

# **PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

**anno 2022/2024**

**AGGIORNAMENTO 2021/2023 ai sensi della Legge n. 190/2012 “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione**

**Il Direttore del Servizio Affari Generali  
n.q. di Responsabile della prevenzione della Corruzione  
Dr.ssa Carmela Frontoso**

## **PREMESSA**

La normativa sul PIAO, di recente emanazione, indirizza e prescrive alle Pubbliche Amministrazioni l'adozione di un *piano integrato di programmazione* che armonizzi, progressivamente, in un unico atto, una pluralità di piani previsti dalla normativa vigente.

Il PIAO ha, quindi, l'obiettivo di assimilare molti degli atti di pianificazione, cui sono tenute le amministrazioni, razionalizzando la complessa disciplina in un'ottica di massima semplificazione.

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) 2022-2024, pertanto, deve essere sviluppato tenendo conto del momento storico in cui ci si trova ad operare, dettato dalla prosecuzione della crisi pandemica, dove l'attenzione è volta soprattutto all'attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e in cui è stata fortemente sentita l'esigenza di razionalizzare, semplificare, informatizzare le procedure gestite dalla Pubblica Amministrazione.

In questo ambito contestuale di riferimento, il documento relativo a questa sezione specifica della Prevenzione della Corruzione e Trasparenza, preso atto della pianificazione strategica dell'ASL Napoli 3 Sud, in riferimento anche alle sfide innovative insite nel PNRR, sarà sviluppato il presente Piano, quale parte integrante della programmazione dell'Azienda.

Le misure di prevenzione della corruzione discenderanno, quindi, dalla pianificazione e programmazione strategica aziendale e declinate negli obiettivi progettuali della Performance.

Gli adempimenti, i compiti e le responsabilità previsti nel Piano Triennale della Prevenzione della corruzione trovano spazio, infatti, anche nel PIAO come elemento fondamentale della programmazione triennale.

La presente esposizione, come la precedente, confluita nella Deliberazione del Direttore Generale, su proposta del RPCT, N° 251 del 26/03/2021, al fine di garantire un certo grado di qualità redazionale degli atti amministrativi, sarà sintetica per le ragioni appresso specificate.

Tanto in quanto si ritiene che la sinteticità degli atti, rappresenti essa stessa una corretta misura di prevenzione della corruzione. Infatti, si è fermamente convinti dell'importanza da porre in essere all'atto della produzione di documenti amministrativi che, pur necessariamente connotati di completezza, esaustività, logica e efficacia probativa, siano, in ogni caso, il più possibile stringati, asciutti, sintetici, caratterizzati da brevità e concisione.

Un atto prolisso, verboso, ridondante e logorroico, ancor più se è un atto di indirizzo, un regolamento o un atto di pianificazione, già di per sé contrasta con il concetto di prevenzione della corruzione, perché è un atto che sostanzialmente e incontrovertibilmente mal si presta ad essere letto con attenzione, applicazione, impegno e diligenza.

La superficialità, la negligenza e svagatezza nella lettura di un atto di indirizzo già costituiscono il vulnus in cui possono inserirsi e fare presa fenomeni corruttivi.

## **ASPETTI NORMATIVI**

Il principale strumento individuato nel complesso ed articolato sistema di lotta alla corruzione a livello nazionale, resta quello costituito dal Piano Nazionale Anticorruzione, PNA, predisposto in principio dal Dipartimento della Funzione Pubblica, fu approvato dall'ANAC con Delibera n. 72/2013.

Il PNA costituisce il primo momento essenziale del sistema di prevenzione della corruzione, adottato dall'ANAC annualmente, ed è volto ad agevolare la piena attuazione delle misure legali di prevenzione della corruzione disciplinate dalla legge, assicura l'attuazione coordinata delle strategie di prevenzione e contiene le indicazioni dei contenuti minimi da prevedersi nei Piani triennali di

prevenzione della corruzione che ciascuna amministrazione deve adottare entro il 31 gennaio di ogni anno.

I singoli piani aziendali, aggiornati annualmente, costituiscono lo strumento attraverso i quali la Pubblica Amministrazione realizza le azioni di prevenzione della corruzione ed è in grado di intervenire nei comportamenti, nei processi, nelle regole di funzionamento e nel coinvolgimento di tutti i soggetti che costituiscono l'ente stesso nei c.d. procedimenti di mappatura del rischio, ponendo sempre più attenzione nei confronti della L. 190/2012 e dei suoi decreti attuativi.

Purtroppo, per alcuni enti, la predisposizione del Piano ed il suo aggiornamento annuale ha significato, spesso, un mero adempimento burocratico, senza che in esso fossero identificabili quei valori fondamentali di cui il pubblico dipendente dovrebbe essere permeato e che si possono ricondurre al senso del dovere, allo spirito di appartenenza, lealtà, correttezza ed integrità.

Ciò ha reso inevitabile i numerosi interventi dell'ANAC con integrazioni e chiarimenti dei PNA via via approvati affinché divenisse uno strumento sempre più aderente alle specifiche realtà organizzative, economiche, socio-ambientali e culturali.

Oltre alla già citata L. 190/2012, l'assetto normativo in materia di prevenzione della corruzione è completato dal contenuto dei decreti attuativi:

- Testo unico delle disposizioni in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive e di governo successive a sentenze definitive di condanne per delitti non colposi, a norma dell'art. 1 comma 63, della legge 6 novembre 2012, n. 190, decreto legislativo 14/03/2013 n. 33;
- Riordino della disciplina riguardanti gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, approvato dal Governo il 15/02/2013, in attuazione dei commi 35 e 36 dell'art. 1 della L. 190/2012, decreto legislativo 14/03/2013 n. 33;
- Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le P.A. e per gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 della legge 190/2012 e decreto legislativo 39/2013
- Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni approvato con D.P.R. 62/2013, in attuazione dell'art. 54 del D. Lgs. N. 165/2001, come sostituito dalla L.190/2012 – Determinazione ANAC n. 8 del 17/06/2015 “Linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte di società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici;
- Decreto legislativo 18/04/2016 n. 50 ( Codice degli Appalti) – Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE, 2014/25/UE sull’aggiudicazione dei contratti di concessione sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell’acqua, dell’energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;
- Decreto legislativo n. 97 del 2016 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza”, correttivo della L. 190/2012 e del D. Lgs. 33/2013, ai sensi dell'art. 7 L. 124/2015, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche.

#### **Ulteriori sviluppi normativi Decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito in L. n. 113 del 06/08/2021**

L'art. 6 del D.L. n. 80/2021, nel rispetto delle vigenti discipline di settore ed in particolare del D.lgs. 150/2009 e della L. 190/2012, le Pubbliche Amministrazioni di cui all'art. 1 co. 2 del D.lgs. 165/2001, prevede che entro il 31 gennaio di ogni anno, (eccezion fatta per l'anno 2022 la cui scadenza, per l'adozione è stata fissata per il 30.04.2022), con esclusione delle scuole di ogni ordine e grado e

delle istituzioni educative, con più di 50 dipendenti adottino un “PIANO INTEGRATO DI ATTIVITA’ E DI ORGANIZZAZIONE” (PIAO).

Ciò sempre nell’ottica di miglioramento della qualità e della trasparenza dell’attività amministrativa, per migliorare la qualità dei servizi resi ai cittadini e alle imprese e procedere alla progressiva costante semplificazione dei processi anche in materia di diritto di accesso.

Il PIAO ha, anch'esso, come il PTPCT, durata triennale, e dovrà essere aggiornato annualmente.

### ***Ruolo del Responsabile della prevenzione della corruzione***

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione, Dott.ssa C. Frontoso, è stato nominato con Deliberazione del Direttore Generale n. 570 del 05/08/2020.

La figura del Responsabile della prevenzione della corruzione è stata introdotta dalla L.190/2012 e interessata dalle modifiche introdotte dal D.lgs. 97/2016.

La nuova disciplina prevede la possibilità di unificare in capo ad un solo soggetto l’incarico di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, rafforzandone il ruolo.

Nell’ASL Napoli 3 Sud l’incarico del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e quelli del Responsabile della Trasparenza sono stati distinti.

Il Responsabile per la prevenzione della corruzione è individuato dall’organo di indirizzo, nelle ASL dal Direttore Generale, tra i Dirigenti di ruolo in servizio che abbia adeguata conoscenza dell’amministrazione in cui opera, che sia dotato della necessaria autonomia valutativa e che non sia in una posizione che presenti profili di conflitto di interessi.

L’art. 1 co.8 L.190/2012 stabilisce che il RPCT predispone - in via esclusiva, essendo vietato l’ausilio esterno, - il Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT) e lo sottopone all’organo di indirizzo per l’approvazione.

L’approvazione e la relativa pubblicazione devono avvenire entro il 31 gennaio successivo all’anno al quale il Piano si riferisce, fa eccezione il presente piano che sarà approvato, quale parte integrante del PIAO entro il 30 aprile 2022.

Il RPCT deve segnalare all’organo di indirizzo e all’Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) le “*disfunzioni*” relative all’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza e indica agli uffici competenti all’esercizio delle azioni disciplinari, i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza.

L’art 1 co. 9 della medesima legge dispone che il PTPCT deve prevedere “*obblighi di informazione nei confronti del RPC chiamato a vigilare sul funzionamento e sull’osservanza del Piano*” con particolare riguardo alle attività ivi individuate.

Il RPCT verifica l’efficace attuazione del Piano e la sua idoneità e propone modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell’organizzazione o nell’attività dell’amministrazione.

Il RPCT ha anche il compito di verificare con i dirigenti responsabili, l’effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione nonché quello di definire le procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in aree esposte al rischio di corruzione in collaborazione con il Responsabile della Formazione del personale.

La presente sottosezione **Rischi corruttivi e trasparenza**, tiene conto, sulla base delle indicazioni del PNA dei seguenti fattori:

- 1) la valutazione di impatto del contesto esterno;
- 2) la valutazione di impatto del contesto interno;
- 3) la mappatura dei processi;
- 4) l'identificazione e valutazione dei rischi corruttivi;
- 5) la progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio;
- 6) il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure;
- 7) la programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.

### **1) La valutazione di impatto del contesto esterno:**

evidenzia se le caratteristiche strutturali e congiunturali dell'ambiente culturale, sociale ed economico nel quale l'amministrazione opera possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi.

Nell'ambito del contesto esterno, in alcune aree ricadenti nel territorio di operatività della ASL Napoli 3 Sud, si sono acuiti i fenomeni di povertà, dovuti alla crisi economica che hanno determinato in molte aree della popolazione esclusione sociale. Analizzando tali contesti, e tenendo presenti gli ambiti principali che strutturano la vita degli individui: - famiglia-formazione-lavoro, si evidenziano comportamenti legati alla ricerca della sopravvivenza, dai quali prendono vita fenomeni criminali, le devianze, e, spesso anche le dipendenze. (es. il ricorso al riconoscimento di una qualche invalidità, per usufruire di indennità come fonte di reddito).

Nell'analisi del contesto esterno, sebbene oggetto di completa esposizione in altre sezioni del presente piano, bisogna tenere conto che il territorio dell'ASL Napoli 3 Sud è suddiviso in 57 Comuni della Provincia di Napoli, composto da 13 Distretti sociosanitari, con una popolazione di circa 1.100.00 abitanti in costante calo. La popolazione è così suddivisa: il 15,23% è composta da giovani, il 18,24% da anziani, e il 66,53 % da adulti. Come è facile verificare, gli anziani sono in numero maggiore rispetto ai giovani, quindi più bisognosi di assistenza socio-sanitaria.

La crisi economica e quindi anche sociale, che affligge il territorio della Provincia di Napoli, dove opera la ASL Napoli 3 Sud, dovuta anche alla delocalizzazione in altre regioni e/o nazioni di alcune aziende anche multinazionali, alla chiusura di alcuni stabilimenti, e piccole imprese e nell'ultimo anno, agli effetti della pandemia in corso, fa sì che in tali territori si possano insinuare fenomeni di malavita organizzare allo scopo di riciclare ingenti somme di denaro, derivato da attività illecite, in attività lecite. I reati più comuni in tale momento storico, sono i reati di usura e le estorsioni perpetrati con modalità innovative, e con il coinvolgimento di professionisti in operazioni di credito.

Purtroppo ciò che risulta però ancora evidente, è la riluttanza delle vittime alla denuncia, probabilmente per paura di ritorsioni, o per mancanza di fiducia nelle istituzioni.

### **2) La valutazione di impatto del contesto interno:**

evidenzia se lo scopo dell'ente o la sua struttura organizzativa possano influenzare l'esposizione al rischio corruttivo.

L'analisi del contesto interno riguarda gli aspetti legati all'organizzazione e alla gestione dei processi che influenzano la sensibilità della struttura al rischio corruttivo, ed è volta a far emergere, il sistema delle responsabilità ed il livello di complessità dell'amministrazione. Entrambi gli aspetti contestualizzano il sistema di prevenzione della corruzione e sono in grado di incidere sul suo livello di attuazione e di adeguatezza.

Per non appesantire il documento *de quo*, tale analisi è visibile sul sito istituzionale link Amministrazione Trasparente - prevenzione della corruzione - analisi del contesto esterno ed interno, secondo le indicazioni del PNA 2019 Delibera 1064 del 13 novembre 2019.

Nell'analisi del contesto interno della ASL Napoli 3 Sud non si può prescindere dalla valutazione della struttura organizzativa della stessa.

L'organigramma a cui si fa riferimento è visibile sul sito istituzionale dell'ASL Napoli 3 Sud.

Per quanto concerne i dati numerici relativi al personale, vi è da dire che nel contesto storico in cui ci troviamo, caratterizzato dalla persistente convivenza con la pandemia da Covid 19, l'ASL Napoli 3 Sud, ha notevolmente incrementato il numero dei dipendenti.

Basti pensare alla creazione di nuove U.S.C.A. (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), alla creazione di centri per i tamponi, all'apertura di centri vaccinali, per non dimenticare poi l'assunzione di medici ed infermieri destinati sia a reparti Covid, sia a reparti ordinari, per alcuni dei quali potrà essere possibile la stabilizzazione per colmare, ma solamente in parte, il blocco delle assunzioni che ha determinato, nel tempo, un lungo e progressivo depauperamento dell'organico di risorse umane con compromissione, talvolta, della quantità e qualità delle prestazioni sanitarie.

A causa dell'emergenza dovuta alla propagazione del virus Sars-Cov-2, proprio per contenerne la diffusione, l'ASL Napoli 3 Sud ha fatto ricorso al cosiddetto "lavoro agile", naturalmente nei settori non sanitari.

A tal proposito, l'individuazione della disciplina del lavoro agile (smart working) oggetto della sottosezione della gestione risorse umane, potrà garantire condizioni di lavoro trasparenti e che favoriranno la produttività e l'orientamento ai risultati senza trascurare il benessere psico/fisico dei lavoratori, soprattutto quelli connotati da condizioni di fragilità.

Sempre a proposito del personale dipendente, si precisa che la ASL Napoli 3 Sud, nell'ultimo periodo, continua a riscontrare difficoltà a reperire personale medico specializzato in anestesia e rianimazione, per cui ha dovuto stipulare convenzioni con alte aziende per reperire specialisti che potessero fornire prestazioni aggiuntive in tali branche.

### **3) Mappatura dei processi**

Per individuare le criticità che, in ragione della natura e delle peculiarità dell'attività, espongono l'amministrazione a rischi corruttivi, particolare attenzione viene prestata ai processi per il raggiungimento degli obiettivi di performance volti a incrementare il valore pubblico.

L'analisi dei processi si sviluppa, all'interno dell'azienda ASL Napoli 3 Sud, attraverso un percorso consolidato di individuazione, analisi e proceduralizzazione delle funzioni/attività dell'Azienda.

Il percorso indicato consente di documentare e sviluppare, in applicazione dei principi di miglioramento continuo, le modalità organizzative nonché le prassi e gli strumenti con i quali le strutture dell'azienda sanitaria svolgono le attività affidate dal piano aziendale.

Le procedure, le istruzioni operative e tutti i documenti di supporto, sono gestite attraverso un sistema documentale, fruibile dai dipendenti in internet, con codificazione dei documenti.

Si precisa che a partire dal 05.01.2022 all'11.04.2022, tale sistema è stato "hackerato" per cui è stato complicato gestire la normale attività amministrativa, avendo dovuto fare ricorso ad attività di gestione documentale in forma cartacea.

La mappatura dei processi è consistita nella individuazione e nell'analisi dei processi organizzativi all'interno dell'ASL Napoli 3 Sud, cioè nell'analisi dell'intera attività svolta dall'amministrazione al fine di identificare le aree che in ragione della natura o della particolarità dell'attività stessa, risultino potenzialmente esposte a rischi corruttivi.

La mappatura dei processi di volta in volta, monitorata, in relazione ad eventuali ed ulteriori attività, viene integrata con i sistemi di gestione presenti nell'organizzazione aziendale (controllo di gestione, sistemi performance management, sistemi di auditing) secondo il principio della integrazione, creando interazioni di tipo organizzativo e gestionale.

Si giunge così all'ELENCO completo dei processi dell'amministrazione, aggregati secondo le "aree di rischio", elaborato con il coinvolgimento dei responsabili delle strutture organizzative principali di seguito riportate:

- Attività della Direzione Strategica;
- Attività del Collegio Sindacale;
- Attività della U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi;
- Gestione del patrimonio immobiliare- Area della manutenzione- Appalti Pubblici;
- Attività della U.O.C. Gestione Risorse umane;
- Attività dei Distretti Sanitari: Analisi per Unità operative medicina di Base, Riabilitazione, Medicina Legale, Materno-Infantile, Anziani, Assistenza domiciliare e residenziale. Attività Presidi Ospedalieri;
- Attività della U.O.C. Gestione Economica Finanziaria;
- Attività della U.O.C. Affari Legali;
- Attività della U.O.C. Medicina Pubblica Valutativa/Affari Generali/Affari Legali (valutazione dei sinistri);
- Attività correlate al sistema dei controlli Interni ed Esterni;
- Attività degli organismi deputati al controllo dei centri accreditati;
- Attività ispettive rese dalle unità operative Prevenzione collettiva;
- Attività del Dipartimento di Prevenzione;
- Attività del Dipartimento Farmaceutico;
- Attività della U.O.C. Assistenza Riabilitativa (ausili e presidi);
- Area di attività Libero-Professionale intramoenia ALPI e UOSD ALPI;
- Area di attività della Medicina Legale e della Medicina Fiscale e delle UU.OO.SS. Medicina Legale e delle Commissioni Invalidi Civili;
- Attività fondi extra-aziendali dedicati a specifici obiettivi, non gestiti ed integrati per centri di costo;
- Attività del Dipartimento di salute mentale;
- Controlli sulle presenze del personale dipendente e convenzionato;
- Gestione delle liste di Attesa;
- Attività legate alle certificazioni sanitarie, quali quelle dei Pronto Soccorso e Dipartimento della Salute Mentale, del Dipartimento di prevenzione e del Dipartimento Ser.D;
- Attività relative all'organizzazione dei laboratori di analisi.

In allegato al presente Piano, vi è la tabella della Mappatura dei processi e dei rischi corruttivi correlati alle singole strutture.

#### **4) Identificazione e valutazione dei rischi corruttivi**

Il contributo fornito dai suindicati direttori di struttura nella qualità di Referenti del Responsabile della prevenzione della corruzione, finalizzato alla costituzione della mappatura dei processi costituisce, infatti, la base di sviluppo delle attività del RPCT per l'analisi delle attività e la valutazione dei rischi.

L'analisi del rischio è fondamentale al fine di individuare correttamente le misure di prevenzione da porre in essere.

Nell'ambito dell'attività svolta in merito dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione, un contributo importante per l'identificazione e la valutazione dei rischi corruttivi, viene dalle relazioni elaborate dai singoli Direttori di strutture, in particolare:

i Direttori della U.O.C. Sviluppo e Gestione Impianti Tecnologici-Adeguamento Sismico e Antincendio, U.O.C. Valorizzazione e Manutenzione del Patrimonio immobiliare, U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi, U.O.C. Controlli Interni ed Esterni, U.O.C. Affari Legali, U.O.C. Medicina Pubblica Valutativa, Risk Management, che evidenziano un elevato rischio nelle procedure di affidamento dei servizi e, al fine di evitare favoritismi, vengono individuate quali iniziative di prevenzione della corruzione:

- a) la rilevazione interna dei fabbisogni;
- b) la creazione di strumenti utili per la predisposizione di documenti per la programmazione dei servizi;
- c) la previsione dell'intervento di più soggetti nel procedimento;
- d) il coinvolgimento della Direzione Strategica nella definizione dei progetti e la tracciabilità nei verbali delle riunioni.

Gli stessi Direttori di U.O.C. individuano un'altra fase esposta a rischio elevato ed è la Fase Esecuzione-Rendicontazione dei contratti, individuando al contempo, quali interventi correttivi la implementazione del monitoraggio di secondo livello sulla esecuzione dei contratti attraverso la verifica dei documenti; l'inserimento dei dati all'interno della Banca Dati dei Contratti ex L. 190/2012.

Le relazioni dei Direttori delle Unità operative complesse, individuano, ancora, una serie di attività in relazione alle quali appare piuttosto elevato il rischio corruttivo: la gestione degli esposti anonimi, inquadramenti giuridici ed economici del personale dipendente, procedure di conferimento incarichi, procedure concorsuali, attività relative alle strutture sanitarie accreditate e le prestazioni da queste erogate, l'ipotesi di eventuali doppi pagamenti, l'operatività delle commissioni medico-legali, taluni profili di incompatibilità del personale dipendente, la regolarità amministrativa e sanitaria, ipotizzati casi di "malasanità", connotati da clamore mediatico; le procedure attinenti l'acquisto di materiale sanitario, l'acquisizione di beni, servizi e forniture.

Gli stessi suggeriscono, al contempo, il pieno rispetto di tutte le indicazioni previste dal Piano della Prevenzione della Corruzione, in particolare, ad esempio, la rotazione degli incarichi nei Servizi preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione, intensificazione dell'attività formativa, stante la sua positiva ricaduta sulla operatività dei dipendenti, rispetto degli obblighi di trasparenza, la semplificazione dei flussi documentali, costante monitoraggio dei tempi procedurali.

## **5) La progettazione di misure organizzative per il trattamento del rischio:**

le misure organizzative ritenute valide ai fini del trattamento del rischio sono state centrate, prevalentemente, su quelle di semplificazione, efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa e soprattutto privilegiando l'attuazione del codice di comportamento.

In ottemperanza a quanto prescritto dall'art. 54 "Codice di comportamento" del D. Lgs 165/2001 e ss.m.i.,- " Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle Amministrazioni pubbliche"( nel testo novellato dalla citata l. 190/2012) è stato emanato il D.P.R. 16/04/2013 n. 62 "regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, redatto al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta dei dipendenti pubblici.

Il Codice di comportamento dei dipendenti e collaboratori dell'ASL Napoli 3 Sud è stato adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 813 del 2013.



Esso:

Integra e specifica le previsioni del codice generale di comportamento dei dipendenti pubblici, approvato con D.P.R. 16/04/2013 n. 62, ai sensi dell'art. 54 co. 5 come modificato dall'art. 1 co. 44 L. 190/2012 e D. Lgs 165/2001;

Tiene conto delle linee Guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni emanate da CIVIT-ANAC con deliberazione n. 75/2013, di quanto previsto nella determinazione ANAC n. 12 del 29/03/2017;

**6) Il monitoraggio sull'idoneità e sull'attuazione delle misure:**

per verificare l'idoneità delle misure adottate e la contestuale attuazione delle stesse, è stata prevista una programmazione di interventi, con cadenza semestrale, finalizzati a tale accertamento attraverso l'audit dei Responsabili delle Strutture nella loro qualità di Referenti del Responsabile della Prevenzione della Corruzione sopperendo alla mancata istituzione del gruppo di supporto;

**7) La programmazione dell'attuazione della trasparenza e il monitoraggio delle misure e il monitoraggio delle misure organizzative per garantire l'accesso civico semplice e generalizzato, ai sensi del d.lgs. n. 33 del 2013.**

In relazione alla suddetta programmazione si rimanda al documento che fa parte integrante del PIAO, redatto dalla Dr.ssa Angela Improta, Direttore del Servizio relazioni con il pubblico e pubblica tutela, nella qualità di Responsabile della Trasparenza dell'ASL Napoli 3 sud.

Illustrazione tabelle - Allegato-

Si allegano al presente documento le tabelle che illustrano la "mappatura dei processi e valutazione dei rischi", in relazione alle aree organizzative individuate quali maggiormente coinvolte nella programmazione degli interventi pianificati dalla direzione strategica, anche in previsione dell'attuazione del PNRR, che potrebbero essere suscettibili di accusare un più elevato rischio, effettuando una graduazione dello stesso in relazione ai processi sottesi alle varie attività.

Nelle stesse tabelle, sono state declinate le rispettive misure di prevenzione della corruzione per giungere alla piena trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa, per raggiungere gli obiettivi in materia di contrasto alla corruzione secondo quanto previsto dalla L. 190/2012 ed in conformità agli indirizzi adottati da ANAC con il PNA.

La mappatura dei processi attuati dall'amministrazione, come già esposto, è stata effettuata per le aree ritenute maggiormente a rischio corruzione ed è stata finalizzata ad individuare il contesto entro cui è stato valutato il rischio, individuando non solo il processo, ma le varie fasi e le diverse responsabilità per ciascuna fase; nell'ambito delle aree potrebbero risultare a rischio più processi oppure uno solo e l'area di rischio potrebbe coincidere con l'intero processo o con una sola sua fase.

Nella mappatura sono stati coinvolti i dirigenti competenti *ratione materiae*.

Per ciascuno processo è stata effettuata la valutazione del rischio, identificando, in primis, il rischio e descrivendolo nell'ambito del gruppo di lavoro con il coinvolgimento dei Dirigenti preposti, analizzando il rischio e cioè valutare le probabilità che si verifichi e l'impatto, cioè le conseguenze a livello economico, organizzativo.

I rischi vengono confrontati tra loro allo scopo di deciderne la priorità e l'urgenza del trattamento;

Nelle tabelle vengono riportate le risultanze delle misure, individuate dal Responsabile della prevenzione della corruzione con il coinvolgimento dei Dirigenti delle diverse articolazioni aziendali, per neutralizzarlo o ridurlo.

Secondo quanto stabilito dall'ANAC nell'allegato 1 al PNA 2019 *“Il trattamento del rischio è la fase volta ad individuare i correttivi e le modalità più idonee a prevenire i rischi, sulla base delle priorità emerse in sede di valutazione degli eventi rischiosi. In tale fase, le amministrazioni non devono limitarsi a proporre delle misure astratte o generali, ma devono progettare l'attuazione di misure specifiche e puntuali e prevedere scadenze ragionevoli in base alle priorità rilevate e alle risorse disponibili...”*

Gli adempimenti riportati all'interno delle tabelle, alla voce misure di prevenzione della corruzione, richiederanno un monitoraggio costante della loro attuazione.

Purtroppo, il Responsabile della prevenzione della corruzione, sia per la mancanza di risorse umane che finanziarie, sia per le dimensioni dell'ente, potrà incontrare grandi difficoltà nel poter garantire un controllo costante delle attività di rischio, secondo la calendarizzazione prevista dal RPC.

La disciplina vorrebbe che il monitoraggio fosse effettuato in sinergia tra l'anticorruzione e la trasparenza, in modo da incrociare i dati presenti ed avere un quadro chiaro e dettagliato delle criticità.

Pertanto, l'amministrazione, dovrà prodigarsi a garantire un reale supporto (risorse umane e tecnologiche) per consentire l'espletamento della suddetta attività di controllo, da parte dei Responsabili della Prevenzione della Corruzione e del responsabile della Trasparenza.

Questo permetterebbe di correre ai ripari da parte dei responsabili delle aree dove tali criticità si sono riscontrate.

Tra le misure obbligatorie di prevenzione della corruzione, riportate nelle tabelle allegate al presente documento, sono stati privilegiati i seguenti strumenti:

### **Il codice di comportamento**

Il Codice di comportamento aziendale è stato adottato dall'organo di indirizzo, su proposta del RPCT che ne ha curato la diffusione mettendo in rilievo che la violazione degli obblighi previsti dal Codice vengono registrati quali comportamenti contrari ai doveri d'ufficio e possono rappresentare fonte di responsabilità disciplinare, nonché, nei casi previsti, di responsabilità penale, civile, amministrativa o contabile.

Il decreto legislativo n. 165/2001 *“Norme generali sull'ordinamento alle dipendenza delle Amministrazioni pubbliche”* (nel testo novellato dalla più volte citata L.190/2012), all'art. 54 rubricato *“Codice di comportamento”* al comma n. 1 ha previsto *“Il Dipartimento della Funzione Pubblica, sentite le confederazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art. 43, definisce un codice di comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni, anche in relazione alle necessarie misure organizzative da adottare al fine di assicurare la qualità dei servizi che le stesse amministrazioni rendono ai cittadini”*. Tale Codice di comportamento è stato emanato con DPR n. 62/2013. Il comma 5 dello stesso articolo prevede *“L'organo di vertice di ciascuna pubblica amministrazione verifica, sentite le organizzazioni sindacali rappresentative ai sensi dell'art. 43 e le associazioni di utenti e consumatori, l'applicabilità del codice di cui al comma 1, anche per apportare eventuali integrazioni e specificazioni al fine della pubblicazione e dell'adozione di uno specifico codice di comportamento per ogni singola amministrazione”*.

Ambedue codici, assolvono alla funzione di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri minimi di diligenza, lealtà, imparzialità e buona condotta dei dipendenti pubblici.

### **La rotazione del personale**

La rotazione del personale è una misura anticorruzione a carattere generale, finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possono alimentare dinamiche improprie nella gestione della cosa

pubblica conseguenti alla permanenza nel tempo di posizioni, funzioni e ruoli in capo allo stesso soggetto che per lungo tempo si è occupato dello stesso tipo di attività, servizio, procedimento, instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, con il pericolo che il soggetto pubblico, titolare della funzione, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche illecite/inadeguate.

L'attivazione della rotazione degli incarichi del proprio personale, va effettuato tenendo conto che la misura va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione dell'Azienda, garantendo la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con contenuto tecnico e professionale.

Si tratta di esigenze già evidenziate dall'ANAC nella propria delibera del 4 febbraio 2015 n. 13, per l'attuazione dell'art. 1 commi 60 e 61 della L. 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 tecnica-sanitaria-amministrativa.

Esistono comunque dei limiti alla rotazione, relativamente agli incarichi c.d. "infungibili".

A tal proposito si fa presente che nel settore sanitario l'applicazione di tale misura è oltremodo delicata, in particolare, l'applicabilità del principio della rotazione, presenta criticità peculiari in ragione della specificità delle competenze richieste nello svolgimento delle funzioni.

Un altro condizionamento all'applicazione del principio della rotazione nel settore sanitario è costituito dalla infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie professionali specifiche, anche tenuto conto di ordinamenti peculiari di settore o di particolari requisiti per il reclutamento.

Il settore sanitario è infatti, sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicazione.

Le posizioni apicali di Direttore di U.O.C. per il personale medico e sanitario non medico (es. biologi, farmacisti, infermieri), le cui funzioni cliniche prevalgono su quelle gestionali, sono generalmente infungibili all'interno delle Aziende.

Per quanto riguarda le posizioni di Direttore di Dipartimento (funzioni prevalentemente gestionali), l'incarico deve essere conferito ad un Dirigente di U.O.C. tra quelli appartenenti al Dipartimento; pertanto, è possibile ritenere che tutti i suddetti Dirigenti di quel Dipartimento siano potenzialmente in grado di ricoprire - a rotazione - l'incarico.

Gli incarichi di Direzione in ambito amministrativo-tecnico-professionale richiedono anch'essi in molti casi competenze specifiche (es. ingegneria clinica, informatica, fisica sanitaria), e le figure in grado di svolgere questi compiti, sono in numero abbastanza limitato nelle aziende sanitarie.

In ogni caso, è utile che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi ed oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio corruzione ed al loro interno, gli uffici maggiormente esposti a fenomeni corruttivi.

Ciò consente di rendere trasparente il processo di rotazione e di stabilirne i nessi con altre misure di prevenzione della corruzione.

La programmazione delle rotazioni richiede il coordinamento del RPC ed il coinvolgimento di tutti i referenti del RPC e dei dirigenti, presenti all'interno della struttura.

Inoltre, come ogni misura specifica, la rotazione deve essere adattata alle caratteristiche intrinseche di ogni struttura (dimensione, dotazione organica, qualità del personale addetto, modalità di funzionamento degli uffici, distribuzione delle mansioni).

Infine, laddove per le ragioni suesposte, diventa impossibile assicurare concrete forme di rotazione nella assegnazione di incarichi di lavoro all'interno delle articolazioni stesse, rimane, come più

concreta azione di prevenzione della corruzione, la possibilità in capo ai direttori di struttura complessa, di prevedere e assicurare la intercambiabilità delle assegnazioni delle varie mansioni espletate da ciascun operatore, soprattutto nell'ambito del personale non dirigenziale dei vari ruoli, tra quelli specificamente assegnati.

### **Inconferibilità ed incompatibilità**

L'ANAC con Delibera n. 149/2014, ha stabilito che per le aziende sanitarie la normativa sulla inconferibilità e incompatibilità degli incarichi previsti dal D.Lgs. 39/2013, riguarda esclusivamente il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore dei Servizi Sociali.

L'obiettivo è quello di prevenire l'insorgere di situazioni di conflitto di interesse in grado di compromettere sin da subito l'imparzialità del pubblico funzionario, assicurando le migliori condizioni affinché l'attività amministrativa sia sottratta a condizionamenti esterni impropri, in ossequio ai principi sanciti dalla nostra Costituzione agli artt. 54 e 97.

Per ciò, le norme che disciplinano le ipotesi di inconferibilità ed incompatibilità, rientrano nell'ambito della strategia complessiva di prevenzione della corruzione, della quale costituiscono uno dei principali strumenti.

Per inconferibilità si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi dirigenziali e amministrativi di vertice a chi si trova in una delle condizioni di seguito descritte:

- Inconferibilità in caso di condanne penali per reati contro la P.A. anche con sentenza non passata in giudicato;
- Inconferibilità per provenienza da enti finanziati dal SSR;
- Inconferibilità per provenienza da incarichi politici.

Trattasi di una misura temporanea, che viene meno con il trascorrere del tempo, atta ad impedire che il soggetto che si trovi in una delle condizioni su indicate, possa compromettere la sua imparzialità. L'impedimento viene meno trascorso un lasso di tempo, individuato dalla normativa, e il soggetto può assumere l'incarico.

La situazione di inconferibilità non può essere sanata.

Nell'ipotesi in cui le cause di inconferibilità, sebbene esistenti ab origine non fossero note all'amministrazione ed emergessero nel corso del rapporto, il Responsabile della prevenzione è tenuto ad effettuare la contestazione all'interessato, il quale, previo contraddittorio, deve essere rimosso dall'incarico.

All'atto del conferimento dell'incarico, l'interessato presenta una dichiarazione in ordine all'insussistenza delle cause di inconferibilità.

Tale dichiarazione è prodotta prima del conferimento dell'incarico ed è condizione legale di efficacia dell'incarico stesso.

Qualora siano stati conferiti incarichi in violazione delle norme contenute nel decreto in esame, scatta la nullità degli atti di conferimento e la conseguente nullità dei relativi contratti.

In caso di dichiarazione mendace, per cinque anni, il soggetto che ha reso la falsa dichiarazione non può essere destinatario di incarichi.

Per incompatibilità, invece, si intende l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di direzione di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza dell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla P.A. che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali o l'assunzione della carica di componenti di organi di indirizzo politico.

La dichiarazione in ordine alla insussistenza di cause di incompatibilità va prodotta annualmente, dal momento che tale situazione può sorgere in capo allo stesso titolare o a un suo congiunto, anche nel corso dell'incarico, a differenza della dichiarazione relativa all'insussistenza di cause di inconferibilità che va prodotta prima del conferimento, perché come già detto, è condizione legale di efficacia dell'incarico.

La causa di incompatibilità può essere rimossa appunto, mediante rinuncia dell'interessato a uno degli incarichi che la legge ha considerato incompatibili tra loro.

### **Conflitti di interessi**

Come scriveva il Presidente dell'ANAC Dott. Raffaele Cantone” *il conflitto di interessi rappresenta il vero brodo di coltura della corruzione. Chi opera deve rispettare i criteri di imparzialità e soprattutto non trarre vantaggi in contrasto con quelli amministrativi di cui è portatore. Proprio per tale motivo il nostro sistema ha introdotto nuovi meccanismi di incompatibilità e inconferibilità, oltre all'istituto del pantouflage e una stretta rilevante sulla possibilità di svolgere incarichi di altro tipo all'infuori dell'ente pubblico di appartenenza*”.

Il conflitto di interessi viene generalmente definito come la situazione, condizione o insieme di circostanze che determinano o accrescono in rischio che gli interessi primari – consistenti nel corretto e imparziale adempimento dei doveri istituzionali, finalizzati al perseguimento del bene pubblico – possano essere compromessi da interessi secondari, privati o comunque particolari.

Il conflitto di interessi reale è quindi la situazione in cui l'interesse secondario (finanziario o non finanziario) di una persona tende ad interferire con l'interesse primario di un'altra parte, verso cui la prima ha precisi doveri di responsabilità.

Mentre il dipendente è in conflitto di interesse solo potenziale, avendo un interesse secondario, normalmente a seguito del verificarsi di un certo evento o per il fatto di avere relazioni sociali e/o finanziarie con individui o organizzazioni, tale interesse, potrebbe potenzialmente tendere ad interferire in un momento successivo, con un interesse primario, portando il dipendente in una situazione di conflitto di interesse reale.

In ogni caso, il dipendente ha l'obbligo di astenersi.

La definizione dell'obbligo di astensione è presente nel Decreto del Presidente della Repubblica n. 62/2013, cioè il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici che all'art.7 così dispone:

*“ Il dipendente si astiene dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività che possono coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di crediti o debito, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Il dipendente si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza. Sull'astensione decide il responsabile dell'ufficio di appartenenza”.*

In relazione allo specifico ambito sanitario, in caso di conflitto di interessi si fa riferimento al Codice di deontologia medica, che all'art. 30 così dispone: *“il medico evita qualsiasi condizione di conflitto di interessi nella quale il comportamento professionale risulti subordinato a indebiti vantaggi economici o di altra natura. Il medico dichiara le condizioni di conflitto di interessi riguardanti aspetti economici o di altra natura che possono manifestarsi nella ricerca scientifica, nella formazione, nell'aggiornamento professionale, nella prescrizione diagnostico -terapeutica, nella divulgazione scientifica, nei rapporti individuali e di gruppo con industrie, enti, organizzazioni e istituzioni, o con la Pubblica Amministrazione, attenendosi agli indirizzi applicativi allegati”.*

In ambito sanitario, particolare rilevanza riveste la questione relativa agli appalti. In materia è intervenuto in PNA 2016, il quale ha dedicato un apposito paragrafo agli “Acquisti in sanità” prevedendo: “ *Nell’ambito degli appalti in sanità, l’esigenza di affrontare in modo sistemico e strategico le situazioni di conflitto di interesse appare maggiormente sentita a causa delle caratteristiche strutturali di potenziale intrinseca prossimità di interessi presenti nell’organizzazione sanitaria con specifico riferimento al settore degli acquisti, generata dal fatto che i soggetti proponenti l’acquisto sono spesso anche coloro che utilizzano il materiale acquistato*”.

Lo stesso PNA su indicato, rinvia al Nuovo Codice degli appalti pubblici contenuto nel D.lgs. 50/2016, che all’art.42, rubricato per l’appunto “ Conflitto di interessi”, così recita: *Si ha conflitto di interessi quando il personale di una stazione appaltante o di un prestatore di servizi che, anche per conto della stazione appaltante, interviene nello svolgimento della procedura di aggiudicazione degli appalti e delle concessioni o può influenzare, in qualsiasi modo, il risultato, ha, direttamente o indirettamente, un interesse finanziario, economico o altro interesse personale che può essere percepito come una minaccia alla sua imparzialità e indipendenza nel contesto della procedura di appalto o di concessione*”.

Ad ogni buon conto, appare opportuno delineare la differenza tra conflitto di interesse e corruzione: una persona in conflitto di interessi, potrebbe non agire mai in modo improprio. Infatti, il conflitto di interesse non è un evento come la corruzione, ma un insieme di circostanze che creano il rischio che gli interessi primari possano essere compromessi dal perseguimento di quelli secondari.

La corruzione è la degenerazione di un conflitto di interessi, in quanto c’è sempre il prevalere di un interesse secondario su quello primario.

### **Attività extra istituzionale**

Per attività extra istituzionale si intende l’attività, non ricompresa nei compiti e nei doveri d’ufficio, da svolgersi in assenza di vincolo di subordinazione, al di fuori dell’orario di servizio, dalle sedi e dagli uffici dell’amministrazione di appartenenza, senza l’utilizzo di attrezzature o personale dell’azienda, a favore di altra amministrazione pubblica ovvero di soggetti privati, ai sensi dell’art. 53 del D.Lgs 165/2001 ed in conformità alla disciplina dettata in materia di incompatibilità e divieto di cumulo di impieghi.

### **Il conflitto di interessi negli incarichi extra istituzionali**

Secondo il principio di esclusività del rapporto di pubblico impiego fissato dalla costituzione, il dipendente pubblico non può svolgere incarichi extra servizio se non previamente autorizzati dall’amministrazione di appartenenza. Ovvero l’azienda può autorizzare gli incarichi effettuati al di fuori dell’orario di servizio - incarichi extra istituzionali – ai sensi dell’art. 53 D.lgs. 165/2001 soltanto se questi si configurano come “saltuari ed occasionali” e comunque sempre in assenza di conflitto di interessi.

### **Pantouflage**

La L. 190/2012 ha introdotto il comma 16 *ter* all’art. 53 del D.lgs. 165/2001, una norma volta ad evitare il conflitto di interesse del dipendente in un periodo successivo alla cessazione del rapporto di lavoro.

Tale divieto non riguarda indiscriminatamente tutti i dipendenti pubblici, ma soltanto coloro i quali negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto dell’azienda.

Per questi soggetti è vietato svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri.

I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto sopra previsto, sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti, di contrattare con le pubbliche

amministrazioni per i tre anni successivi, con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti ed accertati ad essi riferiti.

La norma intende prevenire uno scorretto esercizio dell'attività istituzionale da parte del dipendente pubblico, un conflitto di interessi ad effetto differito, finalizzato a precostituirsì un *favor* nei confronti di colui che in futuro potrebbe conferirgli incarichi professionali, in relazione al diretto collegamento con il principio costituzionale di trasparenza, imparzialità, buon andamento e di quello che impone ai pubblici impiegati esclusività del servizio a favore dell'amministrazione. (vedi art. 97 e 98 Cost).

### **Rapporti con gli Stakeholder**

Gli stakeholder - portatori di interessi - ovvero i pazienti e i loro familiari, i cittadini, le organizzazioni di rappresentanza della collettività, le associazioni di volontariato no profit, gli enti locali, il personale e i dirigenti delle aziende sanitarie, i sindacati etc.etc., rappresentano per l'azienda un fattore di confronto di fondamentale importanza.

Il coinvolgimento di questi soggetti all'interno dell'organizzazione è una componente fondamentale di un sistema sanitario che voglia migliorare i propri livelli di sicurezza e qualità dell'assistenza.

Il loro contributo è utile per le attività di segnalazione, di informazione, indagine e miglioramento.

In tutto il mondo, le organizzazioni sanitarie incoraggiano una stretta collaborazione con i pazienti e loro famiglie. Addirittura, l'OMS ha promosso un'area "*Patients for patients Safety*", dedicata all'approfondimento delle possibili iniziative in questo ambito.

Il coinvolgimento del paziente al processo decisionale di cura che lo riguarda, garantisce una migliore aderenza alle cure, migliore è la sua soddisfazione e migliori saranno i risultati clinici. In particolare, attraverso il consenso informato, il paziente riceve delle informazioni sulle opzioni di cura, ha quindi le informazioni e le preferenze necessarie al fine di prendere una decisione.

### **La Carta dei servizi**

Attraverso l'adozione della Carta dei servizi, le aziende sanitarie, introducono un altro strumento di partecipazione a favore dei cittadini.

Si tratta di uno strumento che risponde alle richieste provenienti da un'utenza sempre più attenta alla tutela dei propri interessi, nel tentativo di adeguare l'erogazione di servizi di pubblica utilità a quelle che sono le istanze e i bisogni effettivi dei consumatori-utenti, rispettando determinati standard qualitativi e quantitativi.

Ciò avviene anche per il settore della salute nell'ambito del quale le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere, sono tenute a pubblicare una Carta dei servizi per illustrare ai cittadini le strutture disponibili, i servizi offerti e gli strumenti di tutela a loro disposizione, l'ASL Napoli 3 Sud utilizza il proprio sito per informare i cittadini dell'offerta dei servizi sanitari, fondata su alcuni principi fondamentali:

- ◆ Uguaglianza. L'accesso ai servizi sanitari deve essere garantito senza alcuna distinzione per motivi di sesso, razza, religione ed opinioni politiche;
- ◆ Imparzialità. La prestazione dei servizi sanitari deve avvenire senza alcun tipo di favoritismo;
- ◆ Continuità. L'erogazione dei servizi sanitari deve essere continua e regolare. In caso di funzionamento irregolare debbono essere adottate misure volte ad arrecare agli utenti il minor disagio possibile.
- ◆ Partecipazione. I cittadini, direttamente o tramite le associazioni che li rappresentano, devono sempre poter esprimere le proprie opinioni sui servizi che li riguardano, prevedendo appositi strumenti di partecipazione e coinvolgimento. Ad esse deve essere prestata massima attenzione nell'ottica di un miglioramento continuo della qualità dei servizi stessi.

- ◆ Efficacia ed efficienza. Il servizio deve essere erogato secondo gli obiettivi prefissati e in modo tale da non disperdere le risorse umane ed economiche a disposizione.
- ◆ Diritto di scelta. Il cittadino ha diritto di scegliere, tra i soggetti che erogano servizi sul territorio, quelli di cui ha necessità.

Nel caso in cui i principi di cui si è detto vengano violati, i cittadini possono facilmente accedere a procedure di reclamo all'Ufficio Relazioni con il Pubblico URP, istituito presso l'azienda. L'URP, oltre ai compiti di informazione e orientamento, si occupa anche della raccolta e della gestione delle segnalazioni provenienti dai cittadini, allo scopo di migliorare i servizi forniti dalla struttura.

### **Il monitoraggio dei tempi procedimentali**

Il monitoraggio periodico dei tempi procedimentali costituisce un obbligo previsto nell'art. 1 co. 28 della L.190/2012, ai sensi del quale *“Le amministrazioni provvedono altresì al monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedimentali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie. I risultati del monitoraggio sono consultabili nel sito web istituzionale di ciascuna amministrazione”*.

In linea con la previsione normativa contenuta all'art. 1 co. 9 lett. d) della già menzionata legge, come modificata dal D.lgs. 97/2016, il Piano triennale della prevenzione della corruzione dell'ASL Napoli 3 sud ha definito le modalità di monitoraggio del rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti.

Il monitoraggio tende all'accertamento dell'eventuale inosservanza dei termini di conclusione dei procedimenti amministrativi e, conseguentemente, all'avvio di azioni necessarie per l'eliminazione delle eventuali anomalie riscontrate.

La procedura di verifica dei termini procedimentali si articola in diverse fasi:

La fase della rilevazione: alla fase di rilevazione sono chiamati a collaborare i Responsabili delle U.O. e/o altre strutture e/o i Responsabili dei procedimenti amministrativi, nonché i Referenti per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai quali è attribuito il compito di raccolta dei dati di competenza della struttura di afferenza.

Tali Responsabili e/o Referenti devono indicare, per ogni tipologia di procedimento amministrativo di propria competenza e per ciascun procedimento:

- la data di avvio del procedimento,
- la data di conclusione del procedimento;
- la durata del procedimento;
- le eventuali cause di inosservanza del termine stabilito di conclusione;
- le iniziative eventualmente adottate per assicurare il rispetto dei termini procedimentali.

La fase della verifica dei dati e del controllo: in tali fasi si verificano la completezza e la coerenza delle informazioni raccolte e la verifica degli stessi, anche attraverso sorteggi a campione.

La fase della pubblicazione: conclusa la fase di verifica dei dati il RPCT all'esito della rilevazione, provvede alla pubblicazione nella sezione “Amministrazione Trasparente - Altri contenuti - Prevenzione della corruzione” del sito web istituzionale.

### **La tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (Whistleblower)**

L'art. 54 *bis* del D. Lgs.165/2001, come novellato dall'art. 1 co. 51 della L. 190/2012, prevede specificamente il divieto di discriminazione nei confronti del “*whistleblower*”, ovvero del dipendente che segnali illeciti o comportamenti meritevoli di considerazioni, stabilendo che la denuncia sia



sottratta al diritto di accesso: *“l’anonimato del dipendente che segnali illeciti, viene garantito, al fine di evitare che lo stesso ometta di effettuare segnalazioni per il timore di subire conseguenze pregiudizievoli, fatte salve le disposizioni di legge in materia penale, civile, amministrativa”*.

L'ASL Napoli 3 Sud attraverso il sistema informatico, ai fini dell'attuazione della tutela del dipendente che effettui segnalazioni di cui all'art. 54 *bis* del D.lgs. n. 165/2001, rispetta gli specifici obblighi di riservatezza.

Infatti, sono stati previsti canali differenziati e riservati per ricevere le segnalazioni la cui gestione è affidata ad un ristretto numero di persone. Inoltre, vengono disposti codici sostitutivi dei dati identificativi del denunciante e predisposti modelli per ricevere le informazioni utili per individuare gli autori della condotta illecita e le circostanze dei fatti.

Sono previsti obblighi di riservatezza a carico di tutti coloro che ricevano o vengano a conoscenza della segnalazione e di coloro che successivamente venissero coinvolti nel processo di gestione della segnalazione, salve naturalmente le comunicazioni che per legge o in base al P.N.A. debbano essere effettuate.

Le segnalazioni, di regola, vengono indirizzate al Responsabile della prevenzione della corruzione e all'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), che, ricevuta la segnalazione, assume le adeguate iniziative a seconda del caso.

La tutela del segnalatore è supportata anche da una efficace attività di sensibilizzazione, comunicazione e formazione sui diritti e gli obblighi relativi alla divulgazione delle azioni illecite.

I dipendenti ed i collaboratori, che vogliono segnalare situazioni di illecito, fatti di corruzione ed altri reati contro la pubblica amministrazione, fatti di presunto danno erariale o altri illeciti amministrativi, di cui sono venuti a conoscenza, seguono le istruzioni ed utilizzano il modello che scaricabile dal sito istituzionale dell'Amministrazione link Amministrazione Trasparente – Prevenzione della corruzione.

## **DISPOSIZIONI CONCLUSIVE**

Per quanto non espressamente indicato nel presente piano, trovano applicazione le norme dettate dalla L. 190/2012 e il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione vigente in questa Azienda, di cui questo costituisce aggiornamento.

**Il Direttore del Servizio Affari Generali  
n.q. di Responsabile della prevenzione della Corruzione  
Dr.ssa Carmela Frontoso**

**ALLEGATO A**  
**MAPPATURA DEI PROCESSI**  
**E VALUTAZIONE**  
**DEI RISCHI**