I" - Corato	21 184	21 374	22 884
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	12 779	11 519	11 059
Ospedale "Di Venere" - Bari	40 458	41 096	40 867
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	13 125	11 441	10 947
Ospedale della Murgia - Altamura	27 907	27 846	28 131
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	25 323	25 044	27 188
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	24 839	25 765	24 984
Totale ASL BA	236 782	234 170	237 014

Numero accessi in Pronto Soccorso per codice di triage



Codice	2015		2016		2017	
	N.	%	N.	%	N.	%
BIANCO	17 145	7.2%	12 634	5.4%	6 286	2.7%
VERDE	185 404	78.3%	185 809	79.3%	171 869	72.5%
GIALLO	32 053	13.5%	33 550	14.3%	54 880	23.2%
ROSSO	1 737	0.7%	1 822	0.8%	2 267	1.0%
NERO	172	0.1%	154	0.1%	24	0.0%
N.D.	271	0.1%	201	0.1%	1 688	0.7%
TOTALE	236 782	100%	234 170	100%	237 014	100%

Il numero di accessi in P.S. negli Ospedali a gestione diretta è rimasto pressoché costante negli ultimi tre anni. Si può comunque rilevare una maggiore appropriatezza nel ricorso all'assistenza in P.S., testimoniato da una progressiva riduzione della percentuale di codici bianchi e verdi ed un incremento di quella dei codici gialli e rossi.

Numero Ricoveri

OSPEDALE	2015	2016	2017
Ospedale "S. Paolo" - Bari	11 529	10 553	9 929
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	3 566	3 190	3 167
Ospedale "Umberto I" - Corato	4 901	4 572	4 714
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	2 591	1 999	1 647
Ospedale "Di Venere" - Bari	14 790	13 627	12 956
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	1 670	1 536	1 283
Ospedale della Murgia - Altamura	6 571	6 610	6 971
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	6 726	6 155	6 611
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	6 470	5 315	4 032
Totale ASL BA	58 814	53 557	51 310

La riduzione progressiva negli anni del numero dei ricoveri è il risultato di azioni positive di riconversione dell'attività di ricovero da ordinario in Day Hospital e da Day Hospital in prestazioni ambulatoriali, compreso il Day Service, consentendo così un aumento dell'appropriatezza nell'utilizzo dei regimi di ricovero ed ambulatoriale.

Nelle successive tabelle sono riportati alcuni indicatori di attività, con un evidente trend positivo.

Peso medio Ricoveri

OSPEDALE	2015	2016	2017
Ospedale "S. Paolo" - Bari	1.13	1.16	1.16
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	1.10	1.10	1.10
Ospedale "Umberto I" - Corato	0.76	0.76	0.78
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	1.18	1.06	0.99
Ospedale "Di Venere" - Bari	1.12	1.14	1.17
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	1.13	1.13	1.17
Ospedale della Murgia - Altamura	0.92	0.94	0.94
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	0.93	0.97	0.96
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	0.93	0.95	1.07
Totale ASL BA	1.03	1.04	1.05

Percentuale Parti cesarei

OSPEDALE	2015	2016	2017
Ospedale "S. Paolo" - Bari	50.71%	50.92%	44.74%
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta			
Ospedale "Umberto I" - Corato	41.58%	43.00%	46.52%
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi			
Ospedale "Di Venere" - Bari	48.62%	49.35%	44.72%
Ospedale "Fallacara" - Triggiano			
Ospedale della Murgia - Altamura	27.10%	28.95%	26.55%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	34.50%	36.36%	27.33%
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	34.00%	37.58%	39.04%
Totale ASL BA	42.48%	43.66%	39.07%

Percentuale di pazienti > 65 aa ricoverati per Frattura di femore e operati entro 2 giorni

OSPEDALE	2015	2016	2017
Ospedale "S. Paolo" - Bari	42.33%	55.03%	68.03%
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	23.13%	32.52%	83.65%
Ospedale "Umberto I" - Corato	17.88%	44.26%	38.27%
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi			
Ospedale "Di Venere" - Bari	90.34%	97.17%	95.70%
Ospedale "Fallacara" - Triggiano			
Ospedale della Murgia - Altamura	56.56%	45.99%	53.47%
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	15.63%	18.28%	21.25%
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	54.30%	40.26%	68.28%
Totale ASL BA	46.88%	52.92%	66.86%

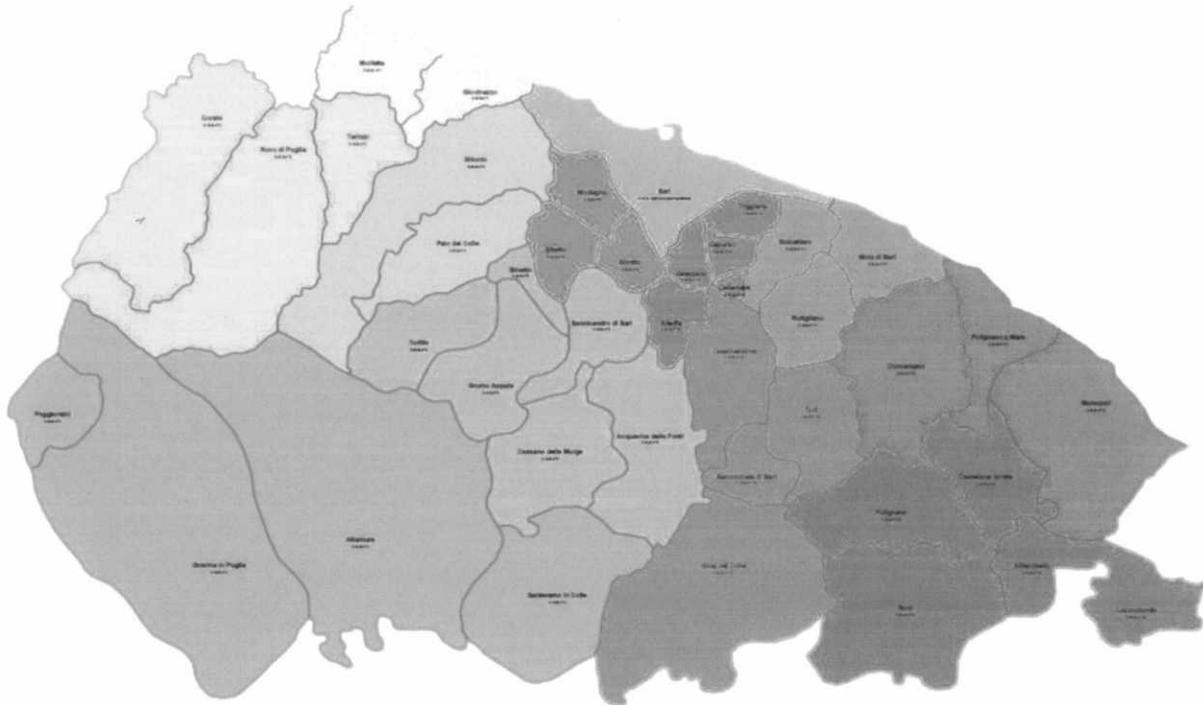
Numero prestazioni ambulatoriali

OSPEDALE	2015	2016	2017
Ospedale "S. Paolo" - Bari	1 084 821	834 862	846 243
Ospedale "Tonino Bello" - Molfetta	671 962	584 385	509 494
Ospedale "Umberto I" - Corato	258 835	240 622	221 400
Ospedale "M. Sarcone" - Terlizzi	304 570	255 794	221 335
Ospedale "Di Venere" - Bari	1 298 861	1 106 922	1 070 592
Ospedale "Fallacara" - Triggiano	450 639	378 751	375 635
Ospedale della Murgia - Altamura	777 838	663 882	690 718
Ospedale "S. Giacomo" - Monopoli	742 937	565 951	729 565
Ospedale "S. Maria degli Angeli" - Putignano	763 751	679 495	718 832
Totale ASL BA	6 354 214	5 310 664	5 383 814

La riduzione più consistente, relativamente all'attività ambulatoriale, si rileva in maniera prevalente nelle prestazioni di Laboratorio ed è dovuta principalmente all'entrata in vigore del D.M. 09/12/2015 sull'appropriatezza prescrittiva.

Assistenza Distrettuale

L'assistenza Distrettuale dell'ASL Bari viene assicurata da n.12 Distretti Socio Sanitari nei quali si suddividono n.41 Comuni secondo la rappresentazione grafica e tabellare che di seguito si riporta.



Distretti Socio Sanitari	Comuni Afferenti
DSS 1 - Molfetta	GIOVINAZZO, MOLFETTA
DSS 2 - Ruvo	CORATO, RUVO DI PUGLIA, TERLIZZI
DSS 3 - Bitonto	BITONTO, PALO DEL COLLE
DSS 4 - Altamura	ALTAMURA, GRAVINA IN PUGLIA, POGGIORSINI, SANTERAMO IN COLLE
DSS 5 - Grumo Appula	ACQUAVIVA DELLE FONTI, BINETTO, CASSANO DELLE MURGE, GRUMO APPULA, SANNICANDRO DI BARI, TORITTO
DSS di Bari (ex DSS 6, 7, 8)	BARI
DSS 9 - Modugno	BITETTO, BITRITTO, MODUGNO
DSS 10 - Triggiano	ADELFA, CAPURSO, CELLAMARE, TRIGGIANO, VALENZANO
DSS 11 - Mola di Bari	MOLA DI BARI, NOICATTARO, RUTIGLIANO
DSS 12 - Conversano	CONVERSANO, MONOPOLI, POLIGNANO A MARE
DSS 13 - Gioia del Colle	CASAMASSIMA, GIOIA DEL COLLE, SAMMICHELE DI BARI, TURI
DSS 14 - Putignano	ALBEROBELLO, CASTELLANA GROTTA, LOCOROTONDO, NOCI, PUTIGNANO

La popolazione residente al 01/01/2017 per Distretto e per classi di età è la seguente:

DISTRETTO	0		1-4		5-14		15-44		45-64		65-74		+ di 74		TOTALE		TOTALE
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	306	279	1.338	1.174	3.626	3.482	14.258	14.146	10.770	11.782	4.741	5.091	3.772	5.254	38.811	41.208	80.019
DSS n.2	414	402	1.780	1.731	5.331	4.961	19.575	19.240	13.700	14.451	4.872	5.369	3.640	5.248	49.312	51.402	100.714
DSS n.3	322	303	1.414	1.247	4.113	3.883	15.154	15.041	10.814	11.249	3.612	3.750	2.522	3.491	37.951	38.964	76.915
DSS n.4	651	631	2.771	2.604	8.139	7.934	29.557	28.534	18.401	19.085	5.738	6.413	5.029	7.088	70.286	72.289	142.575
DSS n.5	302	256	1.239	1.113	3.299	3.190	13.498	12.786	9.578	10.012	3.418	3.489	2.836	4.001	34.170	34.847	69.017
DS05	1.130	1.084	4.891	4.710	14.516	13.729	56.920	55.057	45.867	50.720	17.393	20.625	14.968	22.588	155.685	168.513	324.198
DSS n.9	287	245	1.183	1.151	3.254	3.148	11.919	11.840	8.524	8.896	3.201	3.327	2.061	2.705	30.429	31.312	61.741
DSS n.10	358	306	1.476	1.401	4.200	3.959	15.503	15.769	12.169	12.675	4.196	4.499	3.077	4.248	40.979	42.857	83.836
DSS n.11	315	276	1.167	1.115	3.428	3.251	13.494	13.109	10.003	10.344	3.612	3.690	2.865	3.799	34.884	35.584	70.468
DSS n.12	355	352	1.565	1.401	4.182	4.100	17.176	16.936	13.479	13.983	4.806	5.319	3.949	5.585	45.512	47.676	93.188
DSS n.13	300	252	1.186	1.161	3.189	3.005	12.267	12.017	9.242	9.745	3.479	3.858	3.100	4.249	32.763	34.287	67.050
DSS n.14	326	321	1.442	1.303	3.988	3.674	16.223	16.000	12.980	13.807	4.841	5.247	4.167	6.102	43.967	46.454	90.421
Totale	5.066	4.707	21.452	20.111	61.265	58.316	235.544	230.475	175.527	186.749	63.909	70.677	51.986	74.358	614.749	645.393	1.260.142

I Livelli di Assistenza garantiti dalle strutture Distrettuali sono di seguito indicate:

Assistenza sanitaria di base: è la forma di assistenza erogata dal Medico di Base (Medico di Medicina Generale – MMG) o dal Pediatra di Base (Pediatra di libera scelta – PLS). Il cittadino può liberamente scegliere il MMG o il PLS da una lista di medici disponibile presso gli sportelli delle sedi distrettuali dell'ASL e sul sito Internet aziendale. Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base i MMG ed i PLS propongono al Distretto l'erogazione delle cure a domicilio con l'apertura di interventi in Assistenza Domiciliare Integrata (A.D.I.) che prevede anche l'attività infermieristica.

Assistenza farmaceutica: le Farmacie Territoriali dispensano i farmaci prescritti dai MMG, dai PLS, dai Medici Specialisti Ambulatoriali e Ospedalieri.

Assistenza specialistica ambulatoriale: è erogata sia da specialisti che operano nelle sedi distrettuali sia da specialisti in ambito ospedaliero.

Assistenza residenziale e semiresidenziale: comprende una rete di Strutture Residenziali per l'assistenza ad anziani, disabili fisici, psichici e malati terminali non autosufficienti con diversa compromissione dell'autonomia personale. E' prevista anche un'assistenza presso centri diurni (assistenza semiresidenziale).

Assistenza continuità assistenziale (ex Guardia Medica) e Servizio di Continuità Assistenziale Pediatrica (SCAP): è attivo nelle ore notturne (dalle 20:00 alle 08.00), nei giorni festivi (dalle 08:00 alle 20:00) e prefestivi (dalle 10:00 alle 20:00).

L'Azienda opera mediante n. 214 strutture a gestione diretta e n. 323 strutture convenzionate/accreditate. La tipologia di strutture ed il tipo di assistenza erogata sono riassunte nelle matrici che seguono.

Per le strutture a gestione diretta

Strutture a gest. diretta	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strument. e per immag.	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	71	26	20									117
Struttura residenziale											2	2
Struttura semi resid.le					1							1
Altro tipo di struttura	27	1		38	12	16						94
Totale	98	27	20	38	13	16					2	214

Per le strutture convenzionate

Strutture convenzion.	Tipo assistenza											Totale
	Attività clinica	Diagnostica strumentale e per immagini	Attività di laborat.	Att. Di Consult. Familiare	Assist. Psich.	Assist. per tossicodip	Assistenza AIDS	Assist. agli anziani	Assist. ai disabili fisici	Assist. ai disabili psichici	Assit. ai malati terminali	
Ambulatorio Laboratorio	50	21	61									132
Struttura residenziale					67	10		32	9	23	2	143
Struttura semi residenziale					17	1		3		24		45
Altro tipo di struttura	2	1										3
Totale	52	22	61		84	11		35	9	47	2	323

I centri/ambulatori di riabilitazione ex art.26, L.n.833/1978 sono n.37 senza posti letto.

Gli istituti o centri di riabilitazione convenzionati privati ex art.26, L.n.833/1978 sono n.5, per complessivi n.320 posti letto residenziali e n.220 posti letto semiresidenziali.

Il riordino della rete ospedaliera ed il trasferimento dei livelli di assistenza dall'ospedale al territorio hanno comportato la necessità di potenziare l'attività sanitaria territoriale da realizzarsi soprattutto attraverso il consolidamento della sua attività. Il numero delle prestazioni ambulatoriali erogate negli anni 2016 e 2017, compreso i Day Service, sono riportati nella matrice che segue:

Numero Prestazioni ambulatoriali

DISTRETTO	2016	2017
DSS 1	41 623	45 015
DSS 2	299 027	312 201
DSS 3	470 614	496 688
DSS 4	91 894	100 227
DSS 5	38 652	41 399
DSS BA	196 130	195 723
DSS 9	19 625	18 698
DSS 10	44 010	44 388
DSS 11	61 689	64 514
DSS 12	111 720	114 030
DSS 13	385 660	399 372
DSS 14	72 365	82 911
Totale	1 833 009	1 915 166

Prevenzione

Il compito del Dipartimento di Prevenzione è quello di garantire la tutela della salute collettiva attraverso le seguenti funzioni:

- la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari presenti negli ambienti di vita anche con riferimento agli effetti sulla salute degli inquinanti ambientali;
- le attività di prevenzione rivolte alla persona (vaccinazioni obbligatorie e raccomandate, programmi di diagnosi precoce);
- la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lavoro e le attività lavorative;
- la tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- la sanità pubblica veterinaria;
- l'attività medico legale.

Gli obiettivi generali del Dipartimento di Prevenzione sono:

- coordinamento delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative condotte in collaborazione con gli altri Servizi e Dipartimenti della ASL di Bari;
- valutazione epidemiologica dello stato di salute della popolazione e di specifici gruppi;
- integrazione fra gli interventi di prevenzione collettiva e protezione ambientale;
- vigilanza sulla corretta applicazione delle norme vigenti relative agli ambienti di vita e di lavoro;
- erogazione dei livelli uniformi di prestazioni attraverso il raggiungimento dell'omogeneità degli interventi nel territorio dell'ASL di Bari;
- garantire la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione;
- prevenzione e controllo dei fattori di rischio negli ambienti di vita e di lavoro;
- attuazione delle attività di screening.

Con deliberazione del Direttore Generale n.706 del 29.04.2013 è stato recepito il Regolamento Regionale 18.12.2012 n.30, che modifica ed integra il precedente R.R. 30.06.2009 n.13, relativo alla organizzazione del Dipartimento di Prevenzione. In particolare, il territorio di competenza, ovvero quello riferibile alla ex Provincia di Bari, è stato suddiviso in tre aree territoriali, definendone l'afferenza per ognuno dei Comuni compresi nel territorio de quo, nonché il numero di attività produttive e la consistenza del patrimonio zootecnico, come di seguito rappresentato:



Denominazione: AREA NORD - sede Ruvo di Puglia

Comuni: Molfetta, Giovinazzo, Terlizzi, Bitonto, Corato, Ruvo di Puglia, Palo del Colle, Toritto, Grumo Appula, Bitetto, Bitritto, Binetto, Poggiorsini, Gravina in Puglia, Altamura e Santeramo in Colle

Popolazione: 436.020 abitanti circa

Superficie: 2.131,55 Km².

Attività produttive: in numero complessivo di 59.747

Patrimonio zootecnico: 63.450 capi delle specie bovina, ovi-caprina, suina ed equina.

Denominazione: AREA METROPOLITANA - sede Bari

Comuni: Bari, Modugno, Triggiano, Capurso e Valenzano

Popolazione: 410.364 abitanti circa

Superficie: 198,77 Km².

Attività produttive: in numero complessivo di 60.777

Patrimonio zootecnico: 2.508 capi delle specie bovina, ovi-caprina, suina ed equina

Denominazione: AREA SUD - sede Putignano

Comuni: Locorotondo, Alberobello, Noci, Gioia del Colle, Cassano delle Murge, Acquaviva delle Fonti, Sammichele di Bari, Turi, Putignano, Castellana Grotte, Monopoli, Sannicandro di Bari, Adelfia, Casamassima, Rutigliano, Conversano, Polignano a Mare, Cellamare, Mola di Bari e Noicattaro

Popolazione: 371.654 abitanti circa

Superficie: 1.595,09 Km².

Attività produttive: in numero complessivo di 58.831

Patrimonio zootecnico: 75.500 capi delle specie bovina, ovi-caprina, suina ed equina

Il criterio utilizzato per la suddivisione del territorio in tre macroaree e per la qualificazione delle articolazioni strutturali del Dipartimento di Prevenzione è stato quello dei potenziali carichi di lavoro.

Alla luce di quanto previsto nella citata deliberazione DG .n.706/2013 e di quanto disposto dalla deliberazione DG.n.1041/2013, relativa alla ridefinizione dell'assetto dipartimentale dell'ASL Bari, le strutture presenti all'interno di ciascuna delle tre macroaree sono di seguito elencate:

AREA NORD - AREA SUD - AREA METROPOLITANA

- Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP),
- Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL),
- Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN),
- Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A),
- Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B),
- Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C);

Principali dati di attività, per l'anno 2016, del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) suddivisi per area territoriale:

Prevenzione delle malattie infettive		SISP metro	SISP nord	SISP sud	Totale 2016
interventi per denuncia malattie infettive	procedure di intervento nuove o revisionate nell'anno	0	0	0	0
	procedure di intervento già esistenti	0	14	0	14
	denunce di malattie infettive	822	176	129	1.127
	indagini epidemiologiche effettuate	536	129	57	722
	soggetti sottoposti a screening / sorveglianza	1.545	595	1.713	3.853
	sopralluoghi effettuati	50	2	71	123
interventi di profilassi malattie infettive	campionamenti su persone o matrici	5	11	0	16
	somministrazioni vaccinali praticate	65.056	78.052	63.677	206.785
	dosi vaccinali effettuate	123.730	175.460	138.769	437.959
	certificati di vaccinazione	1.347	3.858	2.287	7.492
medicina dei viaggi	interventi di profilassi non vaccinale (solo atti formalizzati)	278	282	85	645
	interventi di counselling	1.212	612	306	2.130
	somministrazioni vaccinali praticate	1.418	18	646	2.082
	interventi profilassi farmacologica	405	0	1.599	2.004

Formazione, informazione e promozione della salute		SISP metro	SISP nord	SISP sud	Totale 2016
prevenzione delle malattie cronico-degenerative e promozione della salute	report epidemiologici prodotti	0	0	1	1
	programmi di promozione della salute	0	0	0	0
	interventi di promozione della salute	0	0	0	0
	soggetti coinvolti nell'anno	0	0	0	0
formazione, informazione e comunicazione	istituzione ed attivazione sportello informativo (si/no)	0	SI	0	0
	ore settimanali medie apertura al pubblico sportello informativo	90	12	25	127
	eventi di formazione organizzati dal servizio	0	0	1	1
	persone formate nell'anno	0	2	31	33
	prodotti di informazione e comunicazione	50	0	5	55

Igiene e sicurezza ambienti di vita		SISP metro	SISP nord	SISP sud	Totale 2016
verifica effetti sanitari inquinamento ambientale	report epidemiologici prodotti	0	4	20	24
	pareri prev. impianti e/o attività a rilevante impegno ambientale	36	80	77	193
	pareri relativi a conduzione di impianti smaltimento reflui o rifiuti	43	134	168	345
	sopralluoghi impianti/attività rilevante imp. ambientale/reflui /rifiuti	41	157	31	229
contenimento impatto sanitario fattori rischio in ambiente abitativo e urbano	pareri su piani e/o regolamenti	4	2	51	57
	pareri nell'ambito di commissioni o conferenze di servizi	85	138	142	365
	pareri preventivi rilascio titolo a costruire agibilità insediamenti ...	145	302	273	720
	sopralluoghi per rilascio pareri di agibilità	130	121	77	328
	sopralluoghi per attività di vigilanza	243	699	204	1.146
	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza ...	84	554	56	694
	controlli su interventi disinfezione o disinfestazione	7	7	28	42
	verifiche bonifiche ambientali	10	79	21	110
igiene e sicurezza edifici uso scolastico e ricreativo (comp. pubblico spettacolo, palestre, impianti sportivi)	pareri preventivi per rilascio titolo a costruire/pareri per agibilità	34	36	17	87
	sopralluoghi per rilascio pareri di agibilità	30	27	2	59
	sopralluoghi di verifica requisiti igienico-sanitari	143	42	21	206
	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza...	13	29	6	48
igiene e sicurezza edifici uso turistico (compresi camping, stabilimenti balneari)	pareri per rilascio titolo a costruire/pareri agibilità	1	28	29	58
	sopralluoghi per rilascio pareri di agibilità	39	9	3	51
	sopralluoghi di verifica requisiti igienico-sanitari	63	43	9	115
	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza...	11	12	0	23
igiene e sicurezza impianti uso natatorio	pareri per rilascio titolo a costruire/pareri agibilità	0	1	36	37
	sopralluoghi per rilascio pareri di agibilità	0	0	4	4
	sopralluoghi di verifica requisiti igienico-sanitari	34	43	17	94
	campionamenti effettuati	0	98	3	101
	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza	2	65	1	68
igiene e sicurezza strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali	pareri titolo costruire/agibilità str. sanitarie/socio-sanitarie/socio-ass	25	53	8	86
	pareri autorizzazione str. sanitarie/socio-sanitarie/socio-ass	102	58	5	165
	sopralluoghi rilascio pareri aut str. sanitarie/socio-sanitarie/socio-ass	192	74	8	274
	strutture sanitarie esistenti	1.211	471	100	1.782
	sopralluoghi per verifiche requisiti su strutture sanitarie	167	85	4	256
	strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali esistenti	636	164	138	938
	sopralluoghi verifiche requisiti str. sanitarie/socio-sanitarie/socio-ass	89	67	3	159
	verifiche requisiti accreditamento strutture sanitarie e sociosanitarie	17	23	1	41
professioni ed arti sanitarie, estetisti e affini, autoambulanze, tatuaggi e piercing	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza...	110	99	7	216
	pareri per rilascio titolo a costruire/pareri agibilità	72	34	7	113
	sopralluoghi per rilascio pareri di agibilità/nulla-osta	137	61	38	236
	sopralluoghi di verifica requisiti igienico-sanitari	42	45	32	119
rapporti con autorità giudiziaria	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza...	11	29	0	40
	indagini e/o denunce all'a.g.	3	84	7	94
attività polizia mortuaria	pareri rilascio titolo a costruire/agibilità edicola fun e cappelle gentil	41	66	60	167
	interventi di controllo e vigilanza sui cimiteri	85	167	108	360
	interventi controllo e vigilanza ditte onoranze funebri	92	107	47	246
	provvedimenti adottati a seguito di vigilanza...	4	29	3	36

	Medicina legale	SISP metro	SISP nord	SISP sud	Totale 2016
accertamenti e certificazioni medico-legali	istruttorie pratiche ex legge 210/1992...	141	17	98	256
	totale certificazioni rilasciate	753	845	7.070	8.668
	pratiche ex legge 210/1992 definite	721	16	171	908
	totale certificazioni rilasciate	4.132	5.613	7.070	16.815
	certificazioni per idoneità porto d'armi	251	277	786	1.314
	certificazioni per idoneità alla guida	4.043	5.336	6.679	16.058
	certificazione per idoneità all'uso di gas tossici	3	/	3	6
	accertamenti dei collegi medico-legali...	5.157	/	6	5.163
medicina fiscale	visite fiscali richieste da enti pubblici	3.530	5.270	4.568	13.368
	visite fiscali effettuate per enti pubblici	2.974	2.583	3.235	8.792
	visite fiscali richieste da datori di lavoro privati	16	11	1	28
	visite fiscali effettuate per datori di lavoro privati	16	6	1	23
	visite fiscali effettuate su richiesta dell'autorità giudiziaria	22	26	11	59
	visite richieste da ispettorato del lavoro per ast.ant. lavoratrici madri	353	147	219	719
commissione invalidi civili	domande ric. invalidità civile, ex l. 104/1992 e l. 68/1999 pervenute	1.398	0	0	1.398
	visite per invalidità civile, ex l. 104/1992 e l. 68/1999 effettuate	1.219	0	0	1.219
	casi definiti commissioni invalidità civile, ex l. 104/1992 e l. 68/1999	1.219	0	0	1.219
medicina necroscopica	visite necroscopiche	1.844	2.208	3.117	7.169
	esami necroscopici su richiesta dell'autorità giudiziaria	0	4	0	4
	pareri per operazioni cimiteriali (traslazione, esumazione ecc.)	16	138	85	239
	prelievi materiale biologico per cremazione e relativa attestazione	152	155	80	387

Principali dati di attività, per l'anno 2016, del Servizio Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN) suddivisi per area territoriale:

		SIAN metro	SIAN nord	SIAN sud	Totale 2016
verifica qualità acque per consumo umano	campioni analizzati per indagini chimiche	105	60	119	284
	indagini chimiche con giudizio di non conformità	0	0	0	0
	campioni analizzati per indagini batteriologiche	105	60	168	333
	indagini batteriologiche con giudizio di non conformità	2	1	15	18
	giudizi di idoneità al consumo espressi	0	0	3	3
	pareri su fonti di approvvigionamento, acquedotti, pozzi, ecc.	0	0	0	0
controllo aziende alimentari	esistenza anagrafe aziende alimentari (per tipologia di attività e/o di rischio)	0	0	SI	0
	aziende alimentari attive nel periodo di riferimento	0	0	4.995	4.995
	nuovi esercizi attivati nel periodo di riferimento	1.298	524	600	2.422
	aziende sottoposte a controllo ufficiale	187	98	499	784
	controlli ufficiali su aziende alimentari	288	100	507	895
	controlli ufficiali con giudizio di non conformità	62	28	122	212
	campionamenti effettuati	179	187	261	627
	campionamenti con giudizio di non conformità	0	0	6	6
sorveglianza igiene alimenti destinati al consumo umano e bevande	tossinfezioni alimentari	8	1	6	15
	persone interessate da tossinfezioni alimentari	30	1	23	54
	interventi per tossinfezioni alimentari	10	4	9	23
controllo prodotti fitosanitari	rivendite o depositi attivi nel periodo di riferimento	37	94	53	184
	interventi di controllo sul commercio di prodotti fitosanitari	4	7	29	40
	pareri autorizzativi al commercio e deposito	0	6	30	36
	interventi di controllo su prove sperimentali di prodotti fitosanitari	3	0	5	8
	campionamenti su alimenti effettuati	40	103	117	260
	campionamenti con giudizio di non conformità	0	0	0	0
	campionamenti su principi attivi effettuati	2	0	3	5
	campionamenti con giudizio di non conformità	2	0	0	2
attività micologica	interventi per intossicazioni da funghi	10	0	7	17
	persone intossicate da funghi	8	0	12	20
	attestati idoneità all'identificazione di specie fungine rilasciati	96	0	99	195
	certificati di commestibilità (per commercio e privati)	4	0	106	110
sorveglianza nutrizionale	rilevazioni stato nutrizionale popolazione	281	0	72	353
	attività o interventi nutrizionali sulla persona	0	0	6	6
	report su comportamenti alimentari a rischio	0	0	0	0
	report su consumi particolarmente incidenti su patologie correlate all'alimentazione	0	0	0	0
gestione situazioni di allerta	stati di allerta pervenuti	44	0	8	52
	stati di allerta attivati	0	0	0	0
	controlli effettuati in stato di allerta	112	0	40	152
	prescrizioni comminate per non conformità	1	0	0	1
attività u.p.g.	sanzioni amministrative comminate per non conformità	24	0	44	68
	sequestro merci per non conformità	7	0	4	11
	chiusura o sospensione attività per non conformità	6	0	14	20
	comunicazioni alla a.g. (denunce, relazioni, ecc.)	2	0	9	11
rilascio certificazioni e pareri	pareri tecnici	85	0	149	234
	certificazioni non commestibilità/esportazione	6	0	59	65
	controlli livello superiore/audit	0	0	0	0
attività di formazione, informazione e comunicazione	istituzione ed attivazione sportello informativo	0	0	SI	0
	ore settimanali di apertura al pubblico dello sportello informativo	40	0	42	82
	eventi di formazione nei confronti di terzi organizzati dal servizio (specificare titolo nella colonna "note")	2	0	5	7
	persone formate	105	0	217	322
	prodotti di informazione e comunicazione (pubblicazioni, opuscoli, ecc. - specificare titolo nelle "note")	0	0	0	0

Principali dati di attività, per l'anno 2016, del Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPESAL) suddivisi per area territoriale:

		SPESAL metro	SPESAL nord	SPESAL sud	Totale 2016
Attività di vigilanza nei luoghi di lavoro	cantieri notificati (Titolo IV Capo 1 D.Lgs. N. 81/2008)	1.185	1.920	976	4.081
	complessivo di cantieri ispezionati	134	89	148	371
	di cui non a norma al sopralluogo	20	32	40	92
	aziende con dip + lavoratori aut. oggetto ispezione	773	331	526	1.630
	sopralluoghi complessivamente effettuati	1.103	405	532	2.040
	totale verbali :	98	321	67	486
	- imprese (datori di lavoro, dirigenti, preposti, lav)	82	168	31	281
	- lavoratori autonomi	0	3	2	5
	- committenti e/o responsabili dei lavori	3	13	6	22
	- coordinatori per la sicurezza	12	8	2	22
	di verbali di prescrizione	92	321	64	477
	di verbali di disposizione	0		1	1
	violazioni	162	192	121	475
	sequestri	0	15	2	17
	sospensioni ai sensi dell'art. 14 Dlgs 81/2008.	0	15	0	15
	piani bonifica e notifiche	268	355	338	961
	di cantieri ispezionati per amianto	44	45	99	188
Attività ig. Ind.	aziende/cantieri controllati con indagini di igiene industr	1	1	0	2
	campionamenti effettuati	1	1	0	2
	misurazioni effettuate	0		0	0
Infortuni	inchieste infortuni concluse	33	26	27	86
	inchieste infortuni concluse (violazione correlata evento)	11	10	12	33
Mal.prof	inchieste malattie professionali concluse	25	13	61	99
	inchieste mal. prof. concluse (violazione correlata evento)	0		2	2
Pareri	pareri	155	364	390	909
	aziende oggetto di sopralluogo per l'espressione di pareri	59	77	128	264
Attività sanitaria	visite ... per minori e visite preventive pre-assuntive	0		0	0
	visite effettuate ... su propria iniziativa o su richiesta	0		0	0
	aziende ctrl protocollo di sorv san e/o le cartelle sanitarie	316	35	74	425
	ricorsi avverso il giudizio del Medico Competente...	35	15	10	60
	Sono attive procedure sorveglianza sanitaria ex esposti?	NO		No	
Assistenza	interventi informazione... lavoratori esposti a rischi...	0		0	0
	Sono stati attivati sportelli informativi dedicati? (SI/NO)	SI	SI	SI	
	iniziative di confronto con figure aziendali prevenzione...	0	1	1	2
Formazione	ore di formazione	0	71	161	232
	persone formate	0	156	1.404	1.560
Proventi per pagamento sanzioni	Proventi per pagamento sanzioni ex 758/94	107.901	122.849	129.124	359.875
	Proventi per pagamento sanzioni amministrative	1.754	8.806	9.206	19.766

Principali dati di attività, per l'anno 2016, del Servizio Veterinario Sanità animale (SIAV AREA A) suddivisi per area territoriale:

		SIAV A metro	SIAV A nord	SIAV A sud	Totale 2016
predisposizione sistema informativo per produzioni zootecniche	n. allevamenti ovicaprini immessi in bdn nel periodo	17	498	22	537
	n. allevamenti suini presenti in bdn georeferenziati nel periodo	3	44	3	50
	n. allevamenti ovicaprini presenti in bdn georeferenziati nel periodo	0	498	22	520
	n. allevamenti bovini-bufalini presenti in bdn georeferenziati nel periodo	3	288	19	310
	n. allevamenti di acquacoltura immessi in bdn nel periodo	0	1	0	1
	n. allevamenti avicoli immessi in bdn nel periodo	5	23	0	28
	n. allevamenti avicoli presenti in bdn georeferenziati nel periodo	0	23	0	23
	n. allevamenti suini immessi in bdn nel periodo		44	3	47
vigilanza concentramenti e spostamenti animali, compresa importazione/esportazione	n. animali della specie equina controllati per movimentazione in scambi/importazioni		326	611	937
	n. animali della specie suina controllati per movimentazione in scambi/importazioni	14	37	83	134
	n. animali della specie ovicaprina controllati per movimentazione in scambi/importazioni		512	1.996	2.508
	n. animali delle specie bovina-bufalina controllati per movimentazione in scambi/importazioni	27	62	6.442	6.531
sorveglianza epidemiologica malattie infettive diffuse	n. notifiche per casi di malattie denunciabili		2	2	4
predisposizione sistemi risposta ad emergenze origine infettiva popolazioni animali	n. operatori partecipanti ad almeno un corso di formazione in materia nel periodo considerato		0	2	2
	n. procedure locali di intervento emergenze infettive nuove o revisionate approvate nel periodo	0	2	2	4
lotta al randagismo e controllo benessere animali d'affezione	n. cani catturati	165	253	445	863
	n. cani catturati anagrafati	162	253	1.330	1.745
	n. cani sterilizzati dal personale dipendente	15	155	545	715
	n. cani sterilizzati dal personale in convenzione	116	0	0	116
	n. controlli cani morsicatori	21	10	36	67
	n. gatti sterilizzati	247	188	389	824
attività di informazione e comunicazione	presenza sportello informativo formalmente istituito ed attivato	SI	SI		0
	n. ore settimanali di apertura dello sportello informativo al pubblico	20	20	20	60
	n. eventi di formazione nel periodo organizzati dall'asl (specificare titolo)	0	0		0
	n. persone formate nel periodo	0	0		0
	n. prodotti di informazione e comunicazione (specificare titolo)	0	0		0

Principali dati di attività, per l'anno 2016, del Servizio Veterinario Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (SIAV AREA B) suddivisi per area territoriale:

		SIAV B metro	SIAV B nord	SIAV B sud	Totale 2016
attività di controllo su operatori settore alimentare o.a. soggetti a riconoscimento	controlli ufficiali nel periodo considerato	417	353	135	905
	controlli ufficiali con giudizio di non conformità nel periodo considerato	11	14	0	25
	campionamenti effettuati nel periodo considerato	169	366	381	916
	campionamenti con giudizio di non conformità nel periodo considerato	4	14	12	30
aut./controllo da prod. a somministrazione alimenti di origine animale	esistenza anagrafe aziende alimentari (origine animale e derivati) registrate	2.262	0	549	2.811
	registrazioni operate nel periodo considerato	214	338	245	797
campionamenti relativi ad alimenti di o.a.e derivati nelle aziende registrate	aziende di ogni tipologia presenti nel periodo considerato	2.308	699	927	3.934
	campionamenti nel periodo considerato	75	521	200	796
	campionamenti con giudizio di non conformità nel periodo considerato	3	5	1	9
sorveglianza sanitaria zone di produzione di molluschi bivalvi	controlli effettuati (routinari+suppletivi) nel periodo considerato	0	0	0	0
	controlli (routinari+suppletivi) con giudizio di non conformità	0	0	0	0
	punti prelievo individuati	0	0	0	0
certificazioni esportazione icolari	certificazioni nel periodo	67	830	1.770	2.667
	equini ispezionati	0	7.201	5.778	12.979
ispezione impianti macellazione bovini-bufalini, suini, ovicaprini, equini	equini non idonei al consumo	0	4	4	8
	suini ispezionati	0	132.040	21.109	153.149
	suini non idonei al consumo	0	35	13	48
	ovicaprini ispezionati	9.204	332.960	79.225	421.389
	ovicaprini non idonei al consumo	0	12	74	86
	bovini-bufali ispezionati	0	28.245	12.375	40.620
	bovini-bufali non idonei al consumo	0	591	15	606
controllo su latte e produzioni lattiero-casearie	aziende esistenti	72	460	94	626
	aziende controllate	72	226	94	392
	aziende risultate non conformi	5	18	11	34
attività di informazione e comunicazione	presenza sportello informativo formalmente istituito ed attivato	0	4	0	4
	ore settimanali di apertura dello sportello informativo al pubblico	32	78	10	120
	eventi di formazione nel periodo organizzati dall'asl	0	1	3	4
	persone formate nel periodo	0	7	0	7
	prodotti di informazione e comunicazione (specificare titolo)	0	5	3	8

Principali dati di attività, per l'anno 2016, del Servizio Veterinario Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (SIAV AREA C) suddivisi per area territoriale:

		SIAV C metro	SIAV C nord	SIAV C sud	Totale 2016
sorveglianza su benessere animali da reddito	allevamenti soggetti a controllo esistenti nel periodo considerato	5	396	603	1.004
	allevamenti risultati non conformi	2	4	4	10
	allevamenti controllati nel periodo considerato	5	141	60	206
vigilanza e controllo su impiego animali in sperimentazione	esistenza anagrafe impiego animali in sperimentazione		0	si	0
	controlli eseguiti nel periodo considerato	1	0	0	1
	controlli con giudizio di non conformità	0	0	0	0
controllo mangimi e alimentazione animale	sopralluoghi con giudizio di non conformità	0	3	0	3
	sopralluoghi nel periodo considerato	16	104	207	327
controllo sull'impiego del farmaco veterinario	sopralluoghi effettuati	62	171	58	291
	aziende soggette a controllo con funzioni di distribuzione o vendita di farmaci veterinari	150	15	2.567	2.732
farmaco veterinario	sopralluoghi con giudizio di non conformità	1	4	9	14
attività di informazione e comunicazione	presenza sportello informativo formalmente istituito ed attivato		0		0
	ore settimanali di apertura dello sportello informativo al pubblico	38	0	0	38
	eventi di formazione nel periodo organizzati dall'asl	0	2	0	2
	persone formate nel periodo	0	54	0	54
	prodotti di informazione e comunicazioni	0	0	0	0

Principali dati relativi alla copertura vaccinale

Nell'anno 2016 la copertura vaccinale della popolazione residente nell'ambito dell'Area Metropolitana di Bari confrontata con quella della Regione Puglia viene di seguito rappresentata:

	ASL BA	PUGLIA
Esavalente	91,15%	93,34%
MPR	83,45%	85,88%
Meningococco	72,58%	78,64%
Pneumoococco	88,29%	91,45%
HPV	44,36%	56,36%
Influenza (anziani)	57,90%	58,40%

Principali dati relativi agli screening oncologici

Relativamente all'estensione ed alla adesione della popolazione target dell'Area Metropolitana di Bari, di seguito è rappresentato lo scostamento percentuale riferito al triennio 2015-2017:

SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

	2015		2016		2017 (al 31/10/2017)	
	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.
Estensione	94%	70%	97%	80%	87%	100%
Adesione	33%	35%	33%	40%	35%	50%

SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

	2015		2016		2017 (al 31/10/2017)	
	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.
Estensione	43%	60%	27%	80%	25%	100%
Adesione	39%	65%	43%	65%	52%	65%

Dipendenze Patologiche

Il Dipartimento Dipendenze Patologiche (DDP) è la struttura che ha il compito di fornire assistenza e trattamento alle persone, alle famiglie e alla popolazione in generale per superare e prevenire ogni forma di rischio, uso o dipendenza da sostanze psicoattive, patologie correlate o altre situazioni comportamentali (es: gioco d'azzardo, sostanze stupefacenti e psicotrope) in grado di creare dipendenze patologiche, al fine di promuovere uno stile di vita sano, offrendo sempre e comunque risposte alle richieste di aiuto ai cittadini-clienti.

Le finalità tendono a sviluppare una serie di azioni concertate e coordinate per perseguire gli obiettivi della politica sociosanitaria Regionale ed aziendale, attraverso il coordinamento di tutte le Unità Operative del pubblico e del privato sociale accreditato che si occupano delle dipendenze patologiche.

Il DDP si articola nelle seguenti strutture:

U.O.C. DEL NORD BARESE

Comuni afferenti: Bari, Adelfia, Bitetto, Bitritto, Bitonto, Capurso, Cellamare, Corato, Giovinazzo, Modugno, Mola di bari, Molfetta, Noicattaro, Palo del Colle, Rutigliano, Ruvo di Puglia, Terlizzi, Triggiano, Valenzano.

U.O.C. DEL SUD BARESE

Comuni afferenti: Acquaviva, Alberobello, Altamura, Binetto, Casamassima, Cassano, Castellana, Conversano, Gioia del Colle, Gravina, Grumo, Locorotondo, Monopoli, Noci, Polignano, Poggiorsini, Putignano, Sammichele, Sannicandro, Santeramo, Toritto, Turi.

Di seguito sono riportati gli utenti in carico al Dipartimento delle Dipendenze Patologiche riferiti al triennio 2015-2017 e le principali prestazioni erogate per il medesimo periodo di riferimento.

Confronto dei dati relativi agli utenti in carico al D.D.P. nel triennio 2015-2017

UTENTI IN CARICO	2015	2016	2017
Tossicodipendenti (sostanze illegali e/o farmaci NON prescritti)	2.154	2.335	2.401
Alcolisti	515	540	517
Tabagisti	2	1	2
Giocatori d'azzardo	195	200	217
Altre dipendenze comportamentali	29	20	40
Appoggiati provvisori	210	171	182
Attività medico-legale (patenti, ecc.)	585	164	187
Altre consulenze	574	765	1.181
Segnalati da prefettura (art.121 o 75) - accesso al Serd senza tratt.	691	521	460
TOTALE	4.955	4.717	5.187

Confronto dei dati relativi alle prestazioni del D.D.P. nel triennio 2015-2017

PRESTAZIONI	2015	2016	2017
Attività rivolte al paziente condivise dall'equipe	15.714	13.649	15.389
Colloqui per management clinico (svolti da più operatori)	15.236	14.812	15.549
Attività mediche	10.337	11.518	11.747
<i>Visite mediche 1°</i>	1.427	1.484	1.452
<i>Visita controllo</i>	8.341	9.614	9.489
<i>Visite psichiatriche</i>	349	151	181
<i>Colloquio psichiatrico</i>	84	31	52
<i>Colloquio psichiatrico controllo</i>	100	174	514
<i>Visita specialistica domiciliare</i>	36	64	59
Attività infermieristiche	128.843	133.881	130.073
<i>Attività infermieristiche professionali</i>	20.491	5.206	23.075
<i>Test stupefacenti</i>	4.109	20.784	3.321
<i>Somministrare farmaci e vaccini</i>	104.243	107.891	103.677
Attività psicologiche	8.208	8.537	9.262
<i>Colloquio psicologico clinico</i>	5.207	6.095	5.996
<i>Test psicologici</i>	849	644	848
<i>Psicoterapie individuali</i>	1.358	1.061	1.544
<i>Psicoterapie di coppia</i>	499	368	615
<i>Psicoterapie gruppo</i>	295	369	259
Attività di assistenza sociale	2.499	2.063	1.961
Attività educative	3.205	3.841	3.146
<i>Interv. socio educativi di gruppo</i>	1.124	1.430	715
<i>Colloquio socio-educativo motivazionale</i>	2.081	2.411	2.431
Attività amministrative	7.679	8.682	7.974
Formazione	508	481	439
Prevenzione (nel territorio, ecc)	1.504	1.520	1.927
TOTALE	193.733	198.984	197.462

Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale (D.S.M.) è la struttura unitaria attraverso cui l'Azienda assicura tutti i servizi e le attività necessarie alla tutela e alla promozione della salute mentale nei confronti della popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento.

Il D.S.M. offre i suoi servizi ai cittadini di ogni fascia d'età ed attua i suoi interventi in un sistema di rete interistituzionale che coinvolge anche altri servizi e strutture dell' Azienda nonché tutti i soggetti, pubblici e privati, che concorrono alla tutela della salute mentale (Enti, Istituzioni, Associazioni e Cooperative del privato sociale ed imprenditoriale, Associazioni di familiari e utenti, gruppi di aiuto e di mutuo aiuto).

Il D.S.M. è pertanto in grado di rispondere all' intera domanda psichiatrica del territorio di riferimento e svolge, in maniera coordinata ed integrata, attività di prevenzione dei disturbi psichici, nonché di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo per i cittadini affetti da disturbi mentali

Il D.S.M. si articola nelle seguente strutture:

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 1

Comuni afferenti: Molfetta: Giovinazzo, Corato, Ruvo di Puglia, Terlizzi

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 2

Comuni afferenti: Altamura, Acquaviva delle Fonti, Gravina in Puglia, Poggiorsini, Santeramo in Colle, Cassano delle Murge, Toritto, Binetto, Sannicandro, Grumo Appula

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 3

Comuni afferenti: Modugno , Bitetto, Bitritto, Bitonto, Palo Del Colle

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 4

Comuni afferenti: Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 5

Comuni afferenti: Mola di Bari , Rutigliano, Noicattaro, Conversano, Monopoli, Polignano

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 6

Comuni afferenti: Triggiano, Adelfia, Capurso, Cellamare, Valenzano. Gioia Del Colle, Casamassima, Turi, Sammichele di Bari

CENTRO DI SALUTE MENTALE AREA 7

Comuni afferenti: Putignano, Castellana Grotte, Alberobello, Locorotondo, Noci

UOC NEUROPSICHIATRIA DELL' INFANZIA E DELL' ADOLESCENZA

UOC PSICOLOGIA CLINICA

UOSVD - DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE (DCA) "Salvatore Cotugno" - Altamura

SERVIZI PSICHIATRICI DI DIAGNOSI E CURA (SPDC):

SPDC P.O. Murgia

SPDC P.O. Di Venere - Stabilimento Triggiano



Di seguito è riportato il numero di ricoveri, riferito all'anno 2016, erogati dalle strutture residenziali e semiresidenziali del Dipartimento di Salute Mentale.

	N. Ricoveri
SPDC	689
SPDC Ospedale "Fallacara" Triggiano	409
SPDC ospedale della Murgia	280
Residenzialità adulti	434
CRAP	274
Comunità Alloggio	90
Gruppi Appartamento	70
Semiresidenzialità per adulti	260
Residenzialità e Semiresidenzialità per minori	74

Viene inoltre rappresentato il numero di pazienti assistiti nell'anno 2016 dai Centri di Salute Mentale, dalla Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e dal Centro per i Disturbi del comportamento alimentare afferenti al Dipartimento di Salute Mentale

	N. pazienti
Disturbi del comportamento alimentare	
N. pazienti seguiti	215
C.S.M.	
Contatti attivi	15.011
N.P.I.A.	
Integrazione scolastica (minori con insegn. di sostegno)	4.121
Varia utenza neuropsichiatrica	2.500

Mandato Istituzionale e missione

La “missione” identifica la ragion d’essere e l’ambito in cui l’Azienda opera in termini di politiche ed azioni perseguite e rappresenta l’esplicitazione dei principi fondamentali che guidano la scelta degli obiettivi che si intende perseguire.

I Principi su cui è fondata l’organizzazione dell’Azienda sono:

- Centralità del cittadino
- Decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità
- Unitarietà del disegno organizzativo
- Innovazione gestionale e tecnologica
- Fruibilità del servizio
- Gestione per processi
- Modello professionale basato sulla progressiva realizzazione del governo clinico
- Pianificazione dell’offerta socio-sanitaria e dei luoghi di fruizione
- Continuità dei percorsi di cura
- Sussidiarietà, la concertazione e la partecipazione
- Semplificazione delle procedure e dei percorsi
- Umanizzazione del rapporto di assistenza
- Accoglienza e la Comunicazione efficace ed eticamente corretta



Analisi del contesto

Analisi del contesto esterno

La popolazione residente al 01/01/2017 per Comune dell'Area Metropolitana di Bari e per Distretto è la seguente:

DISTRETTO	Nome Comune	0		1 - 4		5 - 14		15 - 44		45 - 64		65 - 74		+ di 74		TOTALE		Totale per DSS
		Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine	
DSS n.1	Giovinazzo	73	79	325	292	945	844	3631	3692	2791	3081	1223	1322	883	1215	9871	10525	80019
	Molfetta	233	200	1013	882	2681	2638	10627	10454	7979	8701	3518	3769	2889	4039	28940	30683	
DSS n.2	Corato	202	179	893	843	2671	2464	9348	9365	6516	6976	2220	2597	1618	2421	23468	24845	100714
	Ruvo di Puglia	93	97	405	438	1297	1267	4825	4662	3392	3634	1305	1408	1106	1528	12423	13034	
	Terlizzi	119	126	482	450	1363	1230	5402	5213	3792	3841	1347	1364	916	1299	13421	13523	
DSS n.3	Bitonto	224	227	1002	902	2876	2727	10942	10824	7865	8203	2566	2720	1774	2502	27249	28105	76915
	Palo del Colle	98	76	412	345	1237	1156	4212	4217	2949	3046	1046	1030	748	989	10702	10859	
DSS n.4	Altamura	365	341	1438	1397	4187	4099	14770	14275	9020	9406	2633	3016	2242	3406	34655	35940	142575
	Gravina in Puglia	169	177	834	755	2514	2434	9072	8861	5625	5830	1755	1950	1632	2162	21601	22169	
	Poggiorsini	7	3	14	19	69	62	384	248	201	200	53	68	74	84	802	684	
	Santeramo in Colle	110	110	485	433	1369	1339	5331	5150	3555	3649	1297	1379	1081	1436	13228	13496	
DSS n.5	Acquaviva delle Fonti	83	78	356	319	924	871	3773	3727	2878	3167	1077	1159	951	1397	10042	10718	69017
	Binetto	7	11	50	45	126	97	464	446	312	326	111	96	70	95	1140	1116	
	Cassano delle Murge	80	58	279	243	730	702	2903	2805	2059	2185	716	702	521	793	7288	7488	
	Grumo Appula	47	44	221	204	660	638	2618	2379	1751	1713	633	696	525	683	6455	6357	
	Sannicandro di Bari	54	33	192	164	491	471	2056	1843	1424	1422	446	433	397	526	5060	4892	
	Toritto	31	32	141	138	368	411	1684	1586	1154	1199	435	403	372	507	4185	4276	
DSS di Bari	Bari	1130	1084	4891	4710	14516	13729	56920	55057	45867	50720	17393	20625	14968	22588	155685	168513	324198
DSS n.9	Bitetto	54	52	251	260	684	672	2407	2371	1576	1567	564	563	417	561	5953	6046	61741
	Bitritto	61	38	227	217	595	546	2217	2196	1662	1784	523	504	319	410	5604	5695	
	Modugno	172	155	705	674	1975	1930	7295	7273	5286	5545	2114	2260	1325	1734	18872	19571	
DSS n.10	Adelfia	63	55	284	303	839	760	3166	3188	2526	2581	832	905	683	954	8393	8746	83836
	Capurso	82	71	306	288	793	775	2931	3015	2203	2276	785	850	591	715	7691	7990	
	Cellamare	25	30	139	108	331	337	1149	1181	850	859	218	212	149	201	2861	2928	
	Triggiano	120	88	461	434	1343	1270	5069	5143	3914	4101	1385	1487	975	1457	13267	13980	
	Valenzano	68	62	286	268	894	817	3188	3242	2676	2858	976	1045	679	921	8767	9213	
DSS n.11	Mola di Bari	95	86	373	357	1181	1071	4650	4427	3657	3784	1486	1562	1201	1624	12643	12911	70468
	Noicattaro	135	117	471	432	1342	1302	5240	5176	3752	3885	1228	1211	865	1141	13033	13264	
	Rutigliano	85	73	323	326	905	878	3604	3506	2594	2675	898	917	799	1034	9208	9409	
DSS n.12	Conversano	103	91	473	416	1219	1237	4828	4801	3705	3835	1341	1487	1139	1469	12808	13336	93188
	Monopoli	192	183	782	713	2180	2067	8940	8776	7231	7495	2515	2849	2060	3047	23900	25130	
	Polignano a Mare	60	78	310	272	783	796	3408	3359	2543	2653	950	983	750	1069	8804	9210	
DSS n.13	Casamassima	106	91	407	406	1080	995	3779	3832	2782	2867	893	966	712	930	9759	10087	67050
	Gioia del Colle	115	84	477	428	1270	1158	4989	4794	3801	4035	1572	1713	1318	1913	13542	14125	
	Sammichele di Bari	19	22	99	82	257	235	1128	1042	817	926	379	465	444	584	3143	3356	
	Turi	60	55	203	245	582	617	2371	2349	1842	1917	635	714	626	822	6319	6719	
DSS n.14	Alberobello	39	41	151	151	454	428	1911	1854	1482	1593	616	652	547	816	5200	5535	90421
	Castellana Grotte	62	77	353	353	878	824	3557	3660	2750	2970	1013	1072	797	1170	9410	10126	
	Locorotondo	65	48	236	201	639	592	2568	2520	1974	2149	718	770	697	979	6897	7259	
	Noci	60	64	306	245	828	750	3500	3377	2822	2973	975	1087	879	1345	9370	9841	
	Putignano	100	91	396	353	1189	1080	4687	4589	3952	4122	1519	1666	1247	1792	13090	13693	
TOTALE PROVINCIA																614749	645393	1.260.142



Di seguito si riportano alcuni indici demografici della popolazione della Città Metropolitana di Bari, calcolati sulla base delle rilevazioni ISTAT.

L'analisi prende in considerazione il contesto demografico dell'Area Metropolitana di Bari: i dati riferiti ai principali indicatori demografici sono stati tratti dalle rilevazioni ISTAT.

Periodo	2013	2014	2015	2016	2017
tasso di natalità (per mille abitanti)	8,4	8,2	7,9	7,9	..
tasso di mortalità (per mille abitanti)	8,3	8,6	9,1	8,6	..
crescita naturale (per mille abitanti)	0,1	-0,4	-1,2	-0,8	..
tasso di nuzialità (per mille abitanti)	3,8	3,6	3,6	3,9	..
saldo migratorio interno (per mille abitanti)	-2,1	-2,2	-1,5	-2,5	..
saldo migratorio con l'estero (per mille abitanti)	1,4	1,3	1,5	0,9	..
saldo migratorio per altro motivo (per mille abitanti)	13,1	4,7	-0,8	-0,6	..
saldo migratorio totale (per mille abitanti)	12,4	3,9	-0,9	-2,1	..
tasso di crescita totale (per mille abitanti)	12,5	3,5	-2	-2,9	..
numero medio di figli per donna	1,28	1,28	1,26	1,27	..
età media della madre al parto	31,7	31,7	31,9	32,1	..
speranza di vita alla nascita - maschi	80,8	81,1	80,8	81,2	..
speranza di vita a 65 anni - maschi	19,1	19,3	19,1	19,7	..
speranza di vita alla nascita - femmine	85	85,1	84,8	85,4	..
speranza di vita a 65 anni - femmine	22,2	22,2	22,1	22,5	..
speranza di vita alla nascita - totale	82,8	83,1	82,8	83,3	..
speranza di vita a 65 anni - totale	20,7	20,7	20,6	21,1	..
popolazione 0-14 anni al 1° gennaio (valori percentuali) - al 1° gennaio	14,4	14,2	14	13,8	13,6
popolazione 15-64 anni (valori percentuali) - al 1° gennaio	66,7	66,4	66,2	66	65,7
popolazione 65 anni e più (valori percentuali) - al 1° gennaio	18,9	19,4	19,8	20,3	20,7
indice di dipendenza strutturale (valori percentuali) - al 1° gennaio	50	50,6	51,1	51,6	52,1
indice di dipendenza degli anziani (valori percentuali) - al 1° gennaio	28,4	29,2	29,9	30,7	31,5
indice di vecchiaia (valori percentuali) - al 1° gennaio	131,2	136,3	141,6	147,1	152,7
età media della popolazione - al 1° gennaio	42,6	42,9	43,2	43,5	43,9

Indice di dipendenza strutturale

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).

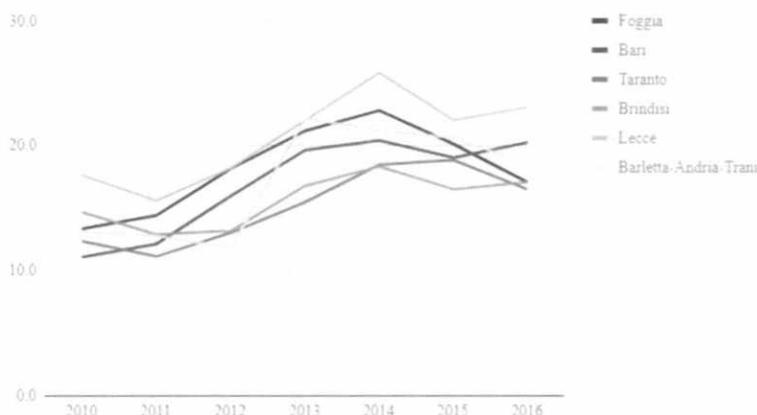
Indice di dipendenza strutturale degli anziani

Rappresenta il rapporto tra la popolazione di età 65 anni e più e la popolazione in età attiva (15-64 anni), moltiplicato per 100.

Sono inoltre stati considerati altri indicatori socio-demografici riferiti ai rispettivi periodi come di seguito rappresentato:

ANNI	Tasso di disoccupazione
2004	14,50
2005	13,46
2006	13,19
2007	9,54
2008	10,26
2009	11,04
2010	11,11
2011	12,15
2012	16,00
2013	19,65
2014	20,44
2015	19,05
2016	20,27

Tasso di disoccupazione per province. Puglia. Anni 2010-2016



Alcuni indicatori sono stati confrontati con i dati disponibili per l'anno 2016 a livello regionale e nazionale:

	tasso di mortalità (per mille abitanti)	speranza di vita alla nascita	speranza di vita a 65 anni	speranza di vita a 85 anni	età media al decesso	probabilità di morte a 0 anni (per mille)
Italia	10,1	82,8	20,7	6,6	80,7	3
Puglia	9,2	82,8	20,8	6,7	80,1	3,1
Bari	8,6	83,3	21,1	6,7	80	3,1

	tasso di fecondità totale	età media delle madri al parto	età media dei padri alla nascita
Italia	1,34	31,78	35,34
Puglia	1,25	31,72	35,09
Bari	1,27	32,13	35,41

Da un'analisi sommaria dei dati sopra rappresentati, in termini di transizioni epidemiologiche, si conferma il trend nazionale che vede una popolazione caratterizzata da indici di vecchiaia e di invecchiamento in sistematico aumento, tanto per il sostanziale miglioramento della qualità di vita e della qualità delle cure erogate, quanto per il rapporto sfavorevole tra l'indice di natalità, benché stazionario rispetto all'anno precedente, e l'indice di mortalità.

Questi fondamentali indicatori determinano il profilo della comunità assistenziale servita dall'Azienda ASL Bari e devono essere il principio ispiratore di tutte le decisioni strategiche aziendali, determinando un costante e progressivo adeguamento della struttura dell'offerta sanitaria, orientando le risorse disponibili al potenziamento delle prestazioni legate alla cura della cronicità e della non autosufficienza.

Evidentemente, il profilo demografico e la tendenza epidemiologica rappresentati determinano precisi risvolti economico-finanziari, che devono essere necessariamente tenuti in considerazione nelle attività di pianificazione e programmazione; a titolo esemplificativo ma non esaustivo si rappresenta che, tenendo presente tutte le tipologie di esenzione, il numero di esenzioni da ticket, nell'esercizio 2016, è stato pari a

circa n.228.306 unità per motivi di età e di reddito e n.824.899 per altri motivi. Va comunque precisato che alcuni cittadini beneficiano di più esenzioni.

Analisi del contesto interno

Modello organizzativo

L'Azienda garantisce l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) attraverso:

- le strutture dei Dipartimenti Territoriali di Prevenzione, della Salute Mentale e delle Dipendenze Patologiche distribuite nel territorio aziendale;
- le strutture dei n.12 Distretti Socio Sanitari in cui è suddiviso il territorio dell'ASL;
- n.9 Ospedali a gestione diretta.

La Direzione Aziendale della ASL Bari opera avvalendosi di una struttura organizzativa composta delle seguenti Unità Operative di staff:

- Servizio delle Professioni Sanitarie
- Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale
- Servizio Sorveglianza Sanitaria e Radioprotezione
- Struttura Burocratico-Legale
- Struttura Rischio Clinico e Qualità
- U.O.S.E. (Unità Operativa Statistica ed Epidemiologia)
- U.R.P. (Ufficio Relazioni con il Pubblico)
- U.V.A.R.P. (Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri e delle Prestazioni sanitarie in ambito pubblico e privato)
- Ufficio Formazione
- Unità Operativa Analisi e Sviluppo Sistema Informativo
- Unità Operativa Controllo di Gestione
- Unità Operativa Gestione Rapporti Convenzionali
- Unità Operativa Ingegneria clinica – HTA
- Unità Operativa Privacy, Trasparenza ed Anticorruzione

L'organizzazione tecnico-amministrativa si basa sulla strutturazione di 5 Aree di Gestione:

- Area Gestione Economico-Finanziaria
- Area Gestione Patrimonio
- Area Gestione Risorse Umane
- Area Gestione Tecnica
- Area Servizio Socio Sanitario

L'organizzazione sanitaria, aggiornata con la D.D.G. n. 687 del 17.04.2014, si articola nei seguenti Dipartimenti Ospedalieri:

- Dipartimento aziendale area Chirurgica
- Dipartimento aziendale Area Critica
- Dipartimento aziendale area Medica
- Dipartimento aziendale Cardiologia



- Dipartimento aziendale Gestionale del Farmaco
- Dipartimento aziendale Immuno-Trasfusionale
- Dipartimento aziendale Materno Infantile
- Dipartimento aziendale Medicina di Laboratorio
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Nefro-Urologico
- Dipartimento aziendale medico-chirurgico Neurosensoriale
- Dipartimento aziendale Radiodiagnostica
- Dipartimento aziendale Servizi Direzionali

e nei seguenti Dipartimenti Territoriali:

- Dipartimento di Prevenzione
- Dipartimento di Salute Mentale
- Dipartimento delle Dipendenze Patologiche
- Dipartimento dell'Assistenza Primaria ed Intermedia (dal 06.08.2015 vacante nel ruolo di Direttore di Dipartimento)
- Dipartimento Funzionale della Riabilitazione (con Deliberazione del Direttore Generale n.457 del 09/03/2016 il livello assistenziale riabilitativo è stato ricondotto, in via transitoria e sino alla ricostituzione di un nuovo Dipartimento funzionale di Riabilitazione, nell'ambito dei Distretti Socio Sanitari).

Risorse umane

Il personale rappresenta un vero e proprio patrimonio per l'organizzazione aziendale e pertanto la Direzione Strategica ha posto la massima attenzione sulle risorse umane per non trascurare gli aspetti legati allo sviluppo ed alla crescita professionale.

Il numero medio del personale dipendente in servizio presso l'Azienda Sanitaria Locale di Bari nel corso del 2016 è stato pari a n. 8.656, nel corso del 2017 è stato pari a n. 8.428 unità.

Per l'anno 2017 vanno aggiunti n.1011 Medici di Medicina Generale (MMG), n.183 Pediatri di libera scelta (PLS), n.318 medici specialisti ambulatoriali interni, n.369 medici di continuità assistenziale e del territorio.

Il totale degli operatori aziendali è quindi pari a n.10309.

Il numero medio del personale dipendente nel 2017, rispetto al 2016, si è ridotto di circa il 2,6% anche a causa della cessione delle UU.OO. di Anatomia Patologica e Chirurgia Toracica, insieme ad alcune unità di personale medico anestesista e radiologo, dell'Ospedale San Paolo e della U.O. di Oncologia dell'Ospedale "Di Venere" all'IRCCS Istituto Tumori di Bari "Giovanni Paolo II".

Area	2016					2017				
	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo	TOTALE	Ruolo Sanitario	Ruolo Tecnico	Ruolo Professionale	Ruolo Amministrativo	TOTALE
Direzione e Aree di Gestione	78,6	174,1	10,7	224,5	488	83	167	9	193	452
Dipartimenti Territoriali	1 037,3	172,5	1,0	134,8	1 346	1 130	159	1	133	1 423
Ospedali	3 685,8	733,8	3,0	218,8	4 641	3 605	703	3	213	4 523
Distretti	1 517,8	318,3		344,9	2 181	1 416	294		320	2 030
TOTALE AZIENDA	6 319	1 399	15	923	8 656	6 234	1 322	12	860	8 428

Riepilogo per Sesso

Rispetto all'analisi per genere del personale dipendente, si evidenzia come in confronto al 2016, questa è rimasta sostanzialmente invariata: circa 41% per gli uomini e circa 59% per le donne.



Anno	2016		2017	
	N	%	N	%
Donne	5 040	58.3%	4 964	58.9%
Uomini	3 609	41.7%	3 464	41.1%
Totale	8 649	100.0%	8 428	100.0%

Riepilogo per età

Rispetto all'analisi per età del personale dipendente, di seguito rappresentata, si rileva che la classe di età maggiormente popolata è quella dai 50 ai 59 anni con una percentuale pari a circa il 41% del totale nel 2017. La fascia d'età al di sopra dei 50 anni per il 2017 è pari al 62%, di cui ben il 21,1% al di sopra dei 60 anni. Tale analisi comporta una riflessione sulle politiche di gestione del personale dipendente e sulla organizzazione aziendale.

Anno	2016		2017	
	N	%	N	%
20-29	114	1.3%	164	1.9%
30-39	885	10.2%	917	10.9%
40-49	2 263	26.2%	2 123	25.2%
50-59	3 627	41.9%	3 444	40.9%
>60	1 762	20.4%	1 779	21.1%
TOTALE AZIENDA	8 651	100.0%	8 428	100.0%

Riepilogo per Tipo rapporto di lavoro

L'analisi del personale dipendente relativamente al tipo di rapporto di lavoro evidenzia un incremento della incidenza del personale a tempo determinato sul totale del personale dipendente, tra il 2016 ed il 2017, di una percentuale pari a circa il 1,4%. L'incremento è riferito in maniera preponderante al profilo del Comparto Infermieri, per il quale è stato necessario sostituire il personale cessato a vario titolo, per garantire la corretta erogazione dei LEA, nelle more della conclusione della procedura concorsuale avvenuta nel mese di dicembre 2017.

Qualifica	2016			2017		
	Determinato	Indeterminato	Totale	Determinato	Indeterminato	Totale
Dirigenti Medici	184	1 461	1 645	108	1 521	1 629
Dirigenti Sanitari non Medici	9	177	185	13	181	194
Pers. Comparto Infermieri	387	3 046	3 433	542	2 848	3 390
Pers. Tecnico Sanitario	65	432	498	63	413	476
Altro Pers. Di comparto	36	527	563	56	488	544
Totale Ruolo Sanitario	681	5 642	6 324	782	5 452	6 234
Dirigenti	1	7	8	1	7	8
Personale di Comparto	14	1 375	1 388	10	1 304	1 314
Totale Ruolo Tecnico	15	1 382	1 397	11	1 311	1 322
Dirigenti	2	8	10	3	6	9
Personale di Comparto	1	2	3	1	2	3
Totale Ruolo Professionale	3	10	13	4	8	12
Dirigenti	1	16	17	2	14	15
Personale di Comparto	4	903	906	3	842	845
Totale Ruolo Amministrativo	5	918	923	5	856	860
TOTALE AZIENDA	704	7 952	8 656	802	7 626	8 428

Turnover

L'analisi del *turnover*, ossia la differenza tra nuove assunzioni e cessazioni dei rapporti di lavoro, rivela nel 2017 un incremento di oltre il 25% delle assunzioni rispetto all'anno precedente ed un incremento di oltre il 36% delle cessazioni.

Nel 2016 la percentuale del personale in quiescenza rispetto a tutti i cessati è pari a quasi il 65%, mentre nel 2017 la stessa percentuale scende a quasi il 54%. I restanti casi sono dovuti a dimissioni volontarie, mobilità all'interno del SSR e altri motivi.

	Anno 2016	Anno 2017
ASSUNTI	485	607
CESSATI	537	731
di cui in quiescenza	348	393

Sorveglianza sanitaria

I giudizi di idoneità o inidoneità alla mansione, distinguibile tra temporanea o permanente, con prescrizioni/limitazioni al 31.12.2016 hanno riguardato in totale 649 unità, pari a circa il 7,7% rispetto al numero medio del personale dipendente.

Permessi previsti per l'assistenza, l'integrazione sociale ed i diritti dei disabili (L.n.104/92)

Il personale dipendente che fruisce dei permessi per l'applicazione della L.n.104/92 è aumentato tra il 2016 ed il 2017 di quasi il 2%. L'incidenza di questo personale sul totale dei dipendenti nel 2016 è stata pari ad oltre il 21,6%, mentre nel 2017 è stata pari ad oltre il 22,6%.

ANNO	2016		2017	
	N.	%	N.	%
RUOLO SANITARIO	1 319	20.9%	1 343	21.5%
Dirigenti	346	18.9%	341	18.7%
Comparto	973	21.7%	1 002	22.7%
RUOLO TECNICO	320	22.9%	327	24.7%
Dirigenti	-	0.0%	1	12.5%
Comparto	320	23.0%	326	24.8%
RUOLO PROFESSIONALE	1	7.8%	-	0.0%
Dirigenti	1	10.2%	-	0.0%
Comparto	-	0.0%	-	0.0%
RUOLO AMMINISTRATIVO	232	25.1%	237	27.6%
Dirigenti	2	11.9%	3	19.5%
Comparto	230	25.4%	234	27.7%
TOTALE ASL BA	1 872	21.6%	1 907	22.6%

Formazione

L'attività di formazione del personale dipendente del ruolo sanitario ed amministrativo è cresciuta nel triennio per numero di corsi, per numero di edizioni e per numero di partecipanti.

ANNO	N. corsi	N. edizioni	N. partecipanti
2015	99	271	8.137
2016	95	293	9.629
2017	128	374	10.986



Risorse tecnologiche

Risorse Tecnologiche

Le grandi attrezzature biomedicali installate nell'ASL Bari sono riportate di seguito:

- n. 4 Sistemi per angiografia
- n. 2 Gamma camera computerizzate
- n. 18 Mammografi digitali
- n.4 R.M.
- n.17 T.A.C.

La spesa sostenuta per la manutenzione delle attrezzature tecnico scientifiche sanitarie relativa all'esercizio 2016 è stata di Euro 10.413.000,00.

Risorse ICT

Le tecnologie ICT sono quantificate in:

- circa n.6200 postazioni lavoro (PC)
- circa n.7700 apparecchi telefonici con tecnologia IP
- n.20 server fisici
- circa n.130 server virtuali

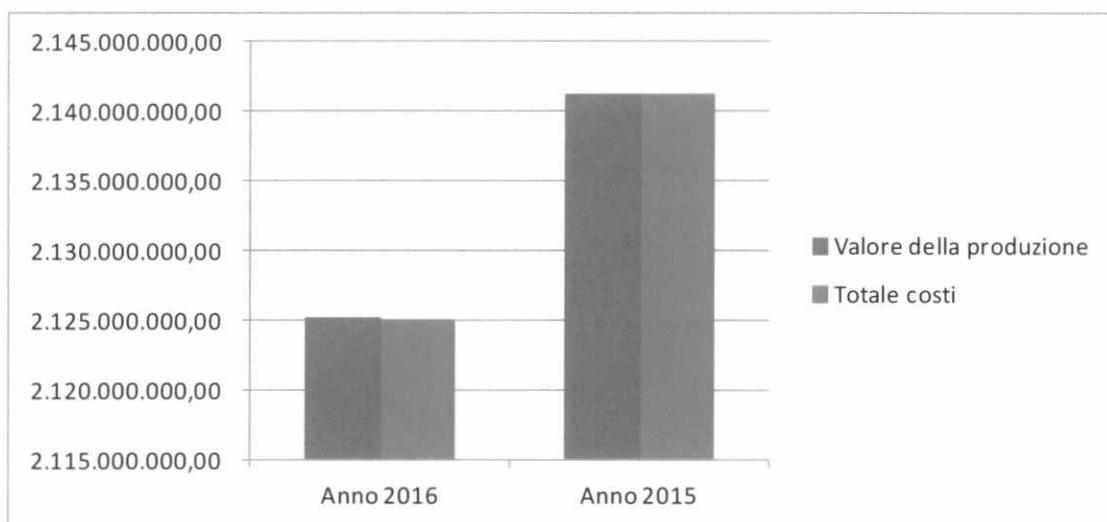
Quadro economico-finanziario degli anni 2015-2016

La gestione economico finanziaria dell'esercizio 2016 è stata improntata al rispetto delle misure di contenimento e razionalizzazione della spesa pubblica, introdotte nell'ordinamento nel corso degli ultimi anni con riferimento a specifiche tipologie di spesa, applicabili direttamente o indirettamente agli enti e alle aziende del sistema sanitario nazionale e regionale, in quanto disposizioni di principio ai fini del coordinamento della finanza pubblica.

Di seguito il riepilogo dei dati di bilancio più significativi riferiti agli esercizi 2015-2016 ed una analisi più dettagliata sugli scostamenti relativi ai soli Costi della produzione il cui monitoraggio è condizione imprescindibile per la sostenibilità di tutto il Ciclo della Performance e per il raggiungimento del fondamentale pareggio di bilancio aziendale.



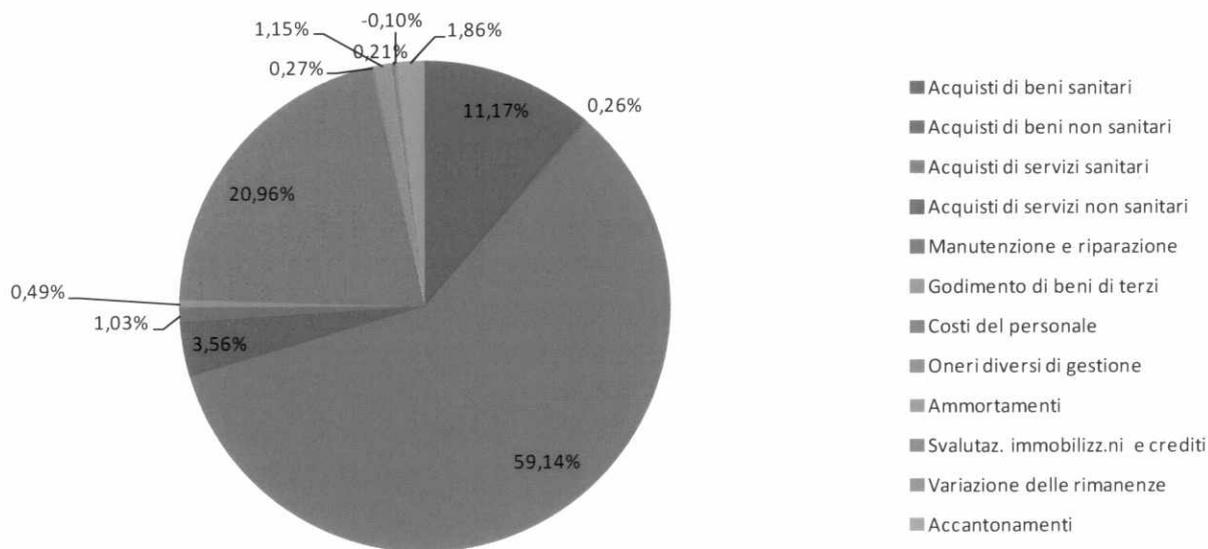
Scostamento macro-aggregati di bilancio			
	Anno 2016	Anno 2015	
Valore della produzione	2.125.179.000,00	2.141.318.000,00	-0,8%
Costi della produzione	2.096.316.000,00	2.109.186.000,00	-0,6%
Altri costi	28.830.000,00	32.110.000,00	-11,4%
Totale costi	2.125.146.000,00	2.141.296.000,00	-0,8%
Risultato di esercizio	33.000,00	22.000,00	33,3%



Scostamento macro-aggregati dei costi della produzione

	Anno 2016	Incid. sul totale costi 2016	Anno 2015	Incid. sul totale costi 2015
Acquisti di beni sanitari	234.189,00	11,17%	224.639,00	10,65%
Acquisti di beni non sanitari	5.416,00	0,26%	5.898,00	0,28%
Acquisti di servizi sanitari	1.239.694,00	59,14%	1.259.175,00	59,70%
Acquisti di servizi non sanitari	74.716,00	3,56%	78.195,00	3,71%
Manutenzione e riparazione	21.597,00	1,03%	24.210,00	1,15%
Godimento di beni di terzi	10.174,00	0,49%	8.683,00	0,41%
Costi del personale	439.477,00	20,96%	442.208,00	20,97%
Oneri diversi di gestione	5.588,00	0,27%	5.948,00	0,28%
Ammortamenti	24.160,00	1,15%	23.393,00	1,11%
Svalutaz. immobilizz.ni e crediti	4.384,00	0,21%	2.587,00	0,12%
Variazione delle rimanenze	- 2.121,00	-0,10%	2.644,00	0,13%
Accantonamenti	39.042,00	1,86%	31.606,00	1,50%
Totale costi della produzione	2.096.316,00	100,00%	2.109.186,00	100,00%

Incidenza sul totale costi 2016





Allegato C

Analisi del processo di prevenzione della corruzione della ASL di Bari

<p>PUNTI DI FORZA (interni)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Forte sostegno della direzione generale al Responsabile Prevenzione Corruzione • Buon clima all'interno dell'azienda relativo al Piano Prevenzione Corruzione • Alcune risorse investite da azienda per formazione • Analisi in corso di tutti i processi amministrativi • Lavoro aziendale sul cambiamento organizzativo che favorisce la riorganizzazione delle procedure legata alla gestione del rischio • Buon rapporto con i Sindacati • Buon rapporto con OIV, CUG e Collegio Sindacale • Accoglienza nuovi assunti e comunicazione su prevenzione corruzione e trasparenza 	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA (interni)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rete e Manuale dei controlli da rivedere • Mancanza informatizzata dei controlli interni • Poche risorse dedicate a gestione rischio di corruzione • Lavoro con medici convenzionati da impostare (MMG, PLS, medici specialisti ambulatoriali) • Scarso senso di appartenenza dei dipendenti ai valori aziendali • Difficoltà di comunicazione verticale e orizzontale all'interno delle Macrostrutture
<p>OPPORTUNITA' (esterne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Società civile rappresentata nel CCM • Ordini medici e professionali collaborativi • Collaborazione con altre aziende sanitarie e con Comuni con Rete Provinciale Integrità • Stretta collaborazione con Regione • Nuovo sistema di valutazione performance • Rete regionale anticorruzione 	<p>MINACCE (esterne)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informazione scientifica aggressiva ed efficace su specialisti • Rete sui dispositivi medici non così forte come quella del farmaco





Allegato D

Piano delle Azioni 2018-2019-2020

Programmazione e valutazione delle attività	
Affidamento di beni, servizi e forniture	
Affidamento di lavori pubblici.....	
Acquisizione e progressione del personale.....	
Fatturazione, liquidazione e rendicontazione economica.....	
Rapporti con medici convenzionati e controlli ispettivi e disciplinari ..	
Valutazione delle tecnologie sanitarie e dei percorsi assistenziali	
Donazioni da esterni.....	
Assistenza Farmaceutica.....	
Formazione.....	
Assistenza territoriale.....	
Assistenza Salute Mentale e dipendenze patologiche.....	
Vigilanza, controlli e autorizzazioni sanità pubblica.....	
Assistenza ospedaliera.....	
Altre procedure.....	
Misure generali di prevenzione.....	



Attività: Programmazione e Valutazione delle attività

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione delle attività	Subire pressioni esterne	Medio	Pubblicazione delle delibere aziendali	Già esistente	Affari Generali	Pubblicazione
	Subire pressioni esterne	Medio	Condivisione della programmazione con Comune e Città Metropolitana	Già esistente	Direzione generale	Condivisione
Valutazione degli esiti dell'assistenza	Subire pressioni esterne	Medio	Condivisione degli esiti della valutazione con gli organi regionali	Già esistente	Direzione generale	Effettuazione incontri
	Subire pressioni esterne	Medio	Condivisione con cittadini e stakeholders esterni degli esiti dell'assistenza attraverso incontri nei diversi territori e con Conferenza Servizi	Già esistente	Direzione generale	Effettuazione incontri

Attività: Affidamento di beni, servizi e forniture

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
Misura generale			L'Azienda partecipa al "sistema acquisti" regionale, mediante ricorso alle convenzioni stipulate dalla centrale regionale, o mediante l'uso di ASL capofila.	Già esistente	Servizio acquisti	Pubblicazione documento programmazione
Misura generale			Relazione annuale di andamento degli acquisti e invio alla Direzione Generale e al Responsabile Prevenzione Corruzione.	Dal 2017	Servizio acquisti	Pubblicazione relazione
Misura generale	Presenza conflitti interesse		Raccolta dei conflitti di interesse per: <ul style="list-style-type: none"> - Responsabili Unici dei Procedimenti - Professionisti che definiscono fabbisogni - Professionisti che partecipano a definire capitolato - Richiedenti esclusive - Commissioni giudicatrici - Direttori dell'esecuzione dei contratti 	31.12.2018	Servizio acquisti	
Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche, attraverso l'indicazione nel disciplinare di prodotti che favoriscano una determinata impresa.	Alto	Verifica della descrizione della specifica tecnica ricevuta	Già esistente	Servizio acquisti	
			Ampliamento oltre i confini aziendali della base tecnica di confronto e coinvolgimento di un maggior numero di attori nel processo di verifica della descrizione tecnica Adozione di una procedura formale per la definizione della composizione dei gruppi tecnici, con chiara indicazione dei ruoli e dei contributi attesi e, successivamente forniti, da	31.12.2018	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
			ciascun partecipante (dalla definizione del fabbisogno alla scrittura del capitolato tecnico). Rotazione dei tecnici per la stesura dei capitolati			
Definizione di "esclusività" di un bene/servizio	Favorire l'uso di un determinato bene dietro beneficio	Alto	Presenza di una relazione con le motivazioni che supportano l'esclusività tecnica del bene/ servizio da acquisire. La relazione è firmata dal proponente e controfirmata da altre responsabilità aziendali (es. firmata dal clinico proponente e controfirmata dal direttore medico presidio).	Già esistente	Servizio acquisti	
			Adozione di una reportistica che evidenzia le "esclusive" affidate dalle singole aziende, e audit, a fine anno, su questo tema, con invio dei risultati al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione	31.12.2018	Servizio acquisti	
Individuazione dello strumento/ istituto per l'affidamento	Elusione delle regole di evidenza pubblica, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara di appalto.	Alto	Verifica della situazione di fatto che si intende affidare; solo nel caso in cui ne ricorrano i presupposti (ad es. carenza di finanziamenti per completare un'opera pubblica) si potrà utilizzare lo strumento della concessione di costruzione e gestione	31.12.2018	Servizio acquisti	
Definizione requisiti di qualificazione tecnica ed economica nel bando di gara (appalti sopra-soglia)	Negli affidamenti di servizi e forniture, favoreggiamento di una impresa mediante l'indicazione nel bando di requisiti tecnici ed economici calibrati sulle sue capacità.	Alto	Puntuale inserimento nel bando di requisiti proporzionati al valore e all'oggetto dell'appalto	Già esistente	Servizio acquisti	
Nomina della commissione giudicatrice	Inserimento in commissioni giudicatrici di soggetti che hanno partecipato alla fase di redazione del capitolato tecnico e che pertanto potrebbero non garantire la posizione di terzietà nella valutazione delle offerte	Alto	Verifica da parte del RUP delle situazioni di incompatibilità previste dal codice appalti. Rispetto da parte del RUP della tempistica prevista dal codice appalti nella nomina della commissione giudicatrice	Già esistente	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
	tecniche presentate					
			<p>Pubblicazione sul sito internet dell'assenza di conflitti di interessi da parte dei membri della commissione giudicatrice Evidenziare nell'atto di nomina delle commissioni aggiudicatrici, la raccolta del conflitto di interesse, tenendo conto delle possibili situazioni che si sono presentate.</p> <p>Previsione, nell'atto di nomina della commissione giudicatrice, della figura del supplente.</p>	31.12.2018	Servizio acquisti	
Parametri di valutazione delle offerte	Uso distorto dei parametri dell'offerta finalizzato a favorire un'impresa.	Alto	Verifica della misurabilità dei criteri di valutazione dell'offerta tecnica da parte del RUP di gara e dei componenti il gruppo tecnico di redazione del capitolato.	31.12.2018	Servizio acquisti	
			Collegamento diretto dei parametri di valutazione con le specifiche tecnico-cliniche definite nel capitolato speciale al fine di garantire la massima oggettività nella valutazione dell'offerta tecnica da parte della commissione giudicatrice	31.12.2018	Servizio acquisti	
Valutazione delle offerte	<p>Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.</p> <p>Scarsa motivazione nell'attribuzione dei punteggi qualità; contraddittorietà e travisamento dei fatti nelle valutazioni.</p>	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di valutazione indicati negli atti di gara da parte della commissione tecnica e ruolo di garanzia del RUP e del Dirigente preposto all'adozione dell'atto di aggiudicazione	Già esistente	Servizio acquisti	
Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di legge che regolano l'istituto e ruolo di garanzia del RUP e del Dirigente preposto	Già esistente	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
	delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.		all'adozione dell'atto di aggiudicazione			
Procedura negoziata senza previa pubblicazione del bando (D.lgs. 50/2016-codice appalti)	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero suo impiego nelle ipotesi individuate dalla legge, pur non sussistendone effettivamente i presupposti.	Alto	Osservanza dei criteri di legge che regolano l'istituto della procedura negoziata ammessa nei soli casi tassativamente stabiliti	Già esistente	Servizio acquisti	
Privativa industriale esclusi i casi di acquisizione di accessori e ricambi di attrezzature in proprietà.	Uso distorto della privativa industriale	Alto	Presenza di una relazione che evidenzia le motivazioni che supportano l'esclusività tecnica del dispositivo da acquisire. La relazione è firmata dal proponente e controfirmata da altre responsabilità aziendali (es. firmata dal clinico proponente e controfirmata dal direttore di presidio)	Già esistente	Servizio acquisti	
Privativa industriale per accessori e ricambi di attrezzature in dotazione.	Uso distorto della privativa industriale		Presenza di una relazione che evidenzi in trasparenza il vincolo di esclusività del dispositivo con l'attrezzatura in dotazione.	Già esistente	Servizio acquisti	
Proposte da parte di imprese fornitrici, di comodati gratuiti ovvero di donazioni, a favore di reparti ospedalieri.	Induzione a consumi e conseguentemente a spese non approvate e non programmate (es. per acquisizione di materiale consumabile "dedicato")		Adozione di un regolamento aziendale che disciplina nel dettaglio la casistica e le modalità di acquisizione di attrezzature in comodato gratuito ovvero l'accettazione di donazioni.	31.12.2018	Servizio acquisti	
			Introduzione di una valutazione multidisciplinare dell'impatto tecnico, clinico, economico e organizzativo della donazione e/o del comodato gratuito.	31.12.2018	Servizio acquisti	
Affidamenti diretti (D.lgs 50/2016)	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge. Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai	Alto	Adozione di un regolamento aziendale che tenga conto dei nuovi limiti di legge	Già esistente	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
	cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi previste dalla legge					
Affidamenti diretti con particolare riferimento a servizi di manutenzione di attrezzature elettromedicali.	Elusione delle regole minime di concorrenza stabilite dalla legge	Alto	Verifica periodica e a campione sulla congruità dei prezzi rispetto al mercato	31.12.2018	Servizio acquisti	
			Adozione di un Albo aziendale di manutentori accreditati da utilizzare nel rispetto di criteri di rotazione, di pari opportunità e di non discriminazione, previa indagine che ne escluda la presenza già sui Mercati Elettronici nazionale e regionale	31.12.2018	Servizio acquisti	
Revoca del bando	Aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, o al fine creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	Alto	Rispetto delle regole e delle norme sull'evidenza pubblica	Già esistente	Servizio acquisti	
Modifica del bando e/o degli atti di gara	Adozione di un provvedimento di " modifica del bando di gara, strumentale al favoreggiamento di un' impresa partecipante.	Alto	Rispetto delle regole e delle norme sull'evidenza pubblica	Già esistente	Servizio acquisti	
			Adozione di un atto dirigenziale in cui sono esplicitate le motivazioni della modifica.	Già esistente	Servizio acquisti	
Esecuzione del contratto	Mancata attivazione dei controlli da parte della stazione appaltante sulla corretta esecuzione del contratto (quali – quantitativa) e/o mancata o parziale applicazione di penali	Alto	Individuazione del direttore dell'esecuzione del contratto nel rispetto delle indicazioni contenute nelle Linee Guida per l'applicazione della normativa vigente .	Già esistente	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
	e/ o incameramento della cauzione pur in presenza di inadempimenti contrattuali.					
			<p>Chiarire il ruolo e le responsabilità del Direttore dell'esecuzione attraverso attività di formazione e sensibilizzazione.</p> <p>Definire procedure aziendali che consentano una più stretta relazione tra il direttore dell'esecuzione e il RUP di gara , con particolare riferimento a casi di inadempimento contrattuale.</p> <p>Prevedere relazioni periodiche dal direttore dell'esecuzione al RUP, sull'esecuzione del singolo contratto e segnalazioni da parte di quest'ultimo, alla struttura aziendale competente nei casi di andamento anomalo dei consumi (es. direzione sanitaria, presidio, dip. farmaceutico ecc) e al Responsabile per la prevenzione della corruzione, in presenza di eventuali anomalie nell'esecuzione contrattuale.</p> <p>Prevedere attività di controllo da parte del RUP sulle attività di controllo del direttore dell'esecuzione.</p> <p>Prevedere attività di audit relativamente all'esecuzione di contratti con notevole impatto economico.</p>	31.12.2018	Servizio acquisti	
Varianti in corso di esecuzione del contratto (D.Lgs 50/2016 - CODICE APPALTI)	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	Alto	<p>Approvazione nei soli casi consentiti dalle norme vigenti (DLgs. 50/2016).</p> <p>Ruolo di garanzia del RUP e del direttore dell'esecuzione.</p> <p>Controllo del Collegio sindacale sugli atti dirigenziali di approvazione delle varianti.</p> <p>Comunicazione dell'atto di approvazione delle varianti ad ANAC.</p>	31.12.2018	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
Subappalto	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture.	Alto	Autorizzazione nei soli limiti consentiti dalla legge e ruolo di garanzia svolto dal RUP e dal Direttore dell'esecuzione dei lavori	31.12.2018	Servizio acquisti	



Attività: Affidamento di Lavori Pubblici

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Misura generale			Pubblicazione Piano investimenti	Già esistente	Servizio Tecnico	
Misura generale			Relazione annuale attività e invio a Direzione Generale e Responsabile Prevenzione Corruzione	Già esistente	Servizio Tecnico	
Misura generale			Attività di audit interno	31.12.2018	Servizio Tecnico	
			Esistenza di una progettazione specifica (livello preliminare, definitivo ed esecutivo, come disciplinati dalla normativa vigente)	Già esistente	Servizio Tecnico	
Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Elusione regole di evidenza pubblica, con improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento mediante concessione, laddove invece ricorrano i presupposti di una tradizionale gara di appalto.	Alto	Verifica della situazione di fatto che si intende affidare; solo nel caso in cui ne ricorrano i presupposti (ad es. carenza di finanziamenti per completare un'opera pubblica) si potrà utilizzare lo strumento della concessione di costruzione e gestione (es- partenariato pubblico-privato: project financing, leasing immobiliare)	31.12.2018	Servizio Tecnico	
			Procedura approvata con delibera della Direzione Generale aziendale e nei casi prescritti ad approvazione regionale	31.12.2018	Servizio Tecnico	
Requisiti di qualificazione		Alto	Utilizzo delle Società Organismi di Attestazione (SOA). Verifica della SOA con banche dati istituzionali disponibili: casellario delle Imprese ANAC	Già esistente	Servizio Tecnico	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Requisiti di aggiudicazione	Uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa.	Alto	Definizione anticipata nel bando dei criteri di valutazione previsti dal DPR 207 del 2010	Già esistente	Servizio Tecnico	
Valutazione delle offerte	Mancato rispetto dei criteri indicati nel disciplinare di gara cui la commissione giudicatrice deve attenersi per decidere i punteggi da assegnare all'offerta, con particolare riferimento alla valutazione degli elaborati progettuali.	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di valutazione indicati negli atti di gara da parte della commissione tecnica e ruolo di garanzia del RUP e del Dirigente preposto all'adozione dell'atto di aggiudicazione	Già esistente	Servizio Tecnico	
			Criteri di conflitto di interesse per commissione Al momento dell'accettazione incarico, i commissari dichiarano ai sensi dell' <i>art 47 DPR del 28-12-2000, n. 445</i> , l'inesistenza delle cause di incompatibilità e di astensione di cui D.Lgs. 50/2016 e s.m.i.	Già esistente	Servizio Tecnico	
Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica delle offerte anormalmente basse, anche sotto il profilo procedurale.	Alto	Puntuale osservanza dei criteri di legge che regolano l'istituto e ruolo di garanzia del RUP e del Dirigente preposto all'adozione dell'atto di aggiudicazione –	Già esistente	Servizio Tecnico	
Procedure negoziate	Utilizzo della procedura negoziata al di fuori dei casi previsti dalla legge	Alto	Osservanza dei criteri di legge che regolano l'istituto della procedura negoziata	Già esistente	Servizio Tecnico	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Affidamenti diretti	Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi legislativamente previste.	Alto	Rispetto delle norme per gli affidamenti tramite cottimi fiduciari e ricorso alle economie solo nei casi di effettiva necessità	Già esistente	Servizio Tecnico	
Revoca del bando	Adozione di un provvedimento di revoca del bando strumentale all'annullamento di una gara, al fine di evitare l'aggiudicazione in favore di un soggetto diverso da quello atteso, ovvero al fine creare i presupposti per concedere un indennizzo all'aggiudicatario.	Alto	Rispetto delle regole e delle norme sull'evidenza pubblica ed aggiudicazione a favore della ditta che ha conseguito il punteggio complessivo maggiore	Già esistente	Servizio Tecnico	
			Condivisione della decisione condivisa con più soggetti all'interno del Servizio Acquisizione del parere sulla revoca del bando della Direzione Generale Comunicazione al Responsabile Prevenzione della Corruzione della revoca	Già esistente	Servizio Tecnico	
Redazione del cronoprogramma	Mancanza di sufficiente precisione nella pianificazione delle tempistiche di esecuzione dei lavori, che consenta all'impresa di non essere eccessivamente vincolata ad un'organizzazione precisa dell'avanzamento	Alto	Il cronoprogramma è redatto dal progettista (professionista del Servizio Tecnico o esterno) e validato dal RUP. Il cronoprogramma è documento di progetto e della sicurezza (D.Lgs. 81/2008).	Già esistente	Servizio Tecnico	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la richiesta di eventuali extra guadagni da parte dello stesso esecutore.					
	Pressioni dell'appaltatore sulla direzione dei lavori, affinché possa essere rimodulato il cronoprogramma in funzione dell'andamento reale della realizzazione dell'opera.	Alto	La procedura di concessione di proroghe è normata dal D.Lgs. 50/2016; comporta il parere professionale e la responsabilità del DL e del RUP. La concessione di proroga avviene con provvedimento amministrativo, soggetto – come tutti – al controllo del Collegio Sindacale; va comunicata all'ANAC.	31.12.2018	Servizio Tecnico	
Varianti in corso di esecuzione del contratto (D.Lgs. 50/2016)	Ammissione di varianti durante la fase esecutiva del contratto, al fine di consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire guadagni ulteriori, addebitabili in particolar modo alla sospensione dell'esecuzione del lavoro o del servizio durante i tempi di attesa dovuti alla redazione della perizia di variante.	Alto	La procedura di approvazione variante prevede il parere professionale e la responsabilità del DL e del RUP. Le varianti sono previste dalla normativa in casi tassativi; sono approvate con provvedimento amministrativo, soggetto – come tutti – al controllo del Collegio Sindacale. L'approvazione di una variante va, inoltre, comunicata all'ANAC.	Già esistente	Servizio Tecnico	
Subappalto	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota-	Alto	Sub appalto autorizzato nei soli limiti consentiti dalla legge e ruolo di garanzia svolto dal RUP e	Già esistente	Servizio Tecnico	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire direttamente e che invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture.		dal Direttore dell'esecuzione			
			Divieto di subcontratto nei confronti di concorrenti che hanno partecipato alla gara, tramite inserimento di apposita clausola nei bandi di gara e nelle lettere di invito	Già esistente	Servizio Tecnico	

Attività: Acquisizione e progressione del personale

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Reclutamento	Previsione di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti allo scopo di reclutare candidati particolari	Alto	Pubblicazione degli atti (bandi) su Gazzetta Ufficiale, BUR, Sito Internet ASL Leggi – DPR attuativi- DGR - Circolari	Già esistente	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Avvenuta pubblicazione
	Abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari	Alto	Vedi sopra	Già esistente	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
		Alto	Vedi sopra		Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
	Irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Alto	Leggi – DPR attuativi- DGR - Circolari Pubblicazione degli atti (decisione di nomina della Commissione) su sito Internet ASL - Sorteggio (per Dirigenza Sanitaria) - Dichiarazione assenza conflitto di interessi con candidati (in forma libera)	Già esistente	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Applicazione
		Alto	Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, rilasciata dai componenti della Commissione di concorso circa l'assenza di conflitti di interesse / incompatibilità		Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Acquisizione dichiarazione
	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e imparzialità della selezione	Alto	Funzione di controllo di legittimità del Segretario Rotazione dei funzionari addetti alle segreterie di concorso	Già esistente	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	rotazione

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
			- Formazione continua dei Segretari di concorso - Vademecum segreterie di concorso		Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
Progressioni di carriera	Progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;	Alto (istituto superato con D.Lgs 150/2009)	vd. Misure per "Reclutamento"	Già esistente	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
			vd. misure per "Reclutamento"		Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
Conferimento di incarichi di collaborazione	Motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.	Alto	Leggi – DPR attuativi- DGR – Circolari - Dichiarazione di avvenuto accertamento della sussistenza dei requisiti di legge da parte del Direttore della Macrostruttura - Pubblicazione del bando di selezione con collegamento diretto tra progetto e requisiti richiesti - Svolgimento di procedura comparativa di selezione (fatti salvi i casi – eccezionali – di intuito personae)	Già esistente	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Attuazione
			- Acquisizione dichiarazione formale ex DPR 445/2000, rilasciata dai componenti della Commissione di Valutazione circa l'insussistenza di conflitti di interesse / incompatibilità - Rafforzamento dei controlli sul rispetto della normativa in materia di Contratti Atipici (co.co.co., liberi professionisti)		Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	Attuazione

Attività: Fatturazione, liquidazione e rendicontazione economica

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
Misure generali			Applicazione del piano certificazione (PAC)	Già esistente	Servizio Bilancio	Applicazione PAC
Misure generali			Attivazione fattura elettronica	Già esistente	Servizio Bilancio	Attivazione
Misure generali			Suddivisione compiti fra diverse funzioni interne al servizio Ordine (altro servizio) → Inserimento in anagrafica e Protocollo → Liquidazione (altro servizio) → Pagamento	Già esistente	Servizio Bilancio	Suddivisione compiti
Protocollo fattura		Medio	Uso sistema di archiviazione e gestione documentale informatizzata	Già esistente	Servizio Bilancio	Uso archiflow
Inserimento in anagrafica nuovo fornitore		Medio	Attività svolta da operatore diverso rispetto a chi effettua pagamento	Già esistente	Servizio Bilancio	Suddivisione compiti
			Utilizzo portale fornitori	Già esistente	Servizio Bilancio	Uso portale
			Controllo nuovi fornitori a fine anno e verifica	31.12.2018	Servizio Bilancio	Effettuazione controllo
Liquidazione da parte di altro servizio	Impropria liquidazione	Medio	Fatta con firma digitale Mantenimento dello storico per singolo servizio Formalizzazione di un elenco aziendale di persone autorizzate alla liquidazione	31.12.2018	Servizio Bilancio	Uso firma digitale e formalizzazione elenco
Pagamenti	Anticipare pagamento per specifici fornitori	Medio	Pubblicare elenco pagamenti Pubblicazione trimestrale tempestività pagamenti (legge 89	Già esistente	Servizio Bilancio	Pubblicazione

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
			del 2014)			
Storni di pagamenti	Impropri storni	Medio	Disponibilità del documento stornato Elaborare procedura specifica	Già esistente	Servizio Bilancio	Presenza procedura
Recupero crediti	Mancato o ritardato recupero con chiusura di una posizione di credito	Medio	Elaborare procedura specifica	Già esistente	Servizio Bilancio	Presenza procedura
Pagamenti per posizioni che arrivano su file unici (excel -x disabili, convenzionati)	Inserimento nel file di righe aggiuntive	Medio	Eliminare uso di file in excel e utilizzo procedure informatizzate	31.12.2018	Servizio Bilancio	Presenza procedura
Ordini per servizi	Improprio utilizzo	Medio	Fare firmare la fattura anche per i servizi	31.12.2018	Servizio Bilancio	Presenza procedura
Cassa economale (gestita da economato)	Improprio utilizzo	Medio	Controlli periodici	31.12.2018	Servizio Bilancio	Presenza controlli
Fatture emesse direttamente da operatori della sanità pubblica	Improprio utilizzo	Medio	Controlli periodici	31.12.2018	Servizio Bilancio	Presenza controlli

Attività: Rapporti con medici convenzionati e controlli ispettivi e disciplinari

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Pagamenti parte variabile medici convenzionati	Pagamento per prestazioni non effettuate		Controlli di routine e a campione su attività Uso progetto Sole da parte dei MMG	31.12.2018	servizio Gestione Personale Convenzionato, Controllo Ispettivo e Disciplinare	Presenza controlli
Anagrafe assistiti a MMG e PLS	Pagamenti per pazienti deceduti o non esistenti		Controlli su liste pazienti	31.12.2018	Gestione Personale Convenzionato, Controllo Ispettivo e Disciplinare	Presenza controlli

Attività: Valutazione delle tecnologie sanitarie e dei percorsi assistenziali

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Valutazione delle tecnologie sanitarie e dei percorsi assistenziali			Attività di Technology Assessment sulle richieste dei professionisti e delle offerte di donazioni "spontanee" da parte di esterni. (applicabile anche per richieste di acquisti esclusivi di dispositivi medici)	31.12.2018	Governo Clinico	Presenza attività

Attività: Donazioni da esterni

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Misura generale			Aggiornamento del regolamento aziendale e delle procedure aziendali	31.12.2018	Direzione strategica	Aggiornamento regolamento
Misura generale			Attività di programmazione dei bisogni validata dalla direzione strategica aziendale	31.12.2018	Direzione strategica	Presenza documento
Misura generale			Reportistica delle commesse aziendali	31.12.2018	Direzione strategica	Presenza report
Gestione delle donazioni da parte di esterni	Possibile conflitto di interesse per donazioni mirate all'uso di beni e servizi specifici	alto	Procedura per l'acquisizione delle donazioni	31.12.2018	Da definire	Presenza procedura

Attività: Assistenza Farmaceutica

Strutture coinvolte: Dipartimento Farmaceutico e Dipartimenti clinici

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatori
Governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici						
Percorso di selezione beni sanitari	Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	ALTO	Richieste di dichiarazione di conflitto di interesse ai componenti delle commissioni e gruppi per la valutazione dei Farmaci e DM	31.12.2018	Presidenti commissioni	Monitoraggio annuale Dichiarazione conflitto interesse e rilevazione problematiche emerse
	Vedi sopra	ALTO	Procedure operative della Commissione	31.12.2018	Presidente commissione	Presenza procedure e segnalazione aggiornamento Verbali commissione
	Vedi sopra	ALTO	Procedure operative della Commissione	31.12.2018	Presidente commissione	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedure operative della Commissione NOP	31.12.2018	Presidente commissione	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedura operative della Commissione Appropriatazza	31.12.2018	Presidente commissione	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedura Gestione richieste per usi nominali	31.12.2018	Responsabile farmacia	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedura Gestione off-label	31.12.2018	Presidente commissione nop	Verbali commissioni

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatori
	Vedi sopra	ALTO	Procedura Gestione campioni	31.12.2018	Responsabile farmacia	
	Vedi sopra	ALTO	Indicazioni al personale del Dipartimento sulla riservatezza dei dati e modalità del loro trattamento e sulle norme del conflitto di interesse	31.12.2018	Capo Dipartimento	Presenza istruzioni e loro diffusione
Percorso gestionale beni sanitari	Sottrazione beni e falsificazione contabile	MEDIO	Definizione di specifiche procedure per la gestione e il monitoraggio delle giacenze di magazzino (fra cui con individuazione delle responsabilità inerenti l'autorizzazione alle modifiche delle giacenze, la tracciabilità nel gestionale dei movimenti di modifica delle giacenze, il potenziamento e adeguamento funzionalità informatiche, anche rispetto al magazzino, tema dei resi, ecc)	31.12.2018	Responsabile sistemi informativi responsabile magazzino aven Responsabili farmacie interne	Realizzazione della procedura e degli adeguamenti informatici
Rapporti con i fornitori	Favorire la selezione e l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	ALTO	Regolamento su modalità di accesso e rapporti con informatori scientifici e aziende farmaceutiche e di dispositivi medici presso il dipartimento farmaceutico	31.12.2018	Capo dipartimento	Presenza regolamento
	Prescrizioni inappropriate	ALTO	Informazione indipendente da parte di professionisti aziendali	31.12.2018	Capo dipartimento	Presenza attività
Controllo attività prescrittiva						
Interne ai reparti X Medici medicina generale e pediatri libera scelta	Favorire l'uso di specifici prodotti sulla base di ricompense e sollecitazioni esterne	ALTO	Definizione di un piano aziendale delle reportistiche e dei database prescrittivi, evidenziando responsabilità, periodicità e criticità Definire procedura per i controlli	31.12.2018	Capo dipartimento e Responsabile farmacia	Presenza reportistiche Report di attività



Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatori
X Specialisti ambulatoriali			(inclusa la tracciabilità e collegialità dei controlli)			
Predisposizione reportistiche	Manipolazione dei dati per ottenere incentivi	Medio	Definire procedure controllo reportistiche	31.12.2018		Presenza procedure
Vigilanza, ispezioni e controlli						
Ispezioni a strutture aziendali interne		MEDIO	Rotazione del personale incaricato di eseguire ispezioni Tracciabilità di quanto rilevato nel corso delle ispezioni Procedure per lo svolgimento di ispezioni e controlli	31.12.2018	Capo dipartimento	Report risultati controlli
Ispezioni esterne a farmacie		ALTO	Rotazione del personale incaricato di eseguire ispezioni Tracciabilità di quanto rilevato nel corso delle ispezioni Procedure per lo svolgimento di ispezioni e controlli Controlli collegiali	31.12.2018	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
Controlli su case protette, e altre strutture residenziali	Controlli non accurati	Medio	Vedi punto precedente Definire un regolamento	31.12.2018	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
Controlli su case cura private accreditate	Controlli non accurati	Medio	Vedi punto precedente Definire un regolamento con committenza	31.12.2018	Servizio Territoriale	Report risultati controlli

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatori
Autorizzazione all'esercizio delle farmacie			Da definire	Da definire	Da definire	Da definire
Raccolta dati di prescrizione e liquidazione ricette a farmacie private			Da definire	Da definire	Da definire	Da definire
Uso timbri e ricette	Presenza di ricette e timbri falsi (anche quelle bianche)		Da definire	Da definire	Da definire	Da definire

Attività: Formazione

Processi	Rischi	Valutazioni e rischio	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Invito a formazione esterna da parte di aziende commerciali	Favorire l'uso di specifici beni e servizi	Alto	Scelta dei partecipanti a formazione da parte del proprio responsabile e rotazione dei partecipanti	31.12.2018	Responsabili servizi	
Scelta del docente/tutor esterno all'azienda	Favorire la selezione di un docente/tutor sulla base di ricompense e/o sollecitazioni	alto	Regolamento aziendale che definisca le modalità di individuazione del docente/tutor	31.12.2018	Responsabile Formazione	Monitoraggio annuale
Scelta del fornitore esterno di servizi per la formazione	Favorire la scelta di un servizio sulla base di ricompense e/o sollecitazioni	alto	Indicazioni aziendali Scelta del fornitore esterno, accertata l'impossibilità di reperire in Azienda servizi analoghi (es. pacchetti formativi certificati)	31.12.2018	Responsabili servizi	Monitoraggio annuale
Eventi formativi con presenza di ditte con interessi commerciali in campo sanitario	Favorire la selezione e/o l'uso di specifici prodotti/presidi sulla base di ricompense e sollecitazioni	ALTO	Divieto di accreditare a cura del Provider ECM aziendale eventi formativi con presenza di sponsor	31.12.2017	Responsabile Scientifico dell'evento	Monitoraggio annuale n. eventi accreditati all'esterno/ tot. eventi accreditati realizzati
Rapporti diretti tra professionista dipendente e Ditte con interessi commerciali in campo sanitario	Favorire la selezione e/o l'uso di specifici prodotti/presidi sulla base di ricompense e sollecitazioni	ALTO	Disciplinare e formalizzare i rapporti tra professionista dipendente e Ditte esterne con interessi commerciali in campo sanitario	31.12.2017	Responsabile anticorruzione aziendale	Monitoraggio annuale
Frequenza Scuola Regionale formazione specifica in Medicina Generale – Regime delle incompatibilità	Percepire la borsa di studio indebitamente	ALTO	Acquisizione della dichiarazione sostitutiva di atto notorio sull'assenza di situazioni di incompatibilità Controlli a campione	31.12.2017	Responsabile Formazione	Monitoraggio annuale

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Formazione professionisti per corsi di aziende private			Procedura per formazione svolta nelle nostre strutture fatta per personale esterno (pagata da aziende di dispositivi direttamente ad ASL)	31.12.2017	Direzione presidio	

Attività: Assistenza territoriale

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Controlli su tutto il personale convenzionato		Media	Controlli stabiliti nel manuale dei controlli che derivano da convenzioni nazionali e regionali: 1. su incompatibilità 2. su apertura degli orari degli studi di MMG e PLS 3. sulla sussistenza dei requisiti previsti per gli studi di MMG e PLS 4. sulle forme associative dei medici 5. sulle prestazioni aggiuntive e di assistenza domiciliare 6. sulla frequenza ai corsi di aggiornamento obbligatori 7. sulla esattezza dei dati ai fini del trattamento economico 8. sui medici di continuità assistenziale	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza controlli
Processo di valutazione multidimensionale		Media	Trasparenza processo di valutazione dei casi sottoposti alle Unità di valutazione Multidimensionale (UVDM) Dichiarazione di conflitto di interessi dei membri delle UVDM	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza misure
Medici convenzionati	Richiesta di pagamento di certificazioni gratuite	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire
Medici convenzionati	False certificazioni	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Singoli professionisti (SUMAI o dipendenti)	Mancato pagamento delle prestazioni	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire
Uso dei fondi (FRNA, FNA, FSR, FS)	Uso dei fondi distorto	Media	Trasparenza dei processi, corrette procedure degli incarichi	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Trasparenza processi
Strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili		Media	Controlli previsti dalle norme, più i controlli legati all'accreditamento (fatto da commissione) Dichiarazione di assenza di conflitto di interesse per membri commissioni valutazione	31.12.2018	Commissione ASL/mista	Presenza controlli
Strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili		Media	Controllo sui volumi di attività (fatto da distretto e Ufficio Piano)	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza controlli
Protesica/ Integrativa	Prescrizione specialistica fuori prontuario e tariffario Coinvolgimento di chi prescrive, collauda e chi autorizza	Media	Presenza regolamenti specifici Controlli sull'attuazione dei regolamenti Fase di collaudo	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza regolamenti e controlli
Prenotazioni (CUP)	Favoritismi nella prenotazione (anche come favore personale)	Media	Uso dei sistemi di prenotazione web e telefonici Informatizzazione delle prenotazioni	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza procedure
SAUB	Mancato aggiornamento anagrafi prestazioni e pagamento per persone senza diritto	Media	Aggiornamento costante delle anagrafi	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Verifica aggiornamento

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Salute Donna Consultori/Centro Giovani	Dirottamento dei pazienti verso la libera professione	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	
Cure Palliative	Sottoutilizzo delle risorse pubbliche a favore di enti privati	Media	La convenzione con enti privati deve fornire prestazioni "fuori-LEA"	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Verifica
Carceri	Uso distorto delle perizie sanitarie	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	
Rapporti con fornitori		Media	Dichiarazione conflitti interesse e trasparenza nei procedimenti	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza dichiarazioni
Centri Accreditati		Media	Definizione del bisogno fatta a livello locale. Contratto e appropriatezza fatta dalla committenza	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza procedura
Parco Auto	Uso improprio da parte dei dipendenti	Media	Uso di un nuovo sistema informatizzato	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza sistema
Trasporti	Uso distorto dei rimborsi	Media	Valutazione dell'appropriatezza dei rimborsi	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza procedure
Uso Spazi Aziendali		Media	Regolamento aziendale sulla valorizzazione dell'uso degli spazi aziendali da parte di professionisti o enti esterni	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza regolamento
Medicina Fiscale	Possibile accordo fra medico controllore e controllato	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire
Indicazioni case cura e centri specialistici privati da parte di operatori sanitari	Indicazioni effettuate in cambio di vantaggi	Media	Da definire	31.12.2018	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire

Attività: Assistenza Salute Mentale e dipendenze patologiche

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misure preventive	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione e valutazione dei bisogni e delle attività	Uso di strutture in modo inappropriato (es. ospedaliere)		Trasparenza della programmazione dei bisogni di assistenza e rendicontazione sull'appropriatezza d'uso delle risorse impiegate a livello provinciale	31.12.2018	Direttore DSMDP	Presenza documento
Libera Professione da parte degli operatori del DSM	Favorire percorsi privati, quando esiste la disponibilità di percorsi pubblici		Prenotazione tracciabile	31.12.2018	Direttore DSMDP	Presenza procedura
			Regolamento su situazioni di potenziale conflitto di interesse per professionisti a part-time (definendo criteri secondo cui ad esempio in caso di stessa attività pubblica e privata va fatta in territori diversi)	31.12.2018	Direttore DSMDP	Presenza documento
Degenza presso strutture private accreditate	Eccesso di utilizzo del day hospital invece dei trattamenti ambulatoriali		Definizione di un regolamento con i criteri per l'effettuazione di un day hospital	31.12.2018	Direttore DSMDP	Presenza regolamento
	Definizione inefficiente delle rette		Confronto con altre aziende sanitarie sulla quantificazione delle rette per strutture psichiatriche (es. gruppi appartamento, ecc) Funzione di audit da parte dei referenti del controllo di gestione del DSM	31.12.2018	Controllo gestione	Presenza audit
Consulenze presso privati accreditati			Valutazione delle situazioni di conflitto di interesse	31.12.2018	Direttore DSMDP	Presenza valutazione
Controllo su ricoveri	Inappropriatezza dei ricoveri		Controlli a campione per valutare appropriatezza ricoveri e trasparenza dei risultati dei controlli	31.12.2018	Direttore DSMDP	Presenza controlli

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misure preventive	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Indicazioni case cura e centri specialistici privati da parte di operatori sanitari	Indicazioni effettuate in cambio di vantaggi		Da definire	Da definire	Da definire	Da definire

Dipartimento di Prevenzione: misure generali

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Vigilanza e Controllo						
Attività di vigilanza ed ispezione	Abbassamento quali-quantitativo degli standard di attività	ALTO	Predisposizione/Aggiornamento Procedure documentate operative tecnico professionali e comportamentali, per le attività di ispezione, audit e campionamento, comprensive delle seguenti previsioni: unità di vigilanza composta almeno da due operatori, rotazione annuale delle unità di vigilanza, attività svolte dal singolo operatore nel comune di residenza non eccedenti il 50% del totale annuale, accessi all'attività da parte di uno stesso operatore non eccedenti i 3 consecutivi, separazione tra operatori impegnati in attività di rilascio pareri/autorizzazioni e successive attività di vigilanza ed ispezione	31.12.2018	Coordinatore delle UOOCC Direttore di UOC	Verifica delle Procedure documentate. Verifica semestrale e produzione di relazione specifica. Attestazione annuale di implementazione delle misure.
Attività di vigilanza ed ispezione	Omettere di inserire una attività tra quelle da controllare	ALTO	Predisposizione Piano annuale di attività, con indicazione dei criteri oggettivi e trasparenti di pianificazione adottati	31.12.2018	Direttore UOC	Verifica semestrale e produzione di relazione specifica. Attestazione annuale di implementazione delle misure.
Attività di vigilanza ed ispezione	Omettere di assumere gli atti amministrativi/penali previsti dalla normativa vigente di settore, a seguito di violazioni	ALTO	Sottoscrizione annuale per ogni operatore del documento di integrità, imparzialità, indipendenza ed assenza di conflitto di interessi	31.12.2018	Direttore UOC	Verifica presentazione della sottoscrizione ed acquisizione della stessa al fascicolo personale.

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	riscontrate					
Attività di vigilanza ed ispezione	Abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	ALTO	Predisposizione di un Piano delle attività di riesame a campione dei verbali di ispezione, audit e campionamento	31.12.2018	Direttore UOC	Verifica semestrale e produzione di relazione specifica. Attestazione annuale di implementazione delle misure.
Attività di vigilanza ed ispezione	Prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa Utenza	ALTO	Predisposizione del piano delle rotazione degli operatori impegnati su impianti fissi (impianti di macellazione, mercati, etc.) con turnazione non eccedente le due annualità	31.12.2018	Direttore U.O.C.	Verifica annuale e produzione di relazione specifica di implementazione delle misure.

Attività: Vigilanza, controlli e autorizzazioni sanità pubblica

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Vigilanza e Controllo						
Rilascio Pareri ai fini autorizzativi						
Commissioni previste da leggi e regolamenti	Favorire percorsi preferenziali nei tempi Valutazioni difformi su sollecitazione esterna	MEDIO/B ASSO	Valutazione collegiale con componenti interni ed esterni Il provvedimento autorizzativo finale è di altro Ente (Comune, Prefettura...) Procedure sopralluoghi effettuati da 2 operatori sempre diversi	Verificare e implementare per tutte le Commissioni	Presidenti di Commissione/loro delegati	Presenza procedure e check list Verbali di Commissione T di risposta
Finanziamenti da soggetti privati	Finanziamento da ditta/ente soggetto ad attività di vigilanza e controllo del DSP	BASSO	Riesame annuale dei finanziamenti ricevuti	annuale	Direttore Dipartimento	Evidenza annuale del riesame
Docenze esterne	Potenziale conflitto di interesse	BASSO	Riesame annuale degli incarichi e delle concentrazioni di incarichi	annuale	Direttore Dipartimento	Evidenza annuale del riesame
Misura generale			Coinvolgimento delle associazioni di categoria sulle attività svolte dall'azienda per prevenire la corruzione		Resp. Prevenzione Corruzione e Dir. Dipartimento	Effettuazione incontri

Attività: Assistenza ospedaliera

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Misura generale			Raccordo con attività del gruppo aziendale di gestione rischio	31.12.2018	Responsabile Prevenzione Corruzione	Raccordo attività
Accesso personale esterno a strutture aziendali	Informatori ditte esterne (es. farmaceutiche, dispositivi)	Alto	Registrazione degli accessi e richiesta di incontri programmati e collettivi	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura
	Rappresentanti di ditte di ausili nei reparti per supportare i pazienti (a spese dei pazienti)	Alto	Divieto per personale esterno di entrare nei reparti	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura
	Assistenti nei reparti	Basso	Definizione di una procedura	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura
	Accesso operatori non autorizzati in sala operatoria	Medio	Registrazione accessi e verifica loro attività	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura
	Uso dispositivi non autorizzati da parte di personale esterno	Medio	Presenza di una procedura	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura
Attività necrofori e camere mortuarie	Segnalazione da parte di operatori sanitari a ditte di onoranze funebri	Alto	Predisposizione elenchi di ditte di onoranze funebri e consegna procedure a familiari	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura
	Richiesta di compensi per vestizione salme	Alto	Revisione processo di vestizione nelle strutture a rischio	31.12.2018	Direzione presidio	Presenza procedura

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Libera professione	Favorire i pazienti visti in libera professione	Alto	Informatizzazione liste attese	Già in essere	Servizio Libera Professione	Informatizzazione
			Verifiche fra accessi in libera professione e gestione liste attese	Già in essere	Servizio Libera Professione	Documento monitoraggio
			Monitoraggio attività libera professione	Già in essere	Servizio Libera Professione	Documento monitoraggio
Gestione liste attese	Creazione falsi pazienti per avere prestazioni aggiuntive	Medio	Revisione periodica liste attese	Già esistente	Direzione Presidio	Documento monitoraggio
Trasporti sanitari		Basso	Procedure e trasparenza atti con associazioni di volontariato	31.12.2018	Direzione Presidio	Pubblicazione
Attività a domicilio	Prestazioni da parte di operatori sanitari a domicilio (in nero)	Basso	Da definire		Direzione Presidio	Da definire
Indicazioni case cura e centri specialistici privati da parte di operatori sanitari	Indicazioni effettuate in cambio di vantaggi	Medio	Da definire		Da definire	Da definire

Altre attività: Altre procedure

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Attività Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2018	RSPP aziendale	Presenza Procedure
Attività medico competente	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2018	Medico competente	Presenza Procedure Documento di valutazione
Fisica Medica	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2018	Responsabile Fisica Medica	Presenza Procedure
Esperto qualificato	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2018	Esperto qualificato	Presenza Procedure

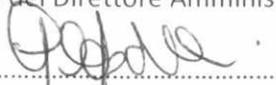
Attività: Misure generali di prevenzione

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Misura generale			Progetto dematerializzazione	31.12.2020	ICT	
Osservanza codice comportamento a tutti i collaboratori dell'azienda			Predisposizione schemi tipo di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione dell'osservanza dei Codici di comportamento per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i titolari di organo, per il personale impiegato negli uffici di diretta collaborazione dell'autorità politica, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi od opere a favore dell'amministrazione, e prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dai Codici.	Già in essere		
			Incontri formativi su codice di comportamento	Già in essere		
			Coinvolgimento di cittadini e organizzazioni portatrici di interessi collettivi, ai fini della implementazione del Piano.	Già in essere		
Rotazione del personale			Rotazione del personale	31.12.2018	Direzione Strategica	

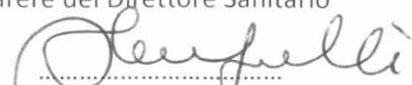
Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Rapporti con società controllate e partecipate			Applicazione di quanto previsto dalla Autorità Nazionale Anticorruzione nel dicembre 2014 nel "Documento condiviso dal Ministero dell'Economia e delle Finanze e dall'Autorità Nazionale Anticorruzione per il rafforzamento dei meccanismi di prevenzione della corruzione e di trasparenza nelle società partecipate e/o controllate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze".	31.12.2018	Direzione Strategica	
Collegamento con Valutazione delle Performance			Collegamento obiettivi prevenzione corruzione con obiettivi annuali	31.12.2018	Servizio Pianificazione, Flussi informativi Qualità	
Attività ed incarichi extra-istituzionali			Procedura conferimento e autorizzazione a svolgere attività ed incarichi extra-istituzionali	Già in essere	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro			Nei contratti di assunzione del personale prevedere la clausola del divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i 3 anni successivi alla cessazione del rapporto nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale del dipendente.	31.12.2018	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
Attività per ex dipendenti			Prevedere nei bandi di gara o negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro subordinato o autonomo e comunque di non aver attribuito incarichi ad ex dipendenti che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle PA nei loro confronti per il triennio successivo alla	31.12.2018	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
			cessazione del rapporto;			
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione			Controllo di tutte le dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti, nonché richiede ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui al capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.	Già in essere	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	
Attività di controllo			Aggiornamento Piano dei controlli e implementazione attività di audit	31.12.2018	Controllo di Gestione	
Controlli su esenzioni e ticket						
Attività legate al benessere organizzativo			Progetto di miglioramento del benessere organizzativo aziendale	Già esistente	Salute organizzativa	
Monitoraggio del processo di prevenzione della corruzione			Uso di uno strumento informatico per il monitoraggio del Piano per la prevenzione della corruzione		Responsabile prevenzione corruzione	

Parere del Direttore Amministrativo


Gianluca Capochiani

Parere del Direttore Sanitario


Silvana Fornelli

Il Segretario
Giuseppe Colella



Il Direttore Generale
Vito Montanaro



**Area Gestione Risorse Finanziarie
Esercizio 2018**

La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

Conto economico n. _____ per € _____

.....
(rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)

Il Funzionario

.....

Il Dirigente di Area

.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

Publicazione n. **11**

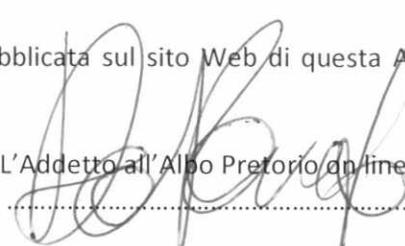
Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data

31 GEN. 2018

31 GEN. 2018

Bari:

L'Addetto all'Albo Pretorio on line

.....


Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del
..... è stata/ non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di competenza.