

## AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

### DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. <u>0165</u>
Del <u>31 GEN. 2017</u>

**OGGETTO: Adozione dell'Aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione anni 2017-2018-2019 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<sup>^</sup> e 36<sup>^</sup> 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<sup>^</sup>, 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<sup>A</sup> e 50<sup>A</sup>, 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<sup>A</sup>, 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";
- 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:**

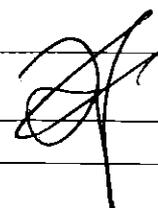
- questa ASL di Bari, nel rispetto del Piano Nazionale Anticorruzione, ha adottato il Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della corruzione e il Piano Aziendale per l'attuazione della Trasparenza e l'integrità come di seguito riportato:
  - deliberazione del Direttore Generale n.154 del 31.01.2014;
  - 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
- in sede di riunioni di budget per gli obiettivi 2016/2017 tenutesi con i Direttori dei Dipartimenti aziendali come da calendario formalizzato in atti, il Responsabile per la prevenzione della corruzione e trasparenza ha esperito contestualmente una consultazione per l'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della corruzione e il Piano Aziendale per l'attuazione della Trasparenza e l'integrità;

**Preso atto:**

- della necessità da parte della ASL di Bari di aggiornare nei termini di legge (entro il 31 gennaio 2016) il Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della corruzione anni 2017 - 2018 - 2019 che prevede apposita sezione "Trasparenza" allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e che qui si intende integralmente trascritto;

Il Dirigente RPCT

Avv. 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 2017 - 2018 - 2019 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 2017 - 2018 - 2019;

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 2017 - 2018 - 2019 nelle strutture di appartenenza;

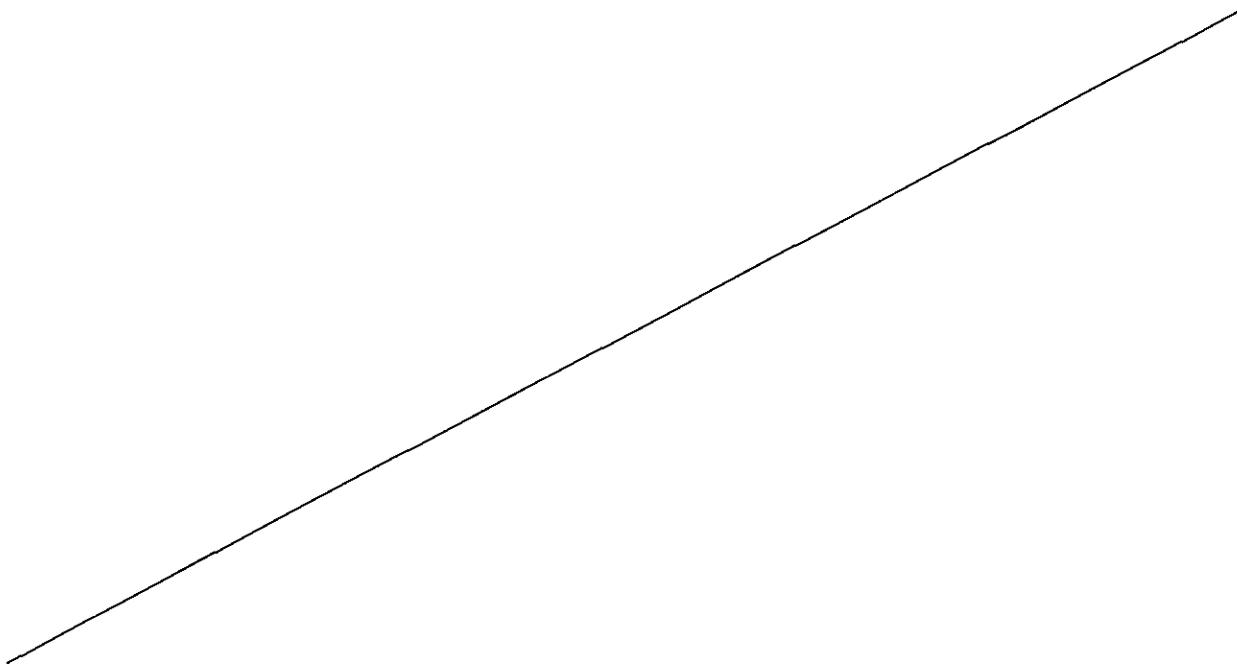
D) di dare mandato al Responsabile dell'Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione di trasmettere la presente deliberazione:

- 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 Comitato Unico di Garanzia;
- all'Organismo Indipendente di Valutazione;

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**

## **2017-2018-2019**

Gennaio 2017

---

**Ufficio per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità**

**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](mailto:responsabile.prevenzione.corruzione@asl.bari.it);

[anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it)

## **INDICE**

### **SEZIONE 1^**

#### **Piano Triennale per la Prevenzione e Repressione della Corruzione (2017-2018-2019)**

- 1.1. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Bari
- 1.2. Premessa
- 1.3. Definizione di corruzione
- 1.4. Riferimenti normativi
- 1.5. Obiettivi del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione
- 1.6. Finalità del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione
- 1.7. Ulteriori misure proposte nel Piano dell'ASL di Bari per prevenire e contrastare la Corruzione in Sanità
- 1.8. Gli attori della Prevenzione della Corruzione
- 1.9. Strategia per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza.
- 1.10. Collegamento tra il presente Piano e obiettivi di budget aziendali
- 1.11. Procedure e misure da realizzare nel 2017 nell'ASL Bari e da rinnovare per il prossimo triennio dal RPCT
- 1.12. Aree di rischio
- 1.13. Processo di gestione del rischio e Misure volte alla prevenzione del rischio
- 1.14. La rotazione del personale
- 1.15. Codice di Comportamento e diffusione di Buone Pratiche
- 1.16. Obbligo di astensione e segnalazione di potenziali conflitti di interessi
- 1.17. Misure per garantire il rispetto del Codice di Comportamento e del Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per l'attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti nel caso di violazione dei propri doveri.
- 1.18. Modalità per la segnalazione da parte dei dipendenti di condotte illecite e il progetto "Curiamo la corruzione"
- 1.19. Disposizioni in materia di inconferebilità e incompatibilità degli incarichi e autorizzazione di incarichi esterni.
- 1.20. La gestione dei conflitti di interesse
- 1.21. Attività di controllo
- 1.22. Servizio Ispettivo Aziendale
- 1.23. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti
- 1.24. Formazione dei dipendenti

1.25. Attività legate al Benessere Organizzativo

1.26. Cenni alla ISO 37001 "Anti-bribery management systems"

1.27. Norma finale

Allegato A)

*Analisi del processo di prevenzione della corruzione e dell'organizzazione*

Allegato B)

*Attività e processi a rischio di corruzione e relative misure di prevenzione 2017-2019*

## **SEZIONE 2^**

### **Piano Aziendale per l'attuazione della Trasparenza e Integrità (2017-2018-2019)**

2.1. Definizione Trasparenza (aggiornamento al d.lgs 97/2016)

2.2. Obiettivi strategici, procedimento di elaborazione ed adozione del Piano Aziendale

2.3. Iniziative di comunicazione della trasparenza

2.4. Posta elettronica certificata (PEC)

2.5. Organizzazione delle giornate della trasparenza

2.6. La formazione

2.7. L'accesso civico: promozione dell'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato e definizione della *governance* per la gestione coordinata delle diverse tipologie di accesso civico (civico, generalizzato e documentato)

2.8. Processo di attuazione del programma e specifica degli obblighi di pubblicazione

2.9. Referenti per la trasparenza e modalità di coordinamento con il Responsabile per la Trasparenza

2.10. Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

2.11. Rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"

2.12. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico

2.13. Dati ulteriori

## **SEZIONE 3^**

### **Analisi del CONTESTO INTERNO**

## **SEZIONE 4^**

### **Analisi del CONTESTO ESTERNO**

## **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.**

Piani Triennale di Prevenzione della Corruzione

**P.T.T.I.**

Programma Triennale di trasparenza e Integrità

**U.P.D.**

Ufficio Procedimenti Disciplinari

**S.I.A.**

Servizio Ispettivo Aziendale

## 1.1. L'Azienda Sanitaria Provinciale di Bari

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: l'auspicio è che anche questo documento possa dare un contributo alla stabilizzazione organizzativa e gestionale della ASL Provinciale. Si tratta di un importante punto di partenza che consentirà la necessaria pianificazione pluriennale in modo da realizzare la tanto auspicata coerenza e equilibrio tra l'obiettivo generale di tutela della salute e le risorse disponibili.

## 1.2. Premessa

Il Presente documento aggiorna il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e il Programma Triennale per l'attuazione della Trasparenza e l'Integrità già adottati dalla ASL di Bari 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

e definisce il Piano di Prevenzione della Corruzione per il triennio 2017-2019 con allegato per la prima volta, in ossequio all'indirizzo fornito dall'ANAC, il Piano per la Trasparenza ed Integrità.

Il presente documento viene predisposto sulla base dell'Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dall'ANAC, giusta Delibera n. 831 del 3.8.2016, reso necessario in virtù degli interventi normativi che hanno fortemente inciso sul sistema di prevenzione della corruzione a livello istituzionale.

Significativa, infatti, è la disciplina introdotta dal decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito in legge 11 agosto 2014, n. 114, recante il trasferimento completo delle competenze sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza dal Dipartimento della Funzione Pubblica (DFP) all'ANAC, nonché la rilevante riorganizzazione dell'ANAC e l'assunzione delle funzioni e delle competenze della soppressa Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici (AVCP).

Si fa riferimento, inoltre, 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.

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 (ovvero le misure di integrazione di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231).

Oltre ai contenuti evidenziati nel PNA 2013 e nella determinazione 12/2015, si evidenzia che il d.lgs. 97/2016, nel modificare il d.lgs. 33/2013 e la legge 190/2012, ha fornito ulteriori indicazioni sul contenuto del PTPC. In particolare, il Piano assume un valore programmatico ancora più incisivo, dovendo necessariamente prevedere gli obiettivi strategici per il contrasto alla corruzione fissati dall'organo di indirizzo. L'elaborazione del PTPC presuppone, dunque, il diretto coinvolgimento del vertice delle Pubbliche Amministrazioni degli enti in ordine alla determinazione delle finalità da perseguire per la prevenzione della corruzione, decisione che è elemento essenziale e indefettibile del Piano stesso e dei documenti di programmazione strategico-gestionale. Altro contenuto indefettibile del PTPC riguarda la definizione delle misure organizzative per l'attuazione effettiva degli obblighi di trasparenza. La soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, per effetto della nuova disciplina, comporta che l'individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non sia oggetto di un separato atto, ma sia parte integrante del PTPC come "apposita sezione".

Quest'ultima deve contenere, dunque, le soluzioni organizzative idonee ad assicurare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione di dati e informazioni previsti dalla normativa vigente. In essa devono anche essere chiaramente identificati i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni.

Le nuove disposizioni normative (art. 1, comma 8<sup>a</sup>, Legge 190/2012) prevedono che il PTPC debba essere trasmesso all'ANAC. Al riguardo si precisa che, in attesa della predisposizione di un'apposita piattaforma informatica, in una logica di semplificazione degli adempimenti, non deve essere trasmesso alcun documento ad ANAC. Tale adempimento si intende assolto con la pubblicazione del PTPC sul sito istituzionale, sezione "Amministrazione trasparente/Altri contenuti Corruzione". I documenti in argomento e le loro modifiche o aggiornamenti rimangono pubblicati sul sito unitamente a quelli degli anni precedenti.

### **1.3. Definizione di 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 consistenti 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 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. 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 la propria attenzione sul funzionamento dell'organizzazione, rappresenta una occasione di miglioramento della nostra organizzazione, anche al fine di invertire la tendenza che ha allontanato la PA dai cittadini, recuperando 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.

#### **1.4. 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 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 dell'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:

- 1) 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."
- 2) 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, nel rispetto dei principi e criteri direttivi dei commi 35 e 36 art.1 L. 190, 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<sup>a</sup>). Nel provvedimento sono definite, in maniera vincolante, le norme e le sanzioni relative ai mancati adempimenti. Sono inoltre individuate 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; tali informazioni sono pubblicate in formato idoneo a garantire l'integrità del documento; deve essere inoltre, curato l'aggiornamento, di semplice consultazione e devono indicare la provenienza; devono inoltre risultare riutilizzabili
- 3) 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".
- 4) 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,
- 5) 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"
- 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:

- 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"
- Aggiornamento 2016 al Piano Nazionale Anticorruzione - Delibera ANAC 831 del 3 agosto 2016;
- Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015;
- Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica e approvato con la delibera n. 72 dell'11 settembre 2013;
- Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni, approvate con la delibera n. 75 del 24 ottobre 2013.

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

### **1.5. Obiettivi del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione**

I principali obiettivi del Piano Triennale dell'Azienda Provinciale di Bari sono a:

1. creare un contesto sfavorevole alla corruzione
2. ridurre le opportunità/condizioni per cui si possono generare casi di corruzione
3. aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione.

## **1.6. Finalità del Piano Triennale per la Prevenzione della corruzione**

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 mediante incontri 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 presenti agli incontri delle novità emanate dall'ANAC (in modo dettagliato è stata offerta spiegazione della determina dell'ANAC n. 831 del 03/08/2016);
- partendo dalla 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 ancora molte unità operative non hanno ancora ben chiara la distinzione tra procedimenti e processi.
- l'individuazione delle misure già adottate e 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 di 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 incontrato anche le Associazioni della ASL di Bari iscritte al Comitato Consultivo Misto per rappresentare le ultime novità in materia di anticorruzione e trasparenza.

L'Azienda 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,
- 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.

### **1.7. Ulteriori misure proposte nel Piano dell'ASL di Bari per prevenire e contrastare la Corruzione in Sanità**

#### *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.

#### *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 proposta è il d.lgs. 33/2013 che si focalizza sulla pubblicazione online delle informazioni in possesso delle pubbliche amministrazioni.

#### *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 saranno 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.

#### *Etica quale azione di contrasto a forme di corruzione non percepite*

Nel 2017 si aggiorneranno i corsi in house specifici e monotematici sulle tematiche dell'etica e del codice di comportamento.

#### *Aumentare controlli sull'esecuzione dell'appalto*

La realizzabilità della presente proposta è relativamente alta visto che numerose forme di controllo sono già in vigore. In una sezione a parte verranno proposte concrete e aggiuntive iniziative per il 2017, e quelle da programmare per il 2018-2019.

#### *Pubblicare indicatori di attività e di out come*

li d.lgs. 33/2013 prevede importanti novità a favore della trasparenza e della pubblicazione online delle informazioni in mano alla 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.

#### *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.

#### *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/>.)

### *Rendere pubblici i pagamenti effettuati*

Questa proposta è realizzata considerando gli obblighi sulla trasparenza e sulla diffusione online delle informazioni imposti dal d.lgs. 3312013.

### *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.

## **1.8. 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. , 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<sup>a</sup>, 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<sup>a</sup>, 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<sup>a</sup> lett. f) del d.lgs. 97/2016), 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 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; entro lo stesso termine l'Ufficio Affari Generali trasmette al Responsabile della Prevenzione una relazione in merito alle anomalie riscontrate nell'attività di verifica. Le comunicazioni saranno parte integrante della relazione, sull'attività svolta e sui risultati conseguiti, che il Responsabile è tenuto a presentare, di norma, entro il 15 dicembre di ogni anno. 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 di doveri 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<sup>a</sup>, 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 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<sup>a</sup>, 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. 331/2013, come novellato dal d.lgs. 97/2016), 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<sup>a</sup>, lett. c) è disposto che il PTPC preveda "obblighi di informazione nei confronti del RPCT 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. 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. l-bis) lter) 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. l), 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, co. 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***

Date le dimensioni territoriali e il 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.

A questo punto, però, considerato l'orientamento dell'ANAC di unire le figure della prevenzione della corruzione e della trasparenza, si procederà da subito, entro il 2017, 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, fermo restando che il Responsabile si riserva 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 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 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.

### ***STAKEHOLDERS***

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 Stakeholders 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.

### **1.9. Strategia per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza.**

Gli strumenti introdotti dalla normativa si sono inseriti, all'interno dell'Azienda Provinciale di Bari, in un sistema di controllo interno già impostato ed orientato al miglioramento continuo della qualità dei processi aziendali. La scelta dell'Azienda nella prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza 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).

### **1.10. Collegamento tra il presente Piano e obiettivi di budget aziendali**

Una strategia efficace per la prevenzione della corruzione e l'attuazione della trasparenza richiede l'integrazione e la coerenza tra il PTPC e gli obiettivi di performance dell'organizzazione, gli indicatori e i target: le misure previste dal Piano aziendale devono essere tradotte in obiettivi organizzativi e individuali assegnati ai relativi responsabili.

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 e dell'anno 2017: 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.

Ciò significa che nel 2017 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.

I Direttori/Dirigenti/Responsabili della ASL di Bari sono responsabili dell'effettiva e puntuale attuazione dei regolamenti e procedure aziendali, delle disposizioni del Piano e di tutte le misure, sia generali che specifiche.

### **1.11. Procedure e misure da realizzare nel 2017 nell'ASL Bari e da rinnovare per il prossimo triennio dal RPCT**

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 tenute 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. Dette Linee guida è previsto siano adottate entro Marzo 2017.

Si precisa sin da ora che le disposizioni transitorie dettate al comma 1<sup>a</sup> 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 l. 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,co.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.

## **1.12. 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.

#### **ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E GESTIONE DELLE LISTE D'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 la fine del 2017, 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.

#### **RAPPORTI CONTRATTUALI CON STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE**

Le fasi dell'autorizzazione e l'accreditamento istituzionale 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.

#### **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 la volontà, entro la fine del 2017, da parte della Direzione Strategica di effettuare una rianalisi delle modalità organizzative dell'assistenza farmaceutica aziendale ipotizzando virtuosi progetti aziendali incentivanti, pertanto, sarà un 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 consentirà di analizzare in modo integrato le prestazioni farmaceutiche, diagnostiche e specialistiche (nonché i ricoveri ospedalieri) fruite dalla propria popolazione di assistiti.

#### **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 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.

#### **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 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.

#### **ATTIVITA' CONSEQUENTI 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 questa area sarà inserita in programma di regolamentazione/audit entro il 2017 per verificare le modalità di organizzazione nei diversi presidi ospedalieri aziendali e individuando le misure di miglioramento. L'analisi permetterà di omogeneizzare la procedura prevedendo ad esempio, l'affissione, nei locali degli obitori, dell'elenco di tutte le ditte operanti nel settore aventi sede sul territorio provinciale, dal quale eventualmente 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 verrà consegnata una brochure con le informazioni in merito alla procedura interna da seguire.

### **1.13. Processo di gestione del rischio e misure volte alla prevenzione del rischio**

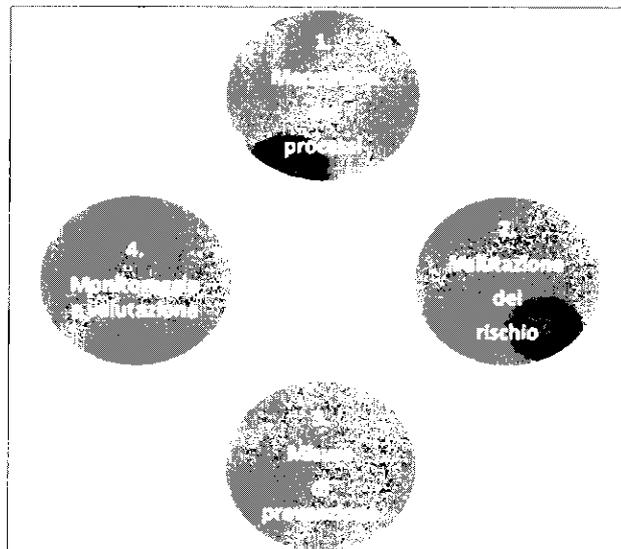
La finalità di questa attività è quello di consentire l'emersione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

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 de contesto esterno ed interno (vedi allegati), 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 2017-2018-2019;
- 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).

#### **1.14. La 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<sup>a</sup>, lett. b) della l. 190/2012, 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<sup>a</sup>, 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 l. 190/2012, 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<sup>a</sup>, 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<sup>a</sup>, 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 rotazione**

L'ASL di Bari nel corso del 2016 ha iniziato come da Piano Aziendale la 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";

### **Criteri della rotazione**

Il PTPC deve indicare i criteri della rotazione. Tra i criteri vi sono, ad esempio: a) quello dell'individuazione degli uffici da sottoporre a rotazione; b) la fissazione della periodicità della rotazione; c) le caratteristiche della rotazione, se funzionale o territoriale.

Sui criteri di rotazione declinati nel PTPC la Delibera ANAC n. 8 31 de l 3 agosto 2016 recita "le amministrazioni devono dare preventiva e adeguata informazione alle organizzazioni sindacali, ciò al fine di consentire a queste ultime di presentare proprie osservazione e proposte. Ciò non comporta l'apertura di una fase di negoziazione in materia."

### **Programmazione pluriennale della rotazione**

È fondamentale che la rotazione sia programmata su base pluriennale, tenendo in considerazione i vincoli soggettivi e oggettivi come sopra descritti, dopo che sono state individuate le aree a rischio corruzione e 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 le altre misure di prevenzione della corruzione. La programmazione della rotazione richiede non solo il coordinamento del RPCT, ma anche e soprattutto il forte coinvolgimento di tutti i dirigenti e dei referenti del RPCT, se presenti all'interno della struttura. Come ogni misura specifica, la rotazione deve essere calibrata in relazione alle caratteristiche peculiari di ogni struttura (dimensione e relativa

dotazione organica, qualità del personale addetto, modalità di funzionamento degli uffici, distribuzione del lavoro e delle mansioni).

### ***Gradualità della rotazione***

Tenuto conto dell'impatto che la rotazione ha sull'intera struttura organizzativa, la stessa è stata programmata secondo un criterio di gradualità per mitigare l'eventuale rallentamento dell'attività ordinaria. A tal fine sono stati considerati, innanzitutto, gli uffici più esposti al rischio di corruzione, per poi considerare gli uffici con un livello di esposizione al rischio più basso.

A tal proposito nel corso del 2016 si è proceduto a far ruotare tutte le Aree Aziendali a maggiore rischio (AGRF, AGRU, AGP, AGT, ASSS).

Con specifico riferimento al personale non dirigenziale, il criterio della gradualità implica, ad esempio, che le misure di rotazione riguardino in primo luogo i responsabili dei procedimenti nelle aree a più elevato rischio di corruzione e il personale addetto a funzioni e compiti a diretto contatto con il pubblico.

Allo scopo di evitare che la rotazione determini un repentino depauperamento delle conoscenze e delle competenze complessive dei singoli uffici interessati, potrebbe risultare 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.

### ***Monitoraggio e verifica***

Si sottolinea che i dirigenti sono tenuti a mettere a disposizione del RPCT ogni informazione utile per comprendere come la misura venga progressivamente applicata e quali siano le eventuali difficoltà riscontrate.

Analogamente, il dirigente con responsabilità in materia di formazione rende disponibile al RPCT ogni informazione richiesta da quest'ultimo sull'attuazione delle misure di formazione coordinate con quelle di rotazione.

Nella relazione annuale il RPCT espone il livello di attuazione delle misure di rotazione e delle relative misure di formazione, motivando gli eventuali scostamenti tra misure pianificate e realizzate. Quest'ultima, insieme alle segnalazioni comunque pervenute all'Autorità, costituirà una base informativa di grande rilievo da cui muoverà l'azione di vigilanza di ANAC.

### ***Rotazione del personale dirigenziale***

Per il personale dirigenziale, la disciplina è applicabile a tutti i dirigenti [ es. UOC, UOSVD, UOS, alta professionalità o equiparati.

Negli uffici individuati come a più elevato rischio di corruzione, è stato utilizzato il criterio preferibile che la durata dell'incarico fosse fissata al limite minimo legale. Alla scadenza, la responsabilità dell'ufficio o del servizio dovrebbe essere di regola affidata ad altro dirigente, a prescindere dall'esito della valutazione riportata dal dirigente uscente. Invero, l'istituto della rotazione dirigenziale, specie in determinate aree a rischio, dovrebbe essere una prassi "fisiologica", mai assumendo carattere punitivo e/o sanzionatorio.

Essendo la rotazione una misura che ha effetti su tutta l'organizzazione di un'amministrazione, progressivamente la rotazione dovrebbe essere applicata anche a quei dirigenti che non operano nelle aree a rischio. Ciò tra l'altro sarebbe funzionale anche a evitare che nelle aree di rischio ruotino sempre gli stessi dirigenti.

La mancata attuazione della rotazione deve essere congruamente motivata da parte del soggetto tenuto all'attuazione della misura.

#### ***Rotazione del personale non dirigenziale***

La rotazione ordinaria del personale non dirigenziale può essere effettuata o all'interno dello stesso ufficio o tra uffici diversi nell'ambito della stessa amministrazione. La rotazione è applicabile anche ai titolari di posizione organizzativa, nei casi in cui nell'amministrazione il personale dirigenziale sia carente o del tutto assente.

#### ***Rotazione nell'ambito dello stesso ufficio***

Il personale potrebbe essere fatto ruotare nello stesso ufficio periodicamente, con la rotazione c.d. "funzionale", ossia con un'organizzazione del lavoro basata su una modifica periodica dei compiti e delle responsabilità affidati ai dipendenti. Ciò può avvenire, ad esempio, facendo ruotare periodicamente i responsabili dei procedimenti o delle relative istruttorie; applicando anche la rotazione dei funzionari che facciano parte di commissioni interne all'ufficio o all'amministrazione.

#### ***Rotazione nella stessa amministrazione tra uffici diversi***

Nell'ambito della programmazione della rotazione, può essere prevista una rotazione funzionale tra uffici diversi.

In altro modo, nelle strutture complesse o con articolazioni territoriali, la rotazione può avere carattere di "rotazione territoriale", nel rispetto delle garanzie accordate dalla legge in caso di spostamenti di questo tipo.

Sull'argomento l'ANAC è intervenuta evidenziando come la rotazione territoriale possa essere scelta dall'amministrazione ove la stessa sia più funzionale all'attività di prevenzione e non si ponga in contrasto con il buon andamento e la continuità

dell'attività amministrativa, a condizione che i criteri di rotazione siano previsti nel PTPC o nei successivi atti attuativi e le scelte effettuate siano congruamente motivate.

***Rotazione straordinaria nel caso di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva***

Come già sopra richiamato, l'art. 16, comma 1<sup>a</sup>, lett. 1-quater) del d.lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali "provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva", senza ulteriori specificazioni. Naturalmente restano ferme le altre misure previste in relazione alle varie forme di responsabilità.

Certamente dalla stessa si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. Si tratta, quindi, di una misura di carattere eventuale e cautelare tesa a garantire che nell'area ove si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo.

Per quanto attiene all'ambito soggettivo di applicazione, dal testo normativo sembra evincersi che detta forma di rotazione in quanto applicabile al "personale" sia da intendersi riferibile sia al personale dirigenziale, sia non dirigenziale.

Mentre per il personale non dirigenziale la rotazione si traduce in una assegnazione del dipendente ad altro ufficio o servizio, nel caso di personale dirigenziale, ha modalità applicative differenti comportando la revoca dell'incarico dirigenziale e, se del caso, la ri-attribuzione di altro incarico.

La rotazione dei dirigenti ed in alcuni casi anche dei dipendenti, rappresenta uno strumento fondamentale per contrastare la corruzione, che potrebbe essere favorita dall'incrostarsi di funzioni, responsabilità e relazioni negli stessi incarichi, non fosse altro per la confidenza e la forza dell'abitudine che emergono.

E' parere di questa Azienda, tuttavia, ritenere che la rotazione e l'alternanza tra dirigenti nell'assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure sia diretta a ridurre il rischio che possano crearsi relazioni pericolose tra amministratori e utenti/clienti/fornitori, con il pericolo dell'affermarsi di situazioni di privilegio e l'aspettativa a risposte illegali improntate a collusione.

### **1.15. Codice di Comportamento e diffusione di Buone Pratiche**

Nel 2016 l'Azienda ha adottato l'aggiornamento del proprio Codice di comportamento che prevede regole comportamentali specifiche alle realtà sanitarie.

Nel 2017, come previsto dall'ANAC, tale codice sarà nuovamente aggiornato e rapportato al triennio 2017/2019.

Il Codice di Comportamento aziendale è elemento essenziale del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione dell'ASL poiché rappresenta una delle misure ed azioni principali di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato dal Piano Nazionale Anticorruzione, approvato dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (A.N.A.C.).

La struttura del Codice riprende integralmente per ciascun articolo le regole generali approvate con D.P.R. n. 62/2013 "Codice di comportamento dei pubblici dipendenti".

Tutti i dipendenti e i soggetti indicati nell'art. 2 del Codice di comportamento sono tenuti ad osservare norme, misure ed azioni indirizzate a prevenire il rischio di corruzione, contenute nel presente Piano ovvero in altri atti e documenti aziendali emanati in attuazione dei predetti documenti.

Al fine di dare piena applicazione a quanto disposto dal Codice di Comportamento saranno previsti incontri formativi sui contenuti dello stesso con tutti gli operatori.

L'Ufficio Procedimenti Disciplinari aziendale è il servizio che si occuperà di emanare pareri sull'applicazione del codice di comportamento in raccordo e condivisione con il RPCT e di fornire indicazioni per i casi dubbi.

### **1.16. Obbligo di astensione e segnalazione di potenziali conflitti di interessi**

L'art. 1 comma 41 della L. 190/2012 ha introdotto l'art. 6 bis "conflitto di interessi" nella legge. 241/1990 sul procedimento amministrativo.

Sulla base di tale disposto i Direttori, Dirigenti, il Responsabile del procedimento, il Direttore dell'esecuzione del contratto e i dipendenti degli uffici competenti ad effettuare ispezioni, controlli e sanzioni o ad adottare pareri, valutazioni, altri atti intra procedurali o il provvedimento finale, e comunque tutti i dipendenti, collaboratori, consulenti, devono astenersi in caso di conflitto di interesse segnalando al proprio responsabile gerarchico ogni situazione di conflitto anche potenziale.

Si rinvia agli articoli del Codice di Comportamento aziendale che definiscono gli obblighi specifici ai quali i dipendenti e gli altri soggetti devono attenersi.

### **1.17. Misure per garantire il rispetto del Codice di Comportamento e del Piano di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza per l'attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti nel caso di violazione dei propri doveri.**

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.

### **1.18. Modalità per la segnalazione da parte dei dipendenti di condotte illecite e il progetto "Curiamo la corruzione"**

Al fine di potenziare lo strumento delle segnalazioni quale mezzo per il contrasto della corruzione e delle irregolarità, l'ASL di Bari - essendo ASL Pilota nel progetto "Curiamo la corruzione" - ha realizzato 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 ne permette l'identificazione (<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.

### **1.19. Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi e autorizzazione di incarichi esterni.**

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.

## **1.20. La gestione dei conflitti 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.

In termini generali, possiamo dire che siamo in presenza di un conflitto di interessi "quando un interesse secondario (privato o personale) interferisce o potrebbe tendenzialmente interferire (o appare avere le potenzialità di interferire) con la capacità di una persona di agire in conformità con l'interesse primario di un'altra parte". L'interesse primario può riguardare la salute di un paziente, l'oggettività della informazione scientifica, ecc.; l'interesse secondario può essere un guadagno economico, un avanzamento di carriera, un beneficio in natura, un riconoscimento professionale, ecc.

A tal riguardo in attuazione di quanto richiamato dall'ANAC negli aggiornamenti al PNA (2015 e 2016) 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 del 2017 utilizzerà la modulistica che l'AGENAS ha reso disponibile sul proprio sito istituzionale che costituisce in sé un modello di riferimento per l'identificazione da parte del dichiarante delle attività/interessi/relazioni da rendersi oggetto di dichiarazione pubblica. Tali modelli di dichiarazione saranno pubblicati in un'apposita sezione del Sito dell'Amministrazione Trasparente.

### **1.21. Attività di controllo**

La funzione di controllo fa parte dell'attività ordinaria dell'Azienda tesa ad assicurare che i servizi siano erogati in conformità alle leggi e secondo l'effettiva opportunità di tutela dell'interesse pubblico. Accanto alle aree di controllo disciplinate dalla legge: controllo del collegio sindacale, controllo servizio ispettivo, controllo di gestione, controllo sugli atti, l'Azienda prevede altre metodologie di controlli, che dovranno cercare di integrarsi e di cogliere l'elemento della sostanzialità degli stessi:

Una delle misure di prevenzione del rischio di corruzione riguarda il monitoraggio dell'attività di controllo posta già in essere dai servizi aziendali.

Ogni dirigente ha la responsabilità di controllare le attività che vengono svolte all'interno dei propri uffici o che gli sono specificatamente affidate. Il dirigente è inoltre sollecitato a segnalare nuove forme di controllo e verifica che possono essere attuate a livello aziendale, essendo i controlli fra le attività più importanti dell'incarico dirigenziale che acquisiscono maggior rilevanza quanto più alto è il grado ricoperto.

L'Azienda ha iniziato a mettere in campo attività di audit interno sulle strutture (es. Dipartimento di Prevenzione), nel corso del 2016 queste attività di audit saranno estese ad altre strutture ed aree.

### **1.22. Servizio Ispettivo Aziendale**

Il Servizio Ispettivo Aziendale è stato istituito con la delibera n. 1767 del 24.09.2014 e la relativa attività rientra nei compiti istituzionali della ASL.

L'istituzione del Servizio Ispettivo non elimina o sostituisce compiti e funzioni di responsabilità e controllo interni che spettano a tutti i dirigenti aziendali così come previsto da disposizioni normative o regolamentari in capo anche a singole strutture od altri organismi aziendali, nei confronti dei quali il Servizio Ispettivo Aziendale può essere chiamato a svolgere attività consulenziale o di supporto.

Qualora se ne ravvisi la necessità con particolare riferimento all'attività ispettiva da svolgere per il singolo caso specifico, il Servizio Ispettivo può avvalersi della collaborazione di direttori o dipendenti di altre strutture aziendali.

Il Servizio Ispettivo Aziendale provvede sia ad una attività ordinaria (consistente in una attività di verifica, di norma, anche a campione), sia ad una eventuale attività straordinaria (su specifica richiesta della Direzione Strategica Aziendale, previa

segnalazione o denuncia c.d. whistleblower), nei confronti sia del personale dipendente dei diversi ruoli che del personale convenzionato.

L'attività del Servizio Ispettivo deve ispirarsi a principi di: oggettività, imparzialità ed autonomia di giudizio; rispetto dei diritti dei soggetti controllati; riservatezza dei dati.

### **1.23. Monitoraggio del rispetto dei termini di conclusione dei procedimenti**

Le finalità del monitoraggio vanno individuate nell'ambito delle disposizioni dell'art. 7, comma 2, della legge n. 69/2009, dove si stabilisce che *"il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti rappresenta un elemento di valutazione dei dirigenti; di esso si tiene conto al fine della corresponsione della retribuzione di risultato"*.

Pertanto, ciascun Dirigente, è tenuto al monitoraggio periodico circa il rispetto dei termini dei procedimenti di propria competenza, così come definiti nella delibera del Direttore Generale n. 1926 del 16 ottobre 2013, i cui termini entro il 2017 saranno aggiornati ed integrati.

### **1.24. Formazione dei dipendenti**

I dipendenti che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività anche solo parzialmente all'interno dei Servizi/UU.OO. 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.

Tale sistema di collegamento tra formazione in tema di prevenzione della corruzione e trasparenza e Piano Formativo Aziendale sarà a regime nel corso dell' 2017, e ci saranno azioni comuni concordate tra U.O. Formazione ed RPC.

L'attività di formazione sarà organizzata preferendo la modalità in house mediante l'utilizzo di professionisti interni e sarà rivolta a tutti i dirigenti e ai dipendenti dell'ASL che direttamente o indirettamente svolgono la propria attività, anche solo parzialmente, all'interno dei Servizi/UU.OO. indicati dalla Legge 190/2012 e dal Piano per la Prevenzione della Corruzione tra quelli a rischio.

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

Nel corso del 2017 o massimo entro il 31.12.2018 potrà essere realizzato anche un corso FAD articolato in un modulo comune e in moduli personalizzati per i dipendenti area tecnica e amministrativa o per quelli dell'area medica e sanitaria.

Inoltre anche nel 2017 l'ASL organizzerà la Giornata della legalità e della trasparenza con il coinvolgimento degli stakeholders.

### **1.25. Attività legate al Benessere Organizzativo**

L'azienda ha messo in campo nel corso di questi ultimi anni dei percorsi legati al miglioramento del benessere organizzativo dei propri dipendenti attraverso una solida collaborazione con il Comitato Unico di Garanzia (CUG) e l'Organismo Indipendente di valutazione (OIV).

Queste attività possono avere un impatto anche in termini di maggiore integrità delle azioni svolte dal personale dell'azienda, poiché ad un maggior benessere sul posto di lavoro, corrisponde anche un maggior senso di integrità e appartenenza del proprio operare.

### **1.26. Cenni alla ISO 37001 "*Anti-bribery management systems*"**

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 della 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.

### **1.27. Norma finale**

Il presente Piano, essendo uno strumento *programmatorio dinamico*, e non statico, potrà essere oggetto di modifiche ed integrazioni a seguito di successivi provvedimenti ovvero di approfondimenti specifici che porteranno all'adozione (nel triennio 2017-2018-2019) di regolamenti interni nelle materie indicate dal presente Piano.

**Allegato A*****Analisi del processo di prevenzione della corruzione e dell'organizzazione della ASL di Bari***

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

## **Allegato B**

### ***Attività e processi a rischio di corruzione e relative misure di prevenzione 2017-2019***

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"> <li>- Responsabili Unici dei Procedimenti</li> <li>- Professionisti che definiscono fabbisogni</li> <li>- Professionisti che partecipano a definire capitolato</li> <li>- Richiedenti esclusive</li> <li>- Commissioni giudicatrici</li> <li>- Direttori dell'esecuzione dei contratti</li> </ul>	31.12.2017	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 ciascun partecipante (dalla definizione del fabbisogno alla scrittura del capitolato tecnico).	31.12.2017	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
			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	31.12.2017	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	31.12.2017	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</p> <p>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>	31.12.2017	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.	31.12.2017	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	31.12.2017	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 delle offerte anormalmente	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 acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
	basse, anche sotto il profilo procedurale.					
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.	31.12.2017	Servizio acquisti	
			Introduzione di una valutazione multidisciplinare dell'impatto tecnico, clinico, economico e organizzativo della donazione e/o del comodato gratuito.	31.12.2017	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 cottimi fiduciari al di fuori	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
	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	31.12.2017	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	31.12.2017	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 e/ o incameramento della	Alto	Individuazione del direttore dell'esecuzione del contratto nel rispetto delle indicazioni contenute neile 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
	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>	31.12.2017	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 (D.Lgs. 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>	31.12.2017	Servizio acquisti	
Subappalto	Mancato controllo della stazione appaltante nell'esecuzione della quota	Alto	Autorizzazione nei soli limiti consentiti dalla legge e ruolo di garanzia svolto dal RUP e dal Direttore dell'esecuzione dei lavori	31.12.2017	Servizio acquisti	

Processi	Rischi	Livello rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabil e	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.					

**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	31.12.2017	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 ricorrono 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)	31.12.2017	Servizio Tecnico	
			Procedura approvata con delibera della Direzione Generale aziendale e nei casi prescritti ad approvazione regionale	31.12.2017	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	
Affidamenti diretti	Abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed	Alto	Rispetto delle norme per gli affidamenti tramite cottimi fiduciari e ricorso alle economie solo nei	Già	Servizio Tecnico	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	ai cottimi fiduciari al di fuori delle ipotesi legislative previste.		casi di effettiva necessità	esistente		
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 dell'opera, creando in tal modo i presupposti per la	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
	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.	31.12.2017	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-lavori che l'appaltatore dovrebbe eseguire	Alto	Sub appalto autorizzato nei soli limiti consentiti dalla legge e ruolo di garanzia svolto dal RUP e dal Direttore dell'esecuzione	Già esistente	Servizio Tecnico	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	direttamente e che invece viene scomposta e affidata attraverso contratti non qualificati come subappalto, ma alla stregua di forniture.					
			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
			- Formazione continua dei Segretari di concorso - Vademecum segreterie di concorso		Servizio Gestione	

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura di prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
					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
		Alto	- 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	31.12.2017	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	31.12.2017	Servizio Bilancio	Uso firma digitale e formalizzazione elenco
Pagamenti	Anticipare pagamento per specifici fornitori	Medio	Pubblicare elenco pagamenti Pubblicazione trimestrale tempestività pagamenti (legge 89 del 2014)	Già esistente	Servizio Bilancio	Pubblicazione

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
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	31.12.2017	Servizio Bilancio	Presenza procedura
Ordini per servizi	Improprio utilizzo	Medio	Fare firmare la fattura anche per i servizi	31.12.2017	Servizio Bilancio	Presenza procedura
Cassa economale (gestita da economato)	Improprio utilizzo	Medio	Controlli periodici	31.12.2017	Servizio Bilancio	Presenza controlli
Fatture emesse direttamente da operatori della sanità pubblica	Improprio utilizzo	Medio	Controlli periodici	31.12.2017	Servizio Bilancio	Presenza controlli

**Attività: Rapporti con medici convenzionati e controlli ispettivi e disciplinari**

<b>Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Valutazione rischio</b>	<b>Misura preventive individuate</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
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	31.12.2017	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	31.12.2017	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)	31.12.2017	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	31.12.2017	Direzione strategica	Aggiornamento regolamento
Misura generale			Attività di programmazione dei bisogni validata dalla direzione strategica aziendale	31.12.2017	Direzione strategica	Presenza documento
Misura generale			Reportistica delle commesse aziendali	31.12.2017	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	31.12.2017	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/ Indicatore
<b>Governo clinico del farmaco e dei dispositivi medici</b>						
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	31.12.2017	Presidenti commissioni	Monitoraggio annuale Dichiarazione conflitto interesse e rilevazione problematiche emerse
	Vedi sopra	ALTO	Procedure operative della Commissione	31.12.2017	Presidente commissione	Presenza procedure e segnalazione aggiornamento Verbali commissione
	Vedi sopra	ALTO	Procedure operative della Commissione	31.12.2017	Presidente commissione	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedure operative della Commissione NOP	31.12.2017	Presidente commissione	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedura operative della Commissione Appropriatezza	31.12.2017	Presidente commissione	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedura Gestione richieste per usi nominali	31.12.2017	Responsabile farmacia	Vedi sopra
	Vedi sopra	ALTO	Procedura Gestione off-label	31.12.2017	Presidente commissione nop	Verbali commissioni
	Vedi sopra	ALTO	Procedura Gestione campioni	31.12.2017	Responsabile farmacia	

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
	Vedi sopra	ALTO	Indicazioni al personale del Dipartimento sulla riservatezza dei dati e modalità del loro trattamento e sulle norme del conflitto di interesse	31.12.2017	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)	31.12.2017	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	31.12.2017	Capo dipartimento	Presenza regolamento
	Prescrizioni inappropriate	ALTO	Informazione indipendente da parte di professionisti aziendali	31.12.2017	Capo dipartimento	Presenza attività
<b>Controllo attività prescrittiva</b>						
Interne ai reparti X Medici medicina generale e pediatri libera scelta X Specialisti ambulatoriali	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 (inclusa la tracciabilità e collegialità dei controlli)	31.12.2017	Capo dipartimento e Responsabile farmacia	Presenza reportistiche  Report di attività

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Predisposizione reportistiche	Manipolazione dei dati per ottenere incentivi	Medio	Definire procedure controllo reportistiche	31.12.2017		Presenza procedure
<b>Vigilanza, ispezioni e controlli</b>						
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	31.12.2017	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	31.12.2017	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
Controlli su case protette, e altre strutture residenziali	Controlli non accurati	Medio	Vedi punto precedente Definire un regolamento	31.12.2017	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
Controlli su case cura private accreditate	Controlli non accurati	Medio	Vedi punto precedente Definire un regolamento con committenza	31.12.2017	Servizio Territoriale	Report risultati controlli
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

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

Processi	Rischi	Valutazione e rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
			direttamente ad ASL;			

**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	31.12.2017	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	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza misure
Medici convenzionati	Richiesta di pagamento di certificazioni gratuite	Media	Da definire	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire
Medici convenzionati	False certificazioni	Media	Da definire	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire
Singoli professionisti (SUMAI o dipendenti)	Mancato pagamento delle prestazioni	Media	Da definire	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Da definire

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Uso dei fondi (FRNA, FNA, FSR, FS)	Uso dei fondi distorto	Media	Trasparenza dei processi, corrette procedure degli incarichi	31.12.2017	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	31.12.2017	Commissione ASL/mista	Presenza controlli
Strutture residenziali e semiresidenziali anziani e disabili		Media	Controllo sui volumi di attività (fatto da distretto e Ufficio Piano)	31.12.2017	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	31.12.2017	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	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza procedure
SAUB	Mancato aggiornamento anagrafi prestazioni e pagamento per persone senza diritto	Media	Aggiornamento costante delle anagrafi	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Verifica aggiornamento
Salute Donna Consultori/Centro Giovani	Dirottamento dei pazienti verso la libera professione	Media	Da definire	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Cure Palliative	Sottoutilizzo delle risorse pubbliche a favore di enti privati	Media	La convenzione con enti privati deve fornire prestazioni "fuori-LEA"	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Verifica
Carceri	Uso distorto delle perizie sanitarie	Media	Da definire	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	
Rapporti con fornitori		Media	Dichiarazione conflitti interesse e trasparenza nei procedimenti	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza dichiarazioni
Centri Accreditati		Media	Definizione del bisogno fatta a livello locale. Contratto e appropriatezza fatta dalla committenza	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza procedura
Parco Auto	Uso improprio da parte dei dipendenti	Media	Uso di un nuovo sistema informatizzato	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza sistema
Trasporti	Uso distorto dei rimborsi	Media	Valutazione dell'appropriatezza dei rimborsi	31.12.2017	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	31.12.2017	Dip. Cure Primarie/ Direzione Sanitaria	Presenza regolamento
Medicina Fiscale	Possibile accordo fra medico controllore e controllato	Media	Da definire	31.12.2017	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	31.12.2017	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	31.12.2017	Direttore DSMDP	Presenza documento
Libera Professione da parte degli operatori del DSM	Favorire percorsi privati, quando esiste la disponibilità di percorsi pubblici		Prenotazione tracciabile	31.12.2017	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)	31.12.2017	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	31.12.2017	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	31.12.2017	Controllo gestione	Presenza audit
Consulenze presso privati accreditati			Valutazione delle situazioni di conflitto di interesse	31.12.2017	Direttore DSMDP	Presenza valutazione
Controllo su ricoveri	Inappropriatezza dei ricoveri		Controlli a campione per valutare appropriatezza ricoveri e trasparenza dei risultati dei controlli	31.12.2017	Direttore DSMDP	Presenza controlli
Indicazioni case cura e centri specialistici privati	Indicazioni effettuate in cambio di vantaggi		Da definire	Da definire	Da definire	Da definire

<b>Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Valutazione rischio</b>	<b>Misure preventive</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
da parte di operatori sanitari						

**Attività: Vigilanza, controlli e autorizzazioni sanità pubblica**

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
<b>Vigilanza e Controllo</b>						
vigilanza nelle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	<p>Omettere di assumere gli atti sanzionatori dovuti a seguito delle violazioni riscontrate o eccedere in fiscalità o assumere atteggiamenti persecutori</p> <p>Omettere di inserire un'azienda tra quelle da controllare</p>	ALTO	<p>Procedure e istruzioni operative tecnico professionali e comportamentali.</p> <p>Procedure e documenti di programmazione che indicano con trasparenza le modalità di scelta delle attività da sottoporre a controllo.</p> <p>Attività effettuata sempre (*) da coppie di operatori evitando coppie fisse mediante rotazioni.</p> <p>Mappatura annuale dei conflitti di interesse (sia le incompatibilità che le inopportunità).</p> <p>Dichiarazione degli operatori di tali situazioni in occasione di eventi non prevedibili (es. inchieste su infortunati o tecnopatici con cui si hanno rapporti personali).</p> <p>Parziale rotazione del personale quando si debba intervenire ripetutamente nelle stesse aziende (grandi aziende e Grandi Opere).</p>	31.12.2017	Direttori SPESAL	evidenza procedure indicatori come da procedure
vigilanza in ambienti di vita	Valutazioni difformi per conflitto di interessi o su sollecitazione esterna	MEDIO	<p>a) Mappatura dei potenziali conflitti di interesse</p> <p>b) Uso nei controlli di check list supervisionate dal dirigente preposto</p> <p>c) Omogeneità e trasparenza dei controlli attuati secondo la procedura di servizio e relative I.O.</p> <p>d) Approfondimento eventuali segnalazioni o eventi sentinella</p>	In atto. Potenziare mappatura dei possibili conflitti di interesse	Direttore SIP	Verifiche, valutazioni e supervisioni semestrali interne

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SIAN	Abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori Mancanza di trasparenza	ALTO	Codice di comportamento IOO SIAN 01 consegnato a tutti gli operatori. Procedure documentate per attività di ispezione, audit, campionamento. Revisione di indagine in caso di riserve da parte delle aziende. Riesame a campione dei verbali di ispezione. Supervisioni. Audit interni. Piani di lavoro individuali a inizio anno che definiscono le aziende da controllare per ogni operatore. Procedura di programmazione che definisce i criteri di scelta delle aziende da controllare. Rotazione nelle aziende in base al numero di ispezioni pregresse (non più di tre successive) da parte della stessa persona nei territori dove è possibile sulla base degli operatori presenti. Ispezioni a coppie nelle ditte complesse. Gruppi di miglioramento distrettuali con l'obiettivo di ridurre il gap di Non Conformità riscontrate fra i vari operatori.	31.12.2017	Direttore SIAN	Evidenza: - consegna codice. – procedure. - revisione di indagine nei casi previsti. - riesame a campione verbali di ispezioni. - programma ed effettuazione supervisioni. - audit interni. - piani di lavoro individuali annuali. – procedura di programmazione. – rotazione. - ispezioni a coppie in ditte complesse. - gruppi di miglioramento e verbali di incontri.
Controllo ufficiale sulla sicurezza alimentare nelle aziende di competenza SVET (e altri controlli di sanità veterinaria)	mancata o parziale esecuzione dei controlli (omissione d'atti d'ufficio) oppure eccessiva fiscalità nell'esecuzione dei controlli	ALTO	Sottoscrizione annuale per ogni controllore del documento su integrità, imparzialità, indipendenza. Autodichiarazione di conflitti nel caso di eventi imprevisi rotazione del personale	annuale	Direttore servizio veterinario	verifiche periodiche supervisione rotazione del personale audit interni come da piano delle azioni per ogni area disciplinare
Attività di verifica e controllo UOIA	Prestazioni difformi ( o omesse) per presenza di conflitti di interesse	ALTO	a) Mappatura dei potenziali conflitti di interesse b) Applicazione regole aziendali sulla incompatibilità (Deliberazione D.G. n. 47-2014) c) piano delle misure di prevenzione per evitare-governare attività inopportune per	31.12.2017	Direttore U.O.	1) verifica annuale dell'avvenuto aggiornamento della mappa dei conflitti (formalizzato) 2) controllo annuale campionario del rispetto

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
			compresenza di attività extra autorizzate-comunicate *			nell'attività svolta delle misure del piano di prevenzione (formalizzato)
	prestazioni difformi causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa utenza	ALTO	Rotazione del personale in almeno il 20% dell'attività su impianti fissi aventi periodicità non superiore a 3 anni Piano annuale delle rotazioni	Parzialmente già in atto da estendere a tutte le attività. Predisposizione e piano delle rotazioni nell'ambito della pianificazione attività 31.12.2016**	Direttore UO	verifica semestrale (formalizzata) del rispetto piano delle rotazioni
	favorire comportamenti e comunicazione non chiara ed interpretabile dall'utenza anche come allusiva	MEDIO	a) attuazione delle regole della trasparenza: sito web b) attuazione procedura ed I.O. del servizio sulla vigilanza c) rispetto delle norme di comportamento	Parzialmente già in atto. A regime entro 31.12.2017	Direttore UO Coordinatori di area	Approfondimento eventi sentinella e segnalazioni
	favorire disuguaglianze di trattamento dell'utenza adottando criteri discrezionali non uniformi e controllabili per l'accettazione o disdetta di incarichi di verifica impianti	MEDIO	Definire criteri mancanti di accettazione/disdetta incarichi e renderli tutti pubblici tramite sito internet	31.12.2017	Direttore UO	controllo annuale del rispetto dei criteri dichiarati in un campione di incarichi accettati e disdetti
<b>Rilascio Pareri ai fini autorizzativi</b>						

Processi	Rischi	Livello di rischio	Misura prevenzione	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
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
Autorizzazione alla vendita prodotti fitosanitari	conflitto di interessi; abuso di potere, comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori; mancanza di trasparenza	MEDIO	rispetto tempi previsti; procedura in fase di stesura	31.12.2017	Dirigenti distrettuali	monitoraggio tempi
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	Poteniale 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	31.12.2017	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	31.12.2017	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	31.12.2017	Direzione presidio	Presenza procedura
	Assistenti nei reparti	Basso	Definizione di una procedura	31.12.2017	Direzione presidio	Presenza procedura
	Accesso operatori non autorizzati in sala operatoria	Medio	Registrazione accessi e verifica loro attività	31.12.2017	Direzione presidio	Presenza procedura
	Uso dispositivi non autorizzati da parte di personale esterno	Medio	Presenza di una procedura	31.12.2017	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	31.12.2017	Direzione presidio	Presenza procedura
	Richiesta di compensi per vestizione salme	Alto	Revisione processo di vestizione nelle strutture a rischio	31.12.2017	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 attesa	Già in essere	Servizio Libera Professione	Informatizzazione
			Verifiche fra accessi in libera professione e gestione liste attesa	Già in essere	Servizio Libera Professione	Documento monitoraggio
			Monitoraggio attività libera professione	Già in essere	Servizio Libera Professione	Documento monitoraggio
Gestione liste attesa	Creazione falsi pazienti per avere prestazioni aggiuntive	Medio	Revisione periodica liste attesa	Già esistente	Direzione Presidio	Documento monitoraggio
Trasporti sanitari		Basso	Procedure e trasparenza atti con associazioni di volontariato	31.12.2017	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**

<b>Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Valutazione rischio</b>	<b>Misura preventive individuate</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
Attività Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2017	RSPP aziendale	Presenza Procedure
Attività medico competente	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2017	Medico competente	Presenza Procedure Documento di valutazione
Fisica Medica	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2017	Responsabile Fisica Medica	Presenza Procedure
Esperto qualificato	Certificazioni non veritiere	Basso	Presenza procedure	31.12.2017	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	31.12.2019	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	31.12.2017	Direzione Strategica	
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	31.12.2017	Direzione Strategica	

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
			trasparenza nelle società partecipate e/o controllate dal Ministero dell'Economia e delle Finanze".			
Collegamento con Valutazione delle Performance			Collegamento obiettivi prevenzione corruzione con obiettivi annuali	31.12.2017	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.	31.12.2017	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 cessazione del rapporto;	31.12.2017	Servizio acquisti	
Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici e conferimento di			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	Già in essere	Servizio Gestione e Sviluppo Risorse Umane	

Processi	Rischi	Valutazione rischio	Misura preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
incarichi in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione			capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici), anche con sentenza non passata in giudicato.			
Attività di controllo			Aggiornamento Piano dei controlli e implementazione attività di audit	31.12.2017	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	

# ASLBA



## *Azienda Sanitaria della Provincia di Bari*

### SEZIONE 2<sup>^</sup>

# Piano Aziendale per l'attuazione della Trasparenza e Integrità 2017-2018-2019

Gennaio 2017

---

**Responsabile 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.trasparenza@asl.bari.it](mailto:responsabile.trasparenza@asl.bari.it);

[anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it](mailto:anticorruzione.aslbari@pec.rupar.puglia.it)

## **SEZIONE 2^**

### **Piano Aziendale per l'attuazione della Trasparenza e Integrità (2017-2018-2019)**

- 2.1. Definizione Trasparenza (aggiornamento al d.lgs 97/2016)
- 2.2. Obiettivi strategici, procedimento di elaborazione ed adozione del Piano Aziendale
- 2.3. Iniziative di comunicazione della trasparenza
- 2.4. Posta elettronica certificata (PEC)
- 2.5. Organizzazione delle giornate della trasparenza
- 2.6. La formazione
- 2.7. L'accesso civico: promozione dell'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato e definizione della governance per la gestione coordinata delle diverse tipologie di accesso civico (civico, generalizzato e documentato)
- 2.8. Processo di attuazione del programma e specifica degli obblighi di pubblicazione
- 2.9. Referenti per la trasparenza e modalità di coordinamento con il Responsabile per la Trasparenza
- 2.10. Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi
- 2.11. Rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"
- 2.12. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico
- 2.13. Dati ulteriori

## **2.1. Definizione Trasparenza (aggiornamento al d.lgs 97/2016)**

La trasparenza nei confronti dei cittadini e della collettività rappresenta lo strumento essenziale per assicurare i valori costituzionali dell'imparzialità e del buon andamento della Pubblica Amministrazione, favorendo un controllo sull'attività pubblica attraverso la conoscenza dei servizi resi dall'amministrazione, delle loro caratteristiche e delle modalità di erogazione.

Il principio di Trasparenza ha visto negli anni un'evoluzione nella sua definizione, che è giunto alla sua nuova configurazione con il d.lgs. n. 97/2016 che ha modificato sostanzialmente il d.lgs.33/2013 definito "decreto trasparenza".

La nozione di trasparenza è stata introdotta nell'ordinamento dall'articolo 11 del D.lgs. n. 150 del 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", laddove la trasparenza "è intesa come accessibilità totale (...) delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione, degli indicatori relativi agli andamenti gestionali e all'utilizzo delle risorse per il perseguimento delle funzioni istituzionali, dei risultati dell'attività di misurazione e valutazione (...)" (articolo 11, comma 1 poi abrogato ma il cui contenuto è stato ripreso interamente nell'ambito dei principi generali del d.lgs. n. 33 /2013).

Nella logica del predetto decreto, la trasparenza è preordinata a favorire la partecipazione dei cittadini all'attività delle pubbliche amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- a) sottoporre al controllo diffuso ogni fase del ciclo di gestione della performance per consentirne il miglioramento;
- b) assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative, nonché delle loro modalità di erogazione;
- c) prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

Le varie e diverse disposizioni legislative in materia di obblighi di informazione, trasparenza e pubblicità da parte delle pubbliche amministrazioni, susseguitesi nel tempo, sono state riordinate in un unico corpo normativo dal d.lgs. n. 33/2013; con tale decreto, recante il "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", adottato ai sensi dell'art. 1, comma 35° e 36° della Legge n. 190/2012, avente ad

oggetto "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella Pubblica Amministrazione", le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del D.lgs. 165 del 2001 debbono adempiere agli obblighi di trasparenza previsti dalla normativa senza ritardo, garantendo la massima trasparenza in ogni fase del ciclo di gestione della performance, nonché l'accessibilità totale, attraverso la pubblicazione anche sul sito istituzionale delle informazioni concernenti i dati analiticamente indicati dalle norme.

A tale scopo, ed in attuazione dei principi e criteri di delega di cui all'art. 1, comma 35, della legge n. 190/2012 in materia di anticorruzione, ha previsto che sul sito istituzionale sia resa accessibile e facilmente consultabile una sezione apposita, denominata "Amministrazione Trasparente", nella quale vanno pubblicati documenti, informazioni e dati concernenti l'organizzazione e l'attività della pubblica amministrazione.

Al fine di definire le misure, i modi e le iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi, l'articolo 10 del D.lgs. 33/2013, nella sua prima formulazione, aveva previsto l'obbligo di adozione, da parte delle pubbliche amministrazioni, del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità (in seguito PTTI), quale documento di programmazione triennale, da aggiornare annualmente, contenente le iniziative previste per garantire sia un adeguato livello di trasparenza e legalità sia lo sviluppo della cultura dell'integrità nonché strumento attraverso il quale si realizza la prevenzione della corruzione ai sensi della L. n. 190/2012.

Elemento centrale della trasparenza è costituito dalla pubblicazione di dati ed informazioni sul sito internet istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente". In questo modo, attraverso la pubblicazione on line, si offre la possibilità agli stakeholder di conoscere le azioni ed i comportamenti strategici adottati, con il fine di sollecitarne ed agevolarne la partecipazione ed il coinvolgimento.

La verifica periodica dell'attuazione del PTTI, effettuato in modo continuo ed aperto, sia dagli operatori istituzionali preposti, sia dal pubblico, rappresenta uno stimolo per l'Azienda a migliorare costantemente la qualità delle informazioni a disposizione degli stakeholder.

La trasparenza quale misura di estremo rilievo e fondamentale per la prevenzione della corruzione 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.

Il decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97" Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n.33, ai sensi dell'art.7 della legge 7 agosto 2015, n.124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche" ha apportato delle modifiche sostanziali agli obblighi di trasparenza del d.lgs.33/2013, rafforzandone il valore di principio.

Il dlgs.97/2016 all'art.1, Principio generale di trasparenza - nel prevedere al comma 1, che " la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" ha cambiato il contenuto e la portata del principio di trasparenza che viene ridefinita come accessibilità totale dei dati e dei documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni non più solo finalizzata a "favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche". Tale modifica appare significativa in quanto la trasparenza viene vista, come strumento di tutela dei diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

L'intento del legislatore è valorizzato da quanto previsto al co.2 dello stesso all'art.1 del decreto trasparenza secondo cui la trasparenza è condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive, nonché dei diritti civili, politici e sociali, e integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di una amministrazione aperta, al servizio dei cittadini.

La Trasparenza diviene principio cardine e fondamentale dell'organizzazione delle pubbliche amministrazioni e dei loro rapporti con i cittadini.

A questa impostazione ne consegue, nel novellato decreto 33/2013, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

A questa impostazione ne consegue, nel novellato decreto 33/2013, il rovesciamento della precedente prospettiva che comportava l'attivazione del diritto di accesso civico solo strumentalmente all'adempimento degli obblighi di pubblicazione.

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 (cc. 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 (co. 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 tenute 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.

In correlazione con la rimodulazione della trasparenza on fine 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. Le disposizioni transitorie dettate al co. 1 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, si propone 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.

la piena integrazione del Programma triennale della trasparenza e dell'integrità nel Piano triennale di prevenzione della corruzione, ora anche della trasparenza (PTPCT) come indicato nella deliberazione n.831/2016 dell'Autorità sul PNA 2016 per cui tutti i soggetti obbligati sono tenuti, ad adottare, entro il 31 gennaio di ogni anno, un unico Piano triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza in cui sia identificata la sezione relativa alla trasparenza, dove quest'ultima deve essere impostata come atto organizzativo fondamentale dei flussi informativi necessari per garantire all'interno dell'Ente l'individuazione, l'elaborazione, la trasmissione e la pubblicazione dei dati.

Quindi 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. Con la disposta confluenza dei contenuti del PTT all'interno del PTPC., l'organizzata programmazione della trasparenza non 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 l. 190/2012, art. 1, co. 9, lett. f) e dall'art. 7-bis, co. 3 del d.lgs. 33/2013. L'ostensione di questi dati on fine deve avvenire nel rispetto della normativa sulla tutela della riservatezza e procedendo all'anonimizzazione di dati personali eventualmente presenti.

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 come di seguito riportate in estrema sintesi: •

1- Indicazione nella sezione della trasparenza dei responsabili della elaborazione e 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) .

Infatti con l'art.6, co.3 del d.lgs.97/2016 viene inserita ex novo , nel d.lgs.33/2013 il Capo I ter" Pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti" come di seguito riportato, che disciplina la qualità delle informazioni, i criteri di apertura e di riutilizzo dei dati ,anche nel rispetto del trattamento dei dati personali, la decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione, alle modalità di accesso alle informazioni pubblicate nei siti.

A tal riguardo l'A.N.A.C con la richiamata delibera n. 1310/2016 , allo scopo di innalzare la qualità e la semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione trasparente ha raccomandato l'utilizzo di :

1. Esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione

2. Indicazione della data di aggiornamento del dato, documento ed informazione, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.
- 3- Ulteriore obbligo è stato previsto all'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,co.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 / Collegio dei revisori dei Conti.
- 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 entro 30 giorni 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 attivi 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

Particolare attenzione viene posta a quanto riportato nella Delibera A.N.A.C. n. 831 del 3 agosto 2016 dell'ANAC avente ad oggetto "Rafforzamento della trasparenza nel settore degli acquisti"

Evidenza particolare si dà all'ulteriore novità introdotta dal d.lgs.97/2016 e cioè l'inserimento dell'accesso "civico generalizzato" ai dati non oggetto di pubblicazione obbligatoria disciplinato dagli artt.5 e 5 bis del "decreto trasparenza".

Allo 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, chiunque ha diritto di accedere ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ulteriori rispetto a quelli oggetto di pubblicazione ai sensi del presente decreto, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis. 3. L'esercizio del diritto di cui ai commi 1 e 2 non è sottoposto ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente. L'istanza di accesso civico identifica i dati, le informazioni o i documenti richiesti e non richiede motivazione.....(art.5)

Gli adempimenti di trasparenza, oltre alle prescrizioni contenute nel novellato d.lgs. n. 33 del 2013, così come risulta modificato dal d.lgs.97/2016 tengono conto di altre disposizioni normative che rappresentano un proseguimento della Legge n. 190/2012 (Legge in materia di anticorruzione nel quale gli strumenti sanzionatori e di trasparenza si configurano come fattori per la lotta alla corruzione e all'illegalità nell'azione amministrativa), e che, attraverso una maggiore trasparenza di tutte le PA, hanno come obiettivo fondamentale:

- 1) Riordinare gli obblighi di pubblicazione derivanti dalla normative stratificate nel corso degli ultimi anni;
- 2) Uniformare gli obblighi e le modalità di pubblicazione per tutte le PPAA e definire ruoli, responsabilità e processi in capo alle Pubbliche Amministrazione e agli organi di controllo.

Il D.lgs. n. 150 del 2009 prevede l'attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, per consentire alle PP. AA. di organizzare il proprio lavoro in un'ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi al cittadino attraverso l'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e della trasparenza.

Il D.L. n. 69/2013, all'art. 29 commi 3 e 4, integrando il comma 1, con il comma 1 bis, dell'art. 12 D.lgs. n. 33/2013, ha previsto l'inclusione nella sezione "Amministrazione Trasparente" dello scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi.

Il DPR n. 62/2013 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici" che tra l'altro indica:

- l'obbligo per i pubblici dipendenti e per i dirigenti di "trasparenza e tracciabilità" (art. 9);
- le attività formative rivolte al personale in materia di trasparenza e integrità che consentano ai dipendenti di conseguire una piena conoscenza dei contenuti del codice di comportamento, nonché un aggiornamento annuale e sistematico sulle misure e sulle disposizioni applicabili in tali ambiti.

Il quadro normativo si completa con le Delibere della A.N.A.C. (già CIVIT, così come da modifica intervenuta con D.L. 31 agosto 2013, n. 101, convertito con Legge 30 ottobre 2013, n. 125):

- n. 105/2010, vengono stabilite le linee guida per la predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità;
- n. 2/2012, vengono stabilite le linee guida per il miglioramento della predisposizione e dell'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità;
- n. 50/2013, a integrazione delle delibere citate (nn. 105/2010 e 2/2012), fornisce linee guida recanti le principali indicazioni per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e per il suo coordinamento con il Piano di prevenzione della corruzione previsto dalla Legge n. 190/2012, per il controllo e il monitoraggio sull'elaborazione e l'attuazione del Programma;
- n. 6/2013, stabilisce le linee guida relative al ciclo di gestione della performance per il 2013 e la relativa calendarizzazione degli obblighi previsti per la P.A.

Il Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato le proprie indicazioni (con la circolare n. 1/2013) in merito alle disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella P.A. (Legge n. 190/2012), ponendo l'accento sul responsabile della prevenzione della corruzione; tali

prerogative sono estese al Responsabile della Trasparenza, in analogia a quanto sancito dall'art. 43 del D.lgs. n. 33/2013, per i rilevanti profili di responsabilità connessi all'assolvimento degli obblighi di pubblicazione ed ai più penetranti poteri di controllo attribuiti al Responsabile della Trasparenza.

Disposizioni in materia di trasparenza sono altresì stata fornite dal Dipartimento della Funzione Pubblica della Presidenza del Consiglio dei Ministri con la circolare n. 2/2013. Infine, sono state emanate le indicazioni per le amministrazioni comprese nell'art. 1 comma 2 D.lgs. n. 165/2001, in sede di Conferenza Unificata del 24.07.2013.

Delibera n. 66 del 31 luglio 2013 in tema di "Applicazione del regime sanzionatorio per la violazione di specifici obblighi di trasparenza (art. 47 del d.lgs n. 33/2013)" – 31 luglio 2013;

Delibera n. 65/ 2013 "Applicazione dell'art. 14 del d.lgs n. 33/2013 – Obblighi di pubblicazione concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico";

Delibera n. 59/ 2013:"Pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27, d.lgs. n. 33/2013);

Delibera n. 145/ 2014 "Parere dell'Autorità sull'applicazione della l. n. 190/2012 e dei decreti delegati agli ordini e ai collegi professionali;

Determinazione n. 8/2015: "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici";

Interpretazione e applicazione di specifici obblighi di pubblicazione di cui alla :

Delibera n. 39 del 20 gennaio 2016: "Indicazioni alle Amministrazioni pubbliche di cui all'art. 1, comma 2, decreto legislativo 30 marzo 2001 n.165 sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione e di trasmissione delle informazioni all'Autorità Nazionale Anticorruzione, ai sensi dell'art. 1, comma 32 della legge n. 190/2012, come aggiornato dall'art. 8, comma 2, della legge n. 69/2015";

Determinazione A.N.A.C. n. 1310 del 28/12/2016 "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"

## **2.2. Obiettivi strategici, procedimento di elaborazione ed adozione del Piano Aziendale**

La Direzione Generale, al fine della realizzazione di una amministrazione aperta e al servizio del cittadino, individua in materia di trasparenza, i seguenti obiettivi strategici:

- assicurare all'utenza adeguata informazione dei servizi resi dall'Azienda, delle loro caratteristiche qualitative e dimensioni quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione, rafforzando il rapporto fiduciario con i cittadini;
- garantire, con le iniziative adottate in materia di trasparenza, l'integrità e la legalità dell'azione amministrativa, in tal modo rendendo conto della correttezza ed efficacia degli atti;
- consentire il controllo diffuso sulla performance aziendale.

Gli obiettivi del presente Programma sono formulati anche in collegamento con la programmazione strategica ed operativa dell'Amministrazione, definita nel Piano della Performance, e con gli obiettivi di Budget assegnati.

Per gli anni di programmazione 2017-2018-2019, in considerazione della necessità di assicurare un sistema di progressivo allineamento tra i due documenti di programmazione, per conseguire un circolo virtuoso del ciclo della performance, sarà necessario costruire un processo ascendente di complessiva programmazione e predisposizione dei documenti, che tenga conto delle esigenze di raccordo e di dialogo tra il Piano della Performance e il Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza e l'integrità.

A tal fine la trasparenza e l'integrità diventano macro obiettivi trasversali e permanenti della struttura amministrativa di vertice.

Il PPCT è adottato dal Direttore Generale su proposta del Responsabile per la Trasparenza.

Alla promozione e al coordinamento del processo di formazione e adozione del PPCT concorrono:

- la Direzione Generale, che avvia il processo, individuando gli obiettivi strategici, e indirizza le attività;
- il Responsabile della Trasparenza e prevenzione della corruzione, che supervisiona i procedimenti di elaborazione e aggiornamento del Programma, predisponendone i contenuti sulla base dei contributi di tutti gli attori coinvolti;

- l'Organismo Indipendente di Valutazione che, in qualità di "responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti" predisposti dall'A.N.AC (già CIVIT), esercita un'attività di impulso per l'elaborazione del Programma ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- i dirigenti delle varie UU.OO. e Macrostrutture della ASL di Bari che ex art. 43 del d.lgs n. 33/2013 "garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge";
- collaboratori dei dirigenti/referenti per le situazioni operative, di elaborazione e pubblicazione dei dati.

Al fine di rendere edotti i Dirigenti delle varie UU.OO. aziendali circa i nuovi obblighi derivanti dal novellato D.lgs. n. 33/2013, il Responsabile della Trasparenza provvederà a divulgare alle Macrostrutture/UU.OO./servizi note esplicative in materia di trasparenza, a cui faranno seguito specifici incontri con i Dirigenti dei servizi interessati, promossi dal Responsabile della Trasparenza e finalizzati alla disamina degli obblighi di pubblicazione posti in capo a ciascun Dirigente e ad una prima ricognizione dello stato di attuazione degli obblighi medesimi in relazione ai nuovi adempimenti, fornendo, altresì, materiale utile all'assolvimento degli obblighi di cui alla normativa anche relativamente alle modalità ed ai formati idonei onde procedere ad una corretta pubblicazione.

Al fine di rendere possibile un ascolto attivo degli stakeholder interni (sindacati, dipendenti) ed esterni (cittadini, associazioni, imprese, ecc.), dovrà essere reso disponibile sul sito web istituzionale una sezione dedicata cui richiedere informazioni e rivolgersi per qualsiasi comunicazione; infatti, la partecipazione degli stakeholder consente di individuare i profili di trasparenza che rappresentino un reale e concreto interesse per la collettività.

Tale contributo porta un duplice vantaggio: una corretta individuazione degli obiettivi strategici ed una adeguata partecipazione dei cittadini ed il coinvolgimento dei soggetti potrà avvenire con diverse modalità:

- indiretta, attraverso segnalazione pervenute tramite posta elettronica inviate al Responsabile per la Trasparenza;
- diretta, attraverso i feedback ricevuti nella giornata della trasparenza, o ancora, attraverso l'accesso civico.

L'ASL di Bari è consapevole che dovrà porre azioni mirate per favorire la promozione dei contenuti del Programma trasparenza:

a) individuazione dei seguenti stakeholder interni ed esterni;

Es. organizzazioni sindacali delle Aree di Dirigenza Medica e Veterinaria - Organizzazioni sindacali della Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica e Amministrativa - Organizzazioni sindacali dell'Area Comparto Sanità – RSU - Organismi rappresentativi del personale - Comitati Consultivi Misti - Comitato Unico di Garanzia - Ordini e Collegi di tutte le professioni presenti nell'ordinamento sanitario nazionale e regionale - Associazioni presenti nel consiglio nazionale dei consumatori e degli utenti;

b) pubblicazione del PPCT sul sito istituzionale per consentire l'acquisizione successiva di eventuali osservazioni da parte degli stakeholder interni ed esterni individuati.

Nella fase successiva di attuazione del PPCT permane il coinvolgimento degli stakeholder, che si realizza attraverso la raccolta di feedback, ovvero di "risposte", provenienti dagli stessi, sul livello di utilizzazione e di utilità dei dati pubblicati, oltre che degli eventuali reclami sulla qualità delle informazioni pubblicate oppure in merito a ritardi e inadempienze riscontrate.

A tal fine, saranno definite o comunque migliorate e/o implementate, qualora già esistenti, le modalità per rilevare il livello di soddisfazione degli utenti in relazione all'accesso, alla chiarezza ed alla utilizzabilità dei dati pubblicati e per la presentazione di osservazioni o reclami.

L'utenza, inoltre, può fare pervenire richieste o osservazioni anche tramite l'istituto dell'Accesso Civico.

Termini e modalità di adozione ed aggiornamento della Sezione Trasparenza del PPCT  
In relazione alle disposizioni della delibera ANAC (già CIVIT) n. 50/2013 e dell'Intesa Stato – Regioni del 24.7.2013 per l'attuazione della L. n. 190/2012, la presente Sezione, in quanto parte integrante del Piano triennale di Prevenzione della Corruzione, è adottato entro il 31 gennaio 2016 e aggiornata di anno in anno.

L'adozione avviene con atto deliberativo del Direttore Generale su proposta del Responsabile della Trasparenza e prevenzione della corruzione. Dopo l'adozione, il PPCT è pubblicato sul sito istituzionale nella apposita sezione denominata "Amministrazione Trasparente".

### **2.3. Iniziative di comunicazione della trasparenza**

Le iniziative per la trasparenza rappresentano un momento di confronto e di ascolto per conseguire alcuni degli obiettivi fondamentali della trasparenza stessa.

Al fine di garantire la diffusione dei contenuti del Programma e della cultura della trasparenza e dell'integrità, l'ASL di Bari utilizzerà, quali strumenti prevalenti di comunicazione, la posta elettronica certificata, le Giornate della Trasparenza, la formazione e il sito web aziendale.

### **2.4. Posta elettronica certificata (PEC)**

La Posta Elettronica Certificata è lo strumento che consente di inviare e ricevere messaggi di testo ed allegati con lo stesso valore legale di una raccomandata con avviso di ricevimento; in particolare, consiste in una e-mail che garantisce ora e data di spedizione e ricezione e rappresenta un'innovazione capace di generare enormi risparmi sul piano economico e di semplificare i rapporti tra privati e la Pubblica Amministrazione.

La diffusione della Posta Elettronica Certificata rientra nel processo di "dematerializzazione" della burocrazia e l'Azienda, in ottemperanza con quanto prescritto dalla normative ed al fine di aumentare il grado di informatizzazione e digitalizzazione dei processi amministrativi, dovrà provvedere all'attuazione dei relativi adempimenti.

Sul sito web aziendale è possibile trovare l'indirizzo PEC della ASL di Bari [protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it](mailto:protocollo.asl.bari@pec.rupar.puglia.it)

### **2.5. Organizzazione delle giornate della trasparenza**

Con cadenza almeno annuale sarà organizzata la Giornata della Trasparenza, quale iniziativa principale per diffondere i contenuti del Programma e per la raccolta di nuove esigenze che dovessero emergere nel corso delle iniziative svolte.

La Giornata della Trasparenza rappresenta un momento di confronto e di ascolto dei cittadini per garantirne la partecipazione nell'individuazione delle informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti ed il coinvolgimento nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Oltre che a diffondere i contenuti del Programma, la Giornata della Trasparenza è dedicata anche alla presentazione del Piano della Performance e della Relazione sulla

Performance (rectius: bilancio di missione e budget); ulteriori contenuti potranno essere definiti anche coinvolgendo in via preventiva gli stakeholder, per finalizzare l'organizzazione della giornata alle concrete esigenze di conoscenza dei partecipanti: in ogni caso sarà dato ampio spazio di intervento dei partecipanti e di dibattito.

Gli elementi risultanti dal confronto realizzato durante la Giornata della Trasparenza sono riutilizzati per la rielaborazione annuale dei documenti del ciclo della performance e per il miglioramento dei livelli di trasparenza.

## **2.6. La formazione**

La formazione è identificata come uno dei principali meccanismi di prevenzione del rischio che si verifichi un fenomeno di corruzione.

La formazione in tema di prevenzione della corruzione e di diffusione della trasparenza rientra nel Piano Annuale della Formazione dell'ASL di Bari.

Tutti i Dipendenti aziendali, in particolare coloro che, direttamente o indirettamente, svolgono attività ritenute ad elevato rischio di corruzione, devono partecipare ad un programma formativo sulla prevenzione e repressione della corruzione, e sui temi della legalità.

Il PTTI prevede la predisposizione di un programma formativo sui temi dell'etica e della legalità di livello generale e di livello specifico rivolti al Responsabile e ai dirigenti e funzionari addetti agli obblighi di pubblicazione; la formazione prevede l'approfondimento delle discipline in materia di responsabilità dei procedimenti amministrativi, delle norme penali relative ai reati contro la pubblica amministrazione, agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione delle informazioni da parte dell'amministrazione.

Le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165 del 2001 debbono programmare adeguati percorsi di formazione, tenendo presente una strutturazione su due livelli:

1. livello generale, rivolto a tutti i dipendenti: riguarda l'aggiornamento delle competenze (approccio contenutistico) e le tematiche dell'etica e della legalità (approccio valoriale);
2. livello specifico, rivolto al responsabile della prevenzione, nonché della trasparenza, ai referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio: riguarda le politiche, i programmi e i vari strumenti utilizzati per la

prevenzione, nonché per la trasparenza, e tematiche settoriali, in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione.

I fabbisogni formativi sono individuati dal responsabile della prevenzione, nonché della trasparenza, in raccordo con i dirigenti responsabili.

Nell'ambito dello svolgimento delle attività in materia di Trasparenza, l'ASL di Bari promuoverà attività di confronti e di coinvolgimento attivo di soggetti istituzionali mediante un calendario di incontri ed iniziative che sarà meglio esplicitato nella redazione definitiva del PTTI.

## **2.7. L'accesso civico: promozione dell'esercizio del diritto di accesso civico generalizzato e definizione della governance per la gestione coordinata delle diverse tipologie di accesso civico (civico, generalizzato e documentato)**

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 consentire 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 s.m.i., 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.

## **2.8. Processo di attuazione del programma e specifica degli obblighi di pubblicazione**

Nel presente documento vengono individuati i soggetti responsabili e le categorie di dati da pubblicare. A tal fine, la L. 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 istituzionale aziendale.

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 dei referenti (designati dai Dirigenti di Macrostruttura) per la trasparenza che costituiranno un solido aiuto per i Dirigenti di Struttura per la raccolta,

la pubblicazione e la segnalazioni delle informazioni, anche alla luce del disposto di cui all'art. 43, comma 3, del Decreto n. 33.

In particolare, i dirigenti della 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. devono predisporre 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 Programma Triennale per la trasparenza e l'integrità, da inviare al RPCT.

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, inoltre, responsabile dell'attuazione della parte del Programma Triennale con riferimento alle informazioni 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 dovranno, inoltre, procedere alla verifica e all'aggiornamento di quanto pubblicato sulla pagina "Amministrazione Trasparente", implementare i dati e, qualora si manifestino incongruenze, inserire i dati nella sezione corretta; ciò anche al

fine di garantire una pubblicazione dei dati secondo criteri di omogeneità, immediata individuazione e facilità di consultazione.

E' opportuno precisare che i dati e le informazioni pubblicate sul sito istituzionale sono state selezionate in ottemperanza alle prescrizioni di legge in materia di trasparenza e indicazioni di cui alle delibere n. 105/2010 e n. 2/2012 della A.N.AC. (già CIVIT) e, più in generale, al quadro normativo inerente gli obblighi di pubblicazione on line delle amministrazioni. L'Azienda attraverso il Responsabile della Trasparenza garantisce solo la qualità ed il coordinamento delle informazioni.

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente sono pubblicati per un periodo di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Nel prospetto seguente si riporta la descrizione degli obblighi di pubblicazione vigenti (vedi D.lgs. n. 33/2013 e delibera n. 50/2013 CIVIT -oggi A.N.AC.-) 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 documenti);
- 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		3 0 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		3 0 gg. dalle nomine
<b>Bandi di concorso</b>			tempestivo
<b>Performance</b>	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
<b>Enti controllati</b>	Enti pubblici vigilati		annuale
	Società partecipate		annuale
	Enti di diritto privato controllati	Responsabile Trasparenza/ sito web Sanitaservice	annuale
	Rappresentazione grafica		annuale
<b>Attività e procedimenti</b>	Dati aggregati attività amministrativa		annuale
	Tipologie di procedimento		annuale
	Monitoraggio tempi procedurali	Tutti i dirigenti	ogni sei mesi
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati		annuale
<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo-politico	Segreteria Affari Generali Direzione Aziendale	tempestivo
	Provvedimenti dirigenti	Segreteria Affari Generali Tutti i dirigenti	tempestivo
<b>Controlli sulle imprese</b>		Macrostrutture che fanno contratti	annuale /ad evento
<b>Bandi di gara e contratti</b>		Area del Patrimonio E macrostrutture che gestiscono procedure ad evidenza pubblica	tempestivo
<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	Criteri e modalità	Tutti i dirigenti	annuale
	Atti di concessione	Tutti i dirigenti	annuale
<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Area Gestione Risorse Finanziarie	annuale
	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio		annuale
<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Area Gestione Tecnica	annuale
	Canoni di locazione e affitto		annuale
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>		Responsabile Trasparenza	tempestivo
<b>Servizi erogati</b>	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		
<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Area Gestione Risorse Finanziarie	annuale
	IBAN e pagamenti informatici		annuale
<b>Opere pubbliche</b>		Area Gestione Tecnica	Ad evento
<b>Pianificazione e governo del territorio</b>			

Informazioni ambientali		Dati regionali o U.O.S.E.	annuale
Strutture sanitarie private accreditate		UOGRP	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

## 2.9. Referenti per la trasparenza e modalità di coordinamento con il Responsabile per la Trasparenza

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 della Trasparenza.

## 2.10. Misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi

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 PTTI

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 della Trasparenza sia da parte OIV Aziendale.

A tal fine il Responsabile 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 PTTI;

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.

### **2.11. Rilevazione dell'effettivo utilizzo dei dati da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente"**

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.

### **2.12. Misure per assicurare l'efficacia dell'istituto dell'accesso civico**

L'istituto dell'Accesso Civico rappresenta una delle principali novità della recente normativa in materia di trasparenza.

L'accesso civico è il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale; è un diritto che può essere esercitato da chiunque, è gratuito e non necessita di motivazione.

La richiesta va indirizzata al Responsabile della Trasparenza.

Per assicurare l'efficacia di tale diritto, nella sezione "Amministrazione Trasparente", sottosezione "Altri contenuti" – Accesso Civico - sono pubblicati un vademecum informativo sull'esercizio del diritto, la modulistica utilizzabile, i dati relativi al Responsabile della Trasparenza, a cui indirizzare la richiesta, e al titolare del potere sostitutivo, con i relativi recapiti.

La richiesta di accesso civico ai sensi dell'art. 5 del D.lgs. 33/2013 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.

Entro 30 giorni dalla richiesta l'amministrazione deve:

- procedere alla pubblicazione sul sito istituzionale del documento, dell'informazione o dei dati richiesti;
- trasmettere contestualmente il dato al richiedente, ovvero comunicargli l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale.

Se il documento, l'informazione o il dato richiesto risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, l'amministrazione deve indicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale, mentre caso di ritardo o mancata risposta da parte dell'amministrazione il richiedente può ricorrere al titolare del potere sostitutivo di cui all'art. 2, comma 9 bis, della l. n. 241 del 1990.

Sul sito internet istituzionale dell'amministrazione è pubblicata, in formato tabellare e con collegamento ben visibile nella homepage, l'indicazione del soggetto a cui è attribuito il potere sostitutivo e a cui l'interessato può rivolgersi.

Il titolare del potere sostitutivo, ricevuta la richiesta del cittadino, verifica la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione in base a quanto previsto dalla legge. I termini per il suo adempimento sono quelli di cui all'art. 2, comma 9 ter, della l. n. 241 del 1990, ossia un termine pari alla metà di quello originariamente previsto.

L'inoltro da parte del cittadino della richiesta di accesso civico comporta da parte del responsabile della trasparenza, l'obbligo di segnalazione di cui all'art. 43, comma 5, del d.lgs. n. 33/2013 ossia:

- all'UPD ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;
- alla Direzione Strategica Aziendale e all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità

### **2.13. 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



## *Azienda Sanitaria della Provincia di Bari*

### **SEZIONE 3<sup>^</sup>**

# **Analisi del CONTESTO INTERNO**

Gennaio 2017

---

RPCT Dirigente Responsabile: Avv. Luigi Fruscio

## **L'attività svolta dalla Direzione Generale verso i cittadini: l'analisi dei primi 18 mesi di mandato (marzo 2015 – ottobre 2016)**

### **INDICE**

#### **1) INTRODUZIONE E PREMESSA**

#### **2) OBIETTIVI DEL CONTRATTO**

**2.1 Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale**

**2.2 Garanzia dell'equilibrio economico finanziario della gestione o, in caso di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio**

**2.3 Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione**

2.3.1 Anticorruzione e Trasparenza

2.3.2 Rapporti con Strutture Convenzionate

2.3.3 Verifica delle autocertificazioni per le esenzioni ticket tramite il Sistema Tessera Sanitaria

2.3.4 Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori

2.3.5 Controllo analogo su società in house Sanitaservice ASL BA S.r.l.

**2.4 Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato e rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione delle acquisizioni di lavori, beni e servizi con ricorso al soggetto aggregatore**

**2.5 Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria**

**2.6 Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate**

**2.7 Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali**

**2.8 Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta**

**2.9 Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica**

#### **3) OBIETTIVI DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 159/2015 180**

**3.1 Utilizzo del sistema di Contabilità Analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati**

**3.2 Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale-territorio**

3.2.1 Procedure per la costruzione del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano

3.2.2 Supporto per la redazione del Piano di Riordino Ospedaliero regionale

3.2.3 Riequilibrio ospedale-territorio

**3.3 Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente**

**3.4 Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale**

**3.5 Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS..**

**3.6 Riduzione della mobilità passiva extraregionale**

**3.7 Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica**

**3.8 Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali**

**3.9 Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria**

#### **4) CONCLUSIONI**

## 1) INTRODUZIONE E PREMESSA

La Direzione Generale, su proposta del RPCT, ha condiviso di indicare e, quindi pubblicare, quale CONTESTO INTERNO tutte le attività svolte dalla medesima Direzione verso i cittadini nei primi 18 mesi di mandato (marzo 2015 – ottobre 2016), che di fatto, si estrinsecano nel raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione Puglia [delibere di Giunta Regionale, contratto ed obiettivi altri].

La finalità della pubblicazione della relazione dei c.d. 18 mesi di metà mandato del Direttore Generale, all'interno del presente Piano, rappresenta un'applicazione concreta del principio di efficienza ed economicità dell'azione amministrativa posta in essere da questa Azienda Sanitaria per offrire a tutti i cittadini [in modo assolutamente trasparente ed analitico] la programmazione ed attività dei processi posti in essere dall'ASL di Bari nel periodo marzo 2015 – ottobre 2016.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.1471 del 28/9/2016 è stato avviato il procedimento di verifica dell'attività svolta dal Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari, designato con Deliberazione di Giunta Regionale n.2775 del 23/12/2014 e nominato Commissario Straordinario con Deliberazione di Giunta Regionale n.2829 del 23/12/2014.

L'incarico di Commissario Straordinario ha avuto decorrenza dal 12/1/2015, data di insediamento avvenuto con Deliberazione n.4 del 12/1/2015, ed è terminato il 1/3/2015.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.159 del 10/2/2015 è stato nominato il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari per un periodo di tre anni decorrente dalla data di insediamento intervenuta con Deliberazione n.317 del 2/3/2015.

In data 2/3/2015 è stato sottoscritto il contratto di diritto privato di prestazione d'opera intellettuale secondo lo schema approvato con Deliberazione di Giunta Regionale n.2595/2014.

Gli obiettivi assegnati al Direttore Generale sono fissati nei seguenti documenti:

- Deliberazione di Giunta Regionale n.159 del 10/2/2015, con la quale il sottoscritto è stato nominato Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari (ASL BA);
- Contratto di prestazione d'opera sottoscritto il 2/3/2015.

La relazione che segue rileva la programmazione e la pianificazione delle azioni correlate agli obiettivi identificati nei due documenti, il grado di raggiungimento alla data della verifica per ciascuno di essi, nonché le azioni che si intende porre in essere per il completo raggiungimento degli obiettivi assegnati entro la fine dell'incarico.

Per agevolare la rappresentazione e la lettura dello stato di avanzamento dei lavori si è inteso elaborare la relazione in due paragrafi che seguono, riferiti rispettivamente agli obiettivi assegnati con Deliberazione di Giunta Regionale e con Contratto di prestazione d'opera.

I provvedimenti aziendali citati nella presente relazione sono presenti nell'Albo Pretorio del sito ufficiale regionale [www.sanita.puglia.it](http://www.sanita.puglia.it), cui viene reindirizzato il sito [www.asl.bari.it](http://www.asl.bari.it).

## 2) OBIETTIVI DEL CONTRATTO

Gli obiettivi assegnati con la Deliberazione di Giunta Regionale n.159/2015 sono di seguito elencati.

N	DESCRIZIONE
1	Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della Certificazione di accompagnamento del Conto Economico Trimestrale
2	Garanzia dell'equilibrio economico finanziario della gestione o, in caso di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio
3	Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione
4	Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato e rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione delle acquisizioni di lavori, beni e servizi con ricorso al soggetto aggregatore
5	Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria
6	Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate
7	Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali
8	Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta
9	Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica

### 2.1 Invio informatico trimestrale alla Regione, al Ministero dell'Economia e Finanze ed al Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali della certificazione di accompagnamento del Conto Economico trimestrale

In ossequio alle previsioni di cui al decreto del Ministro della Sanità del 28 maggio 2001, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.132 del 9 giugno 2001, riguardante la rilevazione trimestrale dei costi e dei ricavi delle aziende sanitarie locali, nel periodo oggetto di esame, sono stati adottati i seguenti modelli di rilevazione del Conto Economico (CE) trimestrale:

Trimestre	Delibera	
	N.	Data
I trim. 2015	677	30/04/2015
II trim. 2015	1436	31/07/2015
III trim. 2015	1838	30/10/2015
IV Trim. 2015	177 (modif. da Del. DG n.253 del 12/02/2016)	29/01/2016
I trim. 2016	784	29/04/2016
II trim. 2016	1425	01/08/2016

Le deliberazioni di approvazione dei conti economici trimestrali, tutti corredati della Relazione del Direttore Generale prevista dall'art.24 della Legge Regionale n.38/94 sullo stato di

avanzamento del budget e sull'analisi degli scostamenti, sono state regolarmente trasmesse ai competenti uffici regionali per le verifiche inerenti il consolidamento dei dati a livello regionale, nonché per le interlocuzioni con i competenti uffici ministeriali.

I modelli di rilevazione trimestrale, redatti secondo gli schemi di cui al Decreto del Ministro della Salute del 15/6/2012, nonché sulla base delle indicazioni dei competenti uffici regionali, sono sempre stati tempestivamente trasmessi in formato elettronico all'Ufficio Gestione Risorse Finanziarie della Regione Puglia e conferiti per l'acquisizione al Nuovo Sistema Informativo Sanitario del Ministero della Salute (NSIS). Per il IV Trimestre 2015, ai sensi dell'art.4 del citato DM 12/6/2012 rubricato "Validazione dei dati", su espressa richiesta degli uffici regionali, si è provveduto alla rettifica del Modello CE e al reinoltro del flusso sulla piattaforma del NSIS.

Per quanto concerne l'adempimento previsto dall'art.6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23/3/2005, le certificazioni trimestrali di accompagnamento ai Conti Economici degli anni 2015 e 2016, aventi ad oggetto la verifica trimestrale del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario della gestione, coerentemente con l'obiettivo sull'indebitamento delle Amministrazioni pubbliche assegnato in sede di bilancio preventivo economico per l'annualità 2015 e i due trimestri 2016, risultano tutte inviate all'Ispettorato Generale per la Spesa Sociale.

**2.2 Garanzia dell'equilibrio economico finanziario della gestione o, in caso di non coerenza delle condizioni di equilibrio, presentazione di un piano contenente indicazione delle misure idonee a ricondurre la gestione al predetto equilibrio**

La Relazione del Direttore Generale al Bilancio 2015 (annualità interamente riconducibile alla gestione dell'attuale Direzione, seppur nei primi due mesi con funzioni commissariali), allegata alla Deliberazione Direttore Generale n.1212 del 29/6/2016, al paragrafo 5 "*La gestione economico-finanziaria dell'Azienda*", evidenzia dettagliatamente la composizione del risultato gestionale registrato, tenuto conto dei fattori endogeni ed esogeni che lo hanno determinato.

Di seguito si riepiloga il confronto tra CE consuntivo 2015, CE preventivo 2015 (approvato con deliberazione del Direttore Generale pro-tempore n.2299 dell'1/12/2014) e CE consuntivo 2014 (Valori in €/mgl):

Descrizione Voce CE	Consuntivo 2015	Preventivo 2015	Consuntivo 2014
Valore della Produzione	2.141.318	2.024.506	2.100.223
Costi della Produzione	2.109.186	2.055.486	2.076.518
Diff. Tra Valore e Costo della Produzione	32.132	-30.980	23.705
Proventi ed oneri finanziari	-732	-98	-1.734
Rettifiche di valore di attività finanziarie	-	-	-
Proventi ed oneri straordinari	-425	-	9.036
Imposte sul reddito dell'esercizio	30.953	34.365	30.985
<b>Utile/(Perdita) d'esercizio</b>	<b>22</b>	<b>-65.443</b>	<b>22</b>

Al momento dell'insediamento la ASL BARI era percepita dagli organi di controllo interni ed esterni regionali come una Azienda con elevate criticità di carattere amministrativo, rappresentate anche nelle relazioni del Collegio Sindacale di accompagnamento ai bilanci d'esercizio dei diversi anni. I bilanci di esercizio della ASL BARI derivante dall'unificazione di 4 aziende (ASL BA 2, ASL BA 3, ASL BA 4, ASL BA 5), avvenuta dall'1/1/2007 con Legge

Regionale n.39/2006, sin dall'esercizio di unificazione (Anno 2007), evidenziano infatti **pareri negativi del Collegio Sindacale**.

In merito occorre evidenziare che nel corso dell'anno 2014 si è conclusa una verifica ispettiva del Ministero dell'Economia e delle Finanze dalla quale sono emerse numerose criticità di carattere amministrativo-contabile riportate nella relazione finale.

Nel corso dei primi mesi dell'anno 2015, tenendo conto dei risultati della verifica ispettiva, sono state adottate azioni correttive che hanno originato scritture contabili di assestamento al Bilancio d'esercizio 2014, anche al fine di migliorare la rappresentazione veritiera e corretta dei dati di Bilancio. In particolare:

- sono state effettuate analisi approfondite sulla ultimazione dei lavori edili rappresentati in bilancio tra i lavori in corso, determinando giroconti da immobilizzazioni in corso ad immobilizzazioni per diverse decine di milioni di euro;
- è stato effettuato per la prima volta l'accantonamento per i rischi derivanti dalla gestione diretta dei sinistri;
- è stata avviata la circolarizzazione dei legali esterni, per determinare un più corretto accantonamento ai fondi rischi;
- è stato sensibilmente migliorato il livello di rappresentazione dei fatti di gestione sia sotto l'aspetto della rappresentazione in bilancio sia mediante il significativo arricchimento delle informazioni presenti in nota integrativa, estremamente sintetiche sino al Bilancio di esercizio 2013.

Tutte queste attività prodotte nei primi mesi di gestione non sono state comunque sufficienti ad ottenere un parere positivo del Collegio Sindacale sul Bilancio di esercizio 2014.

Nel corso dell'anno 2015, tenendo anche conto delle prescrizioni del Collegio Sindacale accumulate negli esercizi precedenti, oltre alle prescrizioni derivanti dalla citata verifica ispettiva, sono stati avviati a regime processi e procedure volti al miglioramento dei percorsi amministrativo-contabili. Le principali azioni sono nel seguito sinteticamente rappresentate:

1. Definizione e adozione del manuale delle procedure amministrativo-contabili della ASL BARI, predisposto dalla "Deloitte", nell'ambito del progetto regionale di affiancamento alle aziende sanitarie pubbliche finalizzato alla futura certificazione dei bilanci;
2. Adozione di una metodologia di esame delle proposte di deliberazione più rigorosa, al fine di migliorare la rappresentazione amministrativo-contabile dei fatti gestionali;
3. Adozione di procedure finalizzate all'ottenimento dei dati finanziari, patrimoniali ed economici, infrannuali e di esercizio, da parte dei diversi uffici coinvolti nei processi di formazione dei documenti contabili che, maggiormente responsabilizzati sui processi verifica e analisi dei dati trasmessi, hanno contribuito a migliorare il livello di accuratezza e completezza dei dati espressi nei bilanci infrannuali e di esercizio;
4. Rappresentazione delle quadrature di inventario in nota integrativa, con evidenza delle eventuali criticità e delle azioni intraprese per il loro superamento.
5. Miglioramento dei tempi di risposta ai suggerimenti ed ai rilievi del Collegio Sindacale, al fine di rimuovere il più celermente possibile le criticità rappresentate;
6. Ripristino della corretta gestione contabile delle ex aziende sanitarie (gestioni liquidatorie), per anni trattate con superficialità ed in modo non corretto e accurato;
7. Definizione di percorsi per l'accurata quantificazione dei Fondi rischi, al fine di rispettare il principio della prudenza e della corretta rappresentazione in bilancio;
8. Miglioramento ulteriore della rappresentazione dei fatti gestionali nella Nota Integrativa.

Le azioni sopra elencate hanno consentito di conseguire un risultato importante già nel primo anno di gestione, poiché per la prima volta dalla costituzione dell'azienda unica provinciale il Bilancio di esercizio 2015 ha ottenuto il **parere favorevole**, seppur con talune osservazioni, da parte del Collegio Sindacale. Il Verbale n.43 del 18/6/2016, regolarmente trasmesso alla Regione Puglia, al Ministero dell'Economia e delle Finanze, al Ministero della Salute e al Presidente della Conferenza dei Sindaci, ne ha attestato la corrispondenza alle scritture contabili, la conformità dei criteri di valutazione a quelli previsti dall'art.2423 del Codice Civile e dalle altre disposizioni di legge, fatto salvo quanto diversamente disposto dal D.Lgs. n.118/2011, nonché il rispetto dei principi di redazione del bilancio di cui all'art.2423-bis C.C..

Quanto all'analisi delle risultanze contabili, si registra un incremento nei ricavi dell'esercizio 2015 di circa il 2% rispetto all'esercizio 2014, superiore all'incremento dei costi totali di produzione (+1,6%) che sono passati dagli €/mgl 2.076.518 del 2014 a €/mgl 2.109.840 nel 2015.

L'equilibrio economico è stato conseguito anche grazie a un contenimento del trend di crescita di alcune tipologie di costi (già registrato nell'esercizio 2014, rispetto all'anno 2013) e, in diversi casi, grazie ad una vera e propria riduzione delle spese. I commenti specifici alle fluttuazioni economiche sono contenuti nel Bilancio di esercizio 2015 approvato con Deliberazione DG n.918 del 16/5/2016.

Con riferimento alla gestione dei ricavi appare utile evidenziare che dal 2011 la Regione Puglia, con apposito provvedimento integrativo dell'assegnazione provvisoria di esercizio, procede ad effettuare una assegnazione aggiuntiva a tutte le aziende sanitarie alle quali è consentito il riequilibrio economico dell'esercizio.

Il risultato economico in leggero utile, pari ad €/mgl 22, è stato quindi ottenuto grazie ad una migliore definizione delle assegnazioni regionali di €/mgl 71.168, di cui solo €/mgl 10.300 derivanti da risorse aggiuntive del bilancio regionale, che ha compensato il risultato operativo negativo provvisorio di €/mgl 71.146, derivante principalmente da costi non direttamente governabili dalla Direzione Strategica (acquisto farmaci ad alto costo per particolari patologie, mobilità passiva intra-regionale per somministrazione diretta farmaci, ecc.) o non altrimenti riducibili senza pregiudizio della erogazione delle prestazioni sanitarie e/o compromissione della qualità e quantità dei livelli essenziali di assistenza.

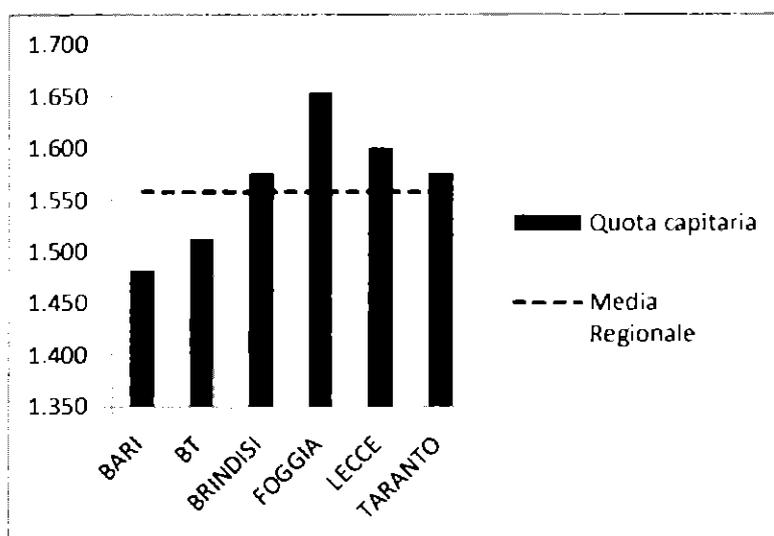
Nella tabella seguente si evidenziano le componenti economiche che hanno determinato la quantificazione del contributo per il riequilibrio economico (valori in €/mgl).

<b>Perdita operativa effettiva (a)</b>	<b>-71.146</b>
Differenza nuova assegnazione (mancato risparmio 2015 su spesa farmaceutica e dispositivi e protesica)	29.766
Maggiore sbilancio mobilità regionale ed extrareg. (Farmaci epatite C)	-17.650
Minore riparto FSN vincolato	-2.585
Maggiore payback	46.800
Assegnazione per altri programmi e progetti non ricompresi nel FSR	4.537
Contributi da Regione (extra fondo) – Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	10.300
<b>Totale ulteriori assegnazioni regionali (b)</b>	<b>71.168</b>
<b>Utile di esercizio (b-a)</b>	<b>22</b>

A tal proposito, appare opportuno svolgere alcune riflessioni in relazione ai criteri di determinazione dell'assegnazione del Fondo Sanitario Regionale riservata alla ASL BARI, al fine di analizzare sia lo scostamento tra la quota capitolaria calcolata per l'Azienda e la quota capitolaria media regionale 2015, sia la tabella regionale di riparto delle risorse aggiuntive, erogate a ciascuna azienda per la garanzia di copertura dei LEA.

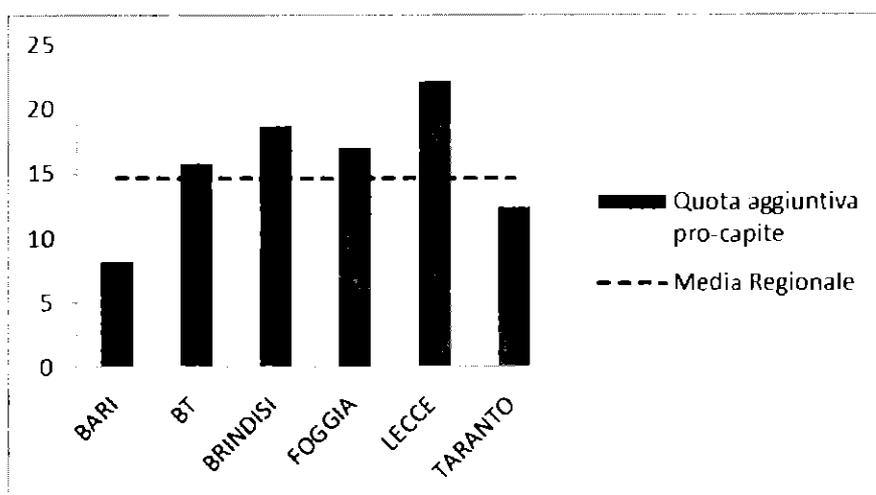
Infatti, nonostante i maggiori contributi in c/esercizio da Regione, la quota capitolaria calcolata per l'ASL BARI (nota prot. n.AOO\_005/PROT/000255 del 10/5/2016 del Direttore del Dipartimento "Promozione della Salute, del benessere sociale e dello sport per tutti") risulta comunque più bassa rispetto alla quota capitolaria media regionale, come si evince dalla tabella di seguito riportata:

Descrizione	U/mis	Valori
Assegnazione lorda (a)	€/mgl	1.869.529
Utile rilevato al 31/12/2015 (b)	€/mgl	- 22
Totale assegnaz. Richiesta (c)=(a)+(b)	€/mgl	1.869.507
B. Pop. Bari all'1/01/2014 (d) (Fonte: DIEF 2014-2015-DGR n.867/15)	Num.	1.261.964
<b>Quota capitolaria lorda attuale (e)=(a)/(d)</b>	<b>€</b>	<b>1.481</b>
Quota capitolaria richiesta per l'equilibrio (f)=(c)/(d)	€	1.481
<b>Quota capitolaria media regionale 2015 (Fonte: DIEF 2014-2015-DGR n.867/15)</b>	<b>€</b>	<b>1.558</b>



Analizzando in dettaglio la matrice delle risorse aggiuntive erogate a ciascuna Azienda, a titolo di copertura LEA, si rileva che la ASL BARI, come desumibile dalla tabella e dal grafico sotto riportati, risulta essere l'Azienda Sanitaria con la quota aggiuntiva pro-capite più bassa.

Azienda Sanitaria	Contributi da Regione (extra fondo) Risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA	Popolazione	Quota aggiuntiva pro-capite
BARI	10.300.000,00	1.261.964	8,16
BT	6.200.000,00	393.769	15,75
BRINDISI	7.500.000,00	401.652	18,67
FOGGIA	10.800.000,00	635.344	17,00
LECCE	17.900.000,00	807.256	22,17
TARANTO	7.300.000,00	590.281	12,37
<b>Totale</b>	<b>60.000.000,00</b>	<b>4.090.266</b>	<b>14,67</b>



Alla ASL BARI spetterebbe dunque una maggiore assegnazione teorica di €/mgl 105.390 circa, qualora si applicasse alla popolazione residente la quota capitaria media regionale, sia per il riparto che per le risorse aggiuntive.

Occorre inoltre evidenziare il mancato adeguamento dei valori della mobilità sanitaria nelle Tabelle dell'ultimo DIEF approvato, poiché non è stato possibile rilevare nel valore della produzione i maggiori ricavi derivanti dalla Mobilità Attiva Extraregionale prodotti dalle aziende private accreditate della Provincia di Bari. Tali maggiori ricavi derivano dal maggiore valore delle prestazioni rimborsate dalla ASL BARI extra-tetto alle aziende private accreditate. Tali valori evidenziano un incremento di €/mgl 3.412 nell'anno 2015, rispetto alla produzione 2014.

### **2.3 Rispetto delle leggi e del principio di buon andamento ed imparzialità dell'Amministrazione**

Sin dalla data dell'insediamento si è posta in essere una metodologia di lavoro che ha previsto il pieno coinvolgimento di tutti gli uffici interessati alla risoluzione di specifiche problematiche, cercando di migliorare altresì le modalità di comunicazione tra Uffici della Azienda (comunicazione interna) e confronti dei cosiddetti portatori di interesse (comunicazione esterna).

Per quanto concerne la comunicazione e la condivisione interna volta al potenziamento dell'imparzialità e del buon andamento, sono stati istituiti gruppi di lavoro tematici e/o tavoli tecnici e/o conferenze di servizi, in modo da esaminare organicamente le molteplici problematiche operative ed acquisire tempestivamente le considerazioni tecniche di tutti gli uffici potenzialmente interessati all'adozione di provvedimenti.

Con riferimento alla comunicazione rivolta ai cosiddetti portatori di interesse, in ossequio anche a quanto previsto dalle recenti modifiche della Legge n.241/1990 e s.m.i., si è anche dialogato in via preventiva con le Associazioni/Cooperative/Società, al fine di superare eventuali problematiche connesse anche all'interpretazione di una legge o di un provvedimento amministrativo. Ciò ha consentito di depotenziare conflitti, oltre che agevolato le interlocuzioni necessarie tra la Pubblica Amministrazione aperta al dialogo ed i cittadini, sempre nei limiti e nel rispetto delle prerogative di legge.

In questo contesto si inseriscono le azioni amministrative ed organizzative intraprese, di seguito trattate.

#### **2.3.1 Anticorruzione e Trasparenza**

Le attività svolte sui temi di Anticorruzione e Trasparenza di cui alla Legge n.190/2012, al D.Lgs. n.33/2013 ed al DPR n. 62/2013 sono di seguito elencate.

In materia di prevenzione e repressione della corruzione, nel rispetto dei provvedimenti legislativi e dei provvedimenti ANAC (Autorità Nazionale Anticorruzione), sono stati adottati ogni anno i seguenti provvedimenti deliberativi:

- Deliberazione DG n.77 del 30/1/2015 avente ad oggetto *“Aggiornamento del Codice di Comportamento della ASL di Bari”*;
- Deliberazione DG n.78 del 30/1/2015 avente ad oggetto *“Aggiornamento del PIANO TRIENNALE per la PREVENZIONE della CORRUZIONE anni 2015 – 2016 – 2017”*;

- Deliberazione DG n.79 del 30/1/2015 avente ad oggetto "Aggiornamento del *PROGRAMMA TRIENNALE per la TRASPARENZA E L'INTEGRITA' anni 2015 – 2016 – 2017*";
- 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*".

Tali provvedimenti contengono l'analisi dettagliata delle funzioni demandate per legge al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC), i conseguenti compiti attuativi e la programmazione dei lavori da attivare, con precisi riferimenti alle connesse responsabilità che si innestano con le problematiche sulla trasparenza.

Ogni Macrostruttura aziendale, su disposizione della Direzione Generale, ha indicato un referente interno che deve rappresentare le problematiche legate alla corruzione nelle singole strutture operative.

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

- 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.

Occorre inoltre evidenziare che 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.

In tal senso, anche con riferimento a quanto prescritto dall'art.1, comma 32, della Legge n.190/2012, l'Azienda riporta sistematicamente nei provvedimenti adottati le informazioni da pubblicare rispettando le modalità e i tempi di pubblicazione.

Gli obblighi di pubblicazione hanno riguardato tutti i procedimenti di scelta del contraente, a prescindere dall'acquisizione del CIG o dello SmartCIG, ovvero dalla scelta del contraente che può essere avvenuta:

- all'esito di un confronto concorrenziale,
- con affidamenti in economia,
- con affidamenti diretti,
- con preventiva pubblicazione di un bando,
- con una lettera di invito.

Tale attività consente di procedere alla comunicazione obbligatoria, da effettuarsi entro il 31 gennaio di ogni anno, nella sezione "Amministrazione trasparente"/"Bandi di gara e contratti", delle informazioni indicate dal già citato all'art.1, comma 32, della Legge n.190/2012.

Le informazioni oggetto di pubblicazione sul sito web istituzionale sono le seguenti:

Dato	Descrizione
CIG	Codice Identificativo Gara rilasciato dall'Autorità
Struttura proponente	Codice fiscale e denominazione della Stazione Appaltante responsabile del procedimento di scelta del contraente
Oggetto del bando	Oggetto della procedura di scelta del contraente
Procedura di scelta del contraente	Procedura di scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche se posta in essere in deroga alle procedure ordinarie
Elenco degli operatori invitati a presentare offerte	Elenco degli operatori economici partecipanti alla procedura di scelta del contraente, quindi tutti i partecipanti, alle procedure aperte e quelli invitati a partecipare alle procedure ristrette o negoziate. Per ciascun soggetto partecipante vanno specificati: codice fiscale, ragione sociale e ruolo in caso di partecipazione in associazione con altri soggetti
Aggiudicatario	Elenco degli operatori economici risultati aggiudicatari della procedura di scelta del contraente. Per ciascun soggetto aggiudicatario vanno specificati: codice fiscale, ragione sociale e ruolo in caso di partecipazione in associazione con altri soggetti
Importo di aggiudicazione	Importo di aggiudicazione al lordo degli oneri di sicurezza, e delle ritenute da operare per legge (tra cui le ritenute per gli oneri previdenziali nel caso di incarichi a liberi professionisti) e al netto dell'IVA
Tempi di completamento dell'opera, servizio o fornitura	Data di effettivo inizio lavori, servizi o forniture Data di ultimazione lavori, servizi o forniture
Importo delle somme liquidate	Importo complessivo, al lordo degli oneri di sicurezza e delle ritenute operate per legge e al netto dell'IVA, delle somme liquidate dalla stazione appaltante annualmente, da aggiornare di anno in anno fino alla conclusione del contratto

Gli obblighi di pubblicazione previsti dalla richiamata normativa integrano e non sostituiscono gli obblighi di pubblicazione o comunicazione previsti dal Codice dei Contratti Pubblici e da altre disposizioni normative pedissequamente osservate da questa Azienda.

Occorre inoltre tenere presente, con riferimento al nuovo codice declinato nel D.Lgs. n.50/2016, che il legislatore ha dato rinnovato vigore al tema della trasparenza come antidoto preventivo a comportamenti arbitrari e, più in generale, alla questione "corruzione".

Si ispirano a queste esigenze, gli obblighi sanciti all'art.29 del nuovo codice ma anche altre norme che condividono il fine della trasparenza intesa come conoscibilità, condivisione e comprensibilità.

In tal senso, 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.

Tale Regolamento, suscettibile di eventuali modifiche a seguito dell'emanazione delle attese Linee Guida dell'ANAC, fissa i seguenti obiettivi:

- realizzare la massima efficienza, efficacia ed economicità delle attività negoziali,
- garantire la massima trasparenza procedurale attraverso la riproducibilità dei percorsi amministrativi,
- assicurare la chiarezza delle informazioni contenute nei provvedimenti di esitazione delle diverse gare da esperirsi sistematicamente sulle piattaforme di commercio elettronico Nazionali (MEPA) e Regionali (EmPulia).

Detto Regolamento, in coerenza con le disposizioni contenute nel Codice dei Contratti, è finalizzato a rafforzare la trasparenza amministrativa. A questo fine l'attività negoziale svolta dall'Azienda favorirà forme diffuse di controllo da parte dei cittadini introducendo procedure che consentiranno azioni più efficaci di contrasto alle condotte illecite ed ai fenomeni corruttivi.

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 (PNA 2013, PNA aggiornamento del 2015 e da ultimo PNA 2016), occorre premettere che l'ASL BARI ha provveduto inizialmente alla rotazione nelle aree ritenute più a rischio [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, così come disposto nel Piano Aziendale della Repressione e Prevenzione della corruzione e consigliato dalla stessa ANAC, 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 dovrà prevedere 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”*.

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.

### **2.3.2 Rapporti con Strutture Convenzionate**

All’atto dell’insediamento sono state riscontrate numerose criticità strettamente connesse ad un significativo numero di contenziosi azionati dalle strutture private accreditate a seguito di determinazioni assunte dalla ASL BARI negli anni passati, in applicazione di provvedimenti regionali.

Nel corso degli anni 2015 e 2016 il numero di esistenti e potenziali contenziosi si è ridotto drasticamente. Ciò è dovuto ad una politica strategica e gestionale volta a prevenire il contenzioso attraverso il coinvolgimento attivo delle stesse strutture private accreditate, delle Organizzazioni Sindacali più rappresentative delle medesime e dei competenti Uffici Regionali, il tutto teso ad individuare soluzioni di carattere organizzativo-gestionali coerenti con l’attuale impianto normativo nazionale e regionale.

Si elencano di seguito alcune delle azioni più rappresentative per aree di attività.

**Case di Cura**

Con determinazione dirigenziale (D.D.) n. 14 del 12/2/2014, la Regione Puglia ha preso atto della fusione per incorporazione della Casa di Cura "Casa Bianca Spa" nella Casa di Cura "Villa Lucia Hospital – Società Medicol Srl", entrambe appartenenti al Gruppo "Villa Maria Spa", mentre con D.D. n. 327 del 26/11/2015 ha conferito alla incorporante Casa di Cura "Villa Lucia Hospital – Società Medicol Srl" l'autorizzazione all'esercizio per trasferimento della Casa di Cura "Casa Bianca Spa" e, contestualmente l'accreditamento istituzionale delle discipline con relativi posti letto per complessivi n. 73.

A partire dal 13/4/2016 la Casa di cura "Santa Maria Spa" è entrata a far parte del Gruppo "Villa Maria".

Con diversi provvedimenti, la Regione Puglia ha previsto, nei confronti delle Case di Cura Private insistenti nel territorio della ASL BA, nel corso degli anni 2015 e 2016, una nuova configurazione degli accreditamenti, con conseguente aggiornamento dei posti letto accreditati, distinti per singola disciplina di assegnazione, come da seguente prospetto.

DISCIPLINA ACCREDITATA	ANTHEA HOSPITAL	MATER DEI HOSPITAL	MONTE IMPERATORE	SANTA MARIA	VILLA LUCIA MEDICOL	TOTALE POSTI LETTO
CARDIOCHIRURGIA	20	34	0	23	0	77
CARDIOLOGIA	14	40	0	22	11 (+11)	87
CHIRURGIA GENERALE	7 (+7)	32	0	12	18 (+2)	69
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	5	0	0	0 (-5)	5
CHIRURGIA PLASTICA	0	5	0	0	0	5
CHIRURGIA TORACICA	0	8 (-2)	0	0	0	8
CHIRURGIA VASCOLARE	0	10	0	13	0	23
GASTROENTEROLOGIA	0	10	0	0	0	10
GERIATRIA	0	0	22	0	0	22
GINECOLOGIA E DSTETRICIA	0	30	0	38	0	68
MEDICINA GENERALE	0	71 (-4)	0	0	0	71
NEFROLOGIA	0	10	0	0	0	10
NEONATOLOGIA	0	6	0	0	0	6
NEUROCHIRURGIA	10	10	0	0	0	20
NEUROLOGIA	0	10	0	0	0	10
NIDO	0	0	0	0	0	0
OCULISTICA	0	5	0	0	2 (+1)	7
ONCOLOGIA	0	4 (+4)	0	0	0	4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	32	0	18	30 (-2)	96
OTDRINOLARINGOIATRA	0	4 (+4)	0	0	0 (-5)	4
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	0 (-7)	40	73	10	0 (-14)	123
RECUPERO E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	10	35	0	10	0	55
RIANIMAZIONE	8	8	0	10	0	26
TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	0	12	0	0	0	12
UNITÀ CORONARICA (UTIC)	6	8	0	4	4 (+4)	22
UROLOGIA	0	8 (-2)	0	8	8 (+8)	24
DAY SURGERY/IVG	0	12	0	0	0	12
<b>TOTALE</b>	<b>91</b>	<b>449</b>	<b>95</b>	<b>168</b>	<b>73</b>	<b>876</b>

Le dinamiche innanzi descritte hanno creato ulteriori aspettative nel privato accreditato in termini di budget finanziari, con conseguenti difficoltà per questa ASL BA nella determinazione dei tetti di spesa per gli anni 2015 e 2016.

Pertanto, questa Azienda, in merito alla riprogrammazione delle attività svolte e da svolgere nel corso dell'anno 2015, ha accertato una diversa configurazione del fabbisogno aziendale a invarianza del "fondo unico di remunerazione" determinato nel rispetto della DGR n. 1494/2009 e dei tetti complessivi assegnati a ciascuna Casa di Cura. Con Deliberazione Direttore Generale n. 2058 del 01/12/2015, a seguito di numerose interlocuzioni con le predette Case di Cura e le

Organizzazioni Sindacali più rappresentative di queste ultime, la ASL BA ha di fatto modificato e integrato la Deliberazione Direttore Generale n. 876 del 01/06/2015. Tale Deliberazione ha modificato i criteri di ripartizione del fondo unico da destinare alla remunerazione delle prestazioni sanitarie in regime di ricovero da erogarsi nell'anno 2015, procedendo, a invarianza del fondo unico di remunerazione di cui alla medesima Deliberazione Direttore Generale, a una rimodulazione dei tetti di spesa per disciplina secondo un nuovo assetto programmatico e configurativo. Tale rideterminazione dei criteri è stata definita in contraddittorio con le Strutture interessate, le quali hanno espresso pienamente il loro consenso all'identificazione delle diverse discipline accreditate all'interno di gruppi omogenei come di seguito specificato:

PERCORSO ASSISTENZIALE "CUORE"	cardiologia; cardiologia interventistica; terapia intensiva cardiologica (UTICCH); UTIC; rianimazione; chirurgia vascolare, riabilitazione cardiologica;
PERCORSO ASSISTENZIALE "MATERNO INFANTILE"	ostetricia e ginecologia; neonatologia; nido;
RAGGRUPPAMENTO "AREA MEDICA"	medicina generale, neurologia, gastroenterologia, nefrologia; medicina geriatrica; oncologia;
RAGGRUPPAMENTO "AREA CHIRURGICA"	chirurgia generale; chirurgia plastica; chirurgia toracica; chirurgia maxillo-facciale; neurochirurgia; oculistica; ortopedia traumatologia; otorino; riabilitazione funzionale; urologia; day-surgery; IVG;

Tale *modus operandi* ha di fatto impedito l'innescarsi di un notevole contenzioso pur consentendo di garantire la massimizzazione degli interessi pubblici in termini di effettiva acquisizione delle prestazioni programmate. La metodologia utilizzata dalla ASL BARI è stata recepita nella Deliberazione Giunta Regionale n.981/2016, relativa all'approvazione dello schema di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., da utilizzarsi per la definizione, per l'anno 2016, dell'acquisto di prestazioni erogate dalle strutture istituzionalmente accreditate per le attività svolte in regime di ricovero. Anche per l'anno 2016 si è applicata la stessa metodologia di definizione del budget per aree omogenee.

#### **Strutture di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978**

La ASL BARI, fino al 31/12/2014 aveva provveduto a contrattualizzare, per un importo complessivo di circa €/mgl 3.000, le strutture di riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978 "Centro AIAS" di Melfi (PZ), "Centro Meridionale Riabilitativo" di Bernalda (MT) e "Centro RHAM" di Matera, insistenti nel territorio della regione Basilicata per l'acquisto ed erogazione di prestazioni riabilitative domiciliari.

Sin dal suo insediamento, questa Direzione Generale ha inteso affrontare tale criticità al fine di incanalare il fabbisogno di prestazioni riabilitative domiciliari di che trattasi esclusivamente all'interno dell'offerta garantita dei Centri riabilitativi ex art. 26 L. n. 833/78 accreditati insistenti nel territorio di competenza della ASL BARI, come peraltro più volte ribadito dalla Regione Puglia con specifici interventi normativi (art. 19 L.R. 26/2006 così come modificato dall'art. 8 L.R. 8/2010).

Pertanto, in data 14/4/2015 la ASL BARI comunicava alle strutture extraregionali su citate il blocco dell'affidamento di nuovi progetti riabilitativi domiciliari, in quanto tali prestazioni potevano essere assorbite dall'offerta sanitaria delle strutture a gestione diretta o accreditate insistenti nel territorio di competenza della ASL.

Tali disposizioni, in analogia a quanto già accaduto negli anni precedenti, hanno generato un contenzioso azionato dalle predette strutture lucane davanti al TAR prima e al Consiglio di Stato poi. Tuttavia, con Ordinanze cautelari TAR Puglia Bari n.396, n.397 e n.398 del 3/7/2015 e con Ordinanze del Consiglio di Stato sezione terza di Bari n.4514 e n.4515 dell'1/10/2015 è stata ampiamente accolta la tesi difensiva della ASL BARI, confermando la legittimità della nota medesima.

Le decisioni assunte da questa Amministrazione hanno pertanto prodotto una significativa economia di spesa, considerando che nel solo anno 2014, le predette strutture lucane erano state contrattualizzate per un volume finanziario complessivo di €/mgl 2.700.

### ***Specialistica Ambulatoriale***

Con nota prot. n.AOO/151 n.931 del 28/1/2015, il Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia evidenziava che *"(...) l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, e con il fabbisogno assistenziale aziendale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2014 (...)"*. stabilendo pertanto l'obbligo dell'individuazione analitica delle prestazioni da acquistarsi.

Con Deliberazione Direttore Generale n.475 del 31/3/2015, si è proceduto all'assegnazione dei tetti di spesa con la metodologia individuata dai competenti Uffici Regionali.

Tale decisione decretava di fatto una serie di criticità per le strutture in ordine al rispetto dei vincoli di cui agli accordi contrattuali con inevitabile e conseguente deriva in molteplici probabili contenziosi futuri.

Pertanto, l'Azienda si è immediatamente adoperata a organizzare appositi incontri nei giorni 4-5/6/2015, presso la Direzione Generale aziendale alla presenza dei rappresentanti delle strutture private accreditate, del referente della Regione Puglia – Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità e dei referenti della società Exprivia.

A fronte delle osservazioni rappresentate dalle Strutture, la Direzione Strategica e il referente della tecnostuttura regionale, nel prenderne atto, hanno individuato un percorso virtuoso che consentisse di contemperare le esigenze assistenziali con i vincoli giuridici e legislativi che gravitano su entrambi i soggetti (committente ed erogatore), scongiurando l'insorgere di potenziali contenziosi che avrebbero finito per compromettere l'utilizzo delle scarse risorse umane ed economiche disponibili.

Le Strutture hanno chiesto di poter elaborare delle proposte che, senza stravolgere l'impianto contrattuale e le esigenze su richiamate, superassero l'indicazione analitica formulata dal committente nell'allegato all'accordo contrattuale sottoscritto e che fossero rispondenti alle esigenze operative e pratiche rappresentate.

Con nota prot. n.117790/UOR01 del 18/6/2015, la ASL BARI ha trasmesso e sottoposto alle valutazioni dei competenti Uffici regionali le proposte formulate ritenute meritevoli di accoglimento.

Con nota prot. n.AOO/151/18264 del 6/7/2015, la Regione Puglia riscontrava la nota di questa ASL BA prot. N. 117790/UOR01 del 18/6/2015, ritenendo che le osservazioni prospettate dall'Azienda erano condivisibili e meritevoli di accoglimento poiché, in linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento, consentono di superare le criticità emerse in sede di applicazione delle prescrizioni contenute nelle deliberazioni regionali con le quali sono stati approvati i contratti tipo. Conseguentemente, invitava l'Azienda a procedere all'adeguamento dei contratti già sottoscritti per l'anno 2015, conciliando così le esigenze del settore pubblico con i suoi vincoli giuridici e legislativi, evitando l'insorgere di possibili molteplici contenziosi.

Il percorso metodologico attuato dalla ASL BARI nel corso del 2015 è stato confermato anche nel 2016, di concerto con la Regione Puglia – Direzione Dipartimento per la Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, che comunicava, tra gli altri, alla ASL BARI che *“(...) ai fini della programmazione e determinazione del fabbisogno per l'anno 2016, rimaneva confermato l'obbligo dell'individuazione analitica delle prestazioni da acquistarsi e la conseguente aggregazione per gruppi omogenei, senza l'indicazione delle singole quantità, ma prevedendo, per ogni gruppo omogeneo, il valore economico complessivo dei sub budget che costituisce il limite inderogabile per l'erogatore con possibilità di oscillazione, limitatamente alla branca di Radiodiagnostica per Immagini, nella misura massima del 15% all'interno dei sub budget assegnati. Tale impostazione appare in linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento, e consente di superare le criticità segnalate, tra le altre, anche dalla ASL BA nell'anno 2015, prima fase di applicazione delle prescrizioni contenute nelle deliberazioni con cui sono stati approvati i singoli contratti-tipo per la specialistica ambulatoriale”*.

#### **Prestazioni Emodialitiche**

Con Deliberazione DG n. 2137 del 21/12/2015, è stato recepito “l'Atto di Transazione” sottoscritto in data 2/12/2015, tra la Società “DIAVERUM ITALIA Srl” e l'ASL BARI, in merito ai ricorsi per Decreto Ingiuntivo (D.I.) n.2626/2014 e n.1583/2012 promossi dalla medesima Società in ordine al pagamento di prestazioni emodialitiche e di trasporto di pazienti dializzati, nel rispetto di fatture emesse dall'anno 2007 all'anno 2014.

Tale transazione, come peraltro avallato dal procuratore della ASL BARI nei procedimenti suddetti è stata giudicata economicamente accettabile, in virtù dell'alea sempre connessa alle liti giudiziarie, e considerato inoltre, da un lato, la circostanza che in tal modo, senza neppure cominciare un giudizio, la ASL BARI ha visto riconoscere integralmente dalla controparte l'importo di cui alla regressione tariffaria prevista dall'art. 7 comma 3 della L.R. n.4/2010, da applicarsi per il periodo 1/1/2010-31/12/2014, dall'altro lato che non poteva escludersi il rischio di soccombenza nei giudizi pendenti.

Inoltre, nel corso di numerosi incontri svoltisi nel corso dell'anno 2015 alla presenza del precitato procuratore della ASL BARI, del Dirigente della UOGRC e del Direttore della Struttura Burocratica Legale, si è riusciti a ridurre notevolmente le pretese avanzate dalla “DIAVERUM ITALIA Srl” con la proposta di definizione transattiva, presentata dalla medesima Struttura con nota del 15/9/2015, a condizione di definire tutte le pendenze in essere alla data del 31/12/2014.

Per effetto della citata “Transazione”, le parti hanno deciso di conciliare e transigere definitivamente le vertenze tra le stesse in corso e quelle potenziali relative alle correlate pretese della ricorrente nei confronti della ASL BARI per tutte le prestazioni di emodialisi e accessorie.

ivi incluse le spese di trasporto, per i pazienti residenti nell'ambito territoriale della ASL BARI sino a tutto il 31/12/2014.

La soluzione adottata da questa Azienda non solo ha chiuso definitivamente ogni pendenza giudiziaria, in cui la Azienda sarebbe stata molto probabilmente soccombente, con la "DIAVERUM ITALIA Srl" per tutte le prestazioni da essa fornite fino al 31/12/2014, ma ha altresì permesso alla ASL BARI di addivenire ad accordi contrattuali sottoscritti con la suddetta Società per gli anni 2015 e 2016, nei quali si recepiscono le disposizioni di cui all'atto di transazione sottoscritto in data 2/12/2015, consentendo la corretta applicazione delle regressioni tariffarie di cui all'art. 7 comma 3 della L.R. n. 4/2010, nonché la conseguente e regolare emissione da parte della "DIAVERUM ITALIA Srl" delle corrispondenti note credito, per importi economici annuali significativi che, di fatto, certifica la neutralizzazione dell'insorgere di ogni ulteriore contenzioso.

### **2.3.3 Verifica delle autocertificazioni per le esenzioni ticket tramite il Sistema Tessera Sanitaria (D.M. 11/12/2009)**

Il Decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze 11/12/2009, attraverso le funzionalità operative che l'Agenzia delle Entrate rende disponibili al Sistema Tessera Sanitaria (TS), permette di esercitare una verifica puntuale sulle condizioni di esenzione per motivi di reddito, semplificando e razionalizzando le procedure di controllo (art. 1 del D.M. 11 dicembre 2009).

Il comma 12 del D.M. 11/12/2009 prevede che SOGEI metta a disposizione delle Aziende Sanitarie Locali l'elenco delle autocertificazioni annuali rilasciate dagli assistiti ai fini delle esenzioni per reddito e risultate negative alla verifica effettuata dalla stessa SOGEI.

Il comma 12 del citato decreto ministeriale prevede che "... con successivo decreto del Ministero dell'economia e delle Finanze, di concerto con il Ministero del Lavoro della Salute e delle Politiche Sociali, sono definite le modalità per il recupero da parte delle Aziende sanitarie Locali delle somme dovute dall'assistito ovvero per il riscontro della documentazione presentata dall'assistito di cui al comma 11 e per l'eventuale esclusione dalla prescrivibilità di ulteriori prestazioni di specialistica ambulatoriale a carico del Servizio Sanitario Nazionale ...".

L'attuazione delle disposizioni contenute nel comma 12 dell'art.1 DM 11/12/2009 rientra tra gli interventi previsti nel Piano di rientro, di riqualificazione e di riorganizzazione della Regione Puglia di cui all'Accordo tra Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute e Regione Puglia, approvato con Deliberazione Giunta Regionale n.2624 del 30/11/2010 (confluito nella L.R. n.2/2011).

Con Deliberazione n.2790/2010 la Regione Puglia ha stabilito l'attuazione, a partire dall'1/5/2011, delle disposizioni previste dal D.M. 11/12/2009 in materia di verifica delle esenzioni, in base al reddito, dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, tramite il supporto del sistema Tessera Sanitaria.

Il nuovo sistema prevede che annualmente il Ministero dell'Economia e delle Finanze fornisca telematicamente entro il 31 marzo l'elenco degli assistiti esenti per reddito alle Aziende Sanitarie locali ed ai medici prescrittori (in particolare ai MMG e PLS). In tal modo, il cittadino esente può richiedere direttamente al proprio medico di verificare automaticamente, al momento della prescrizione, la propria condizione di esenzione e riportare il relativo codice sulla ricetta.

In seguito, sulla base di quanto previsto dal Piano di Rientro (L.R. n.2/2011) in merito alla rimodulazione delle fasce di esenzione per la spesa farmaceutica, con Deliberazione Giunta Regionale n.1391/2011, è stato stabilito di applicare le disposizioni previste dal D.M. 11/12/2009 e dalla Deliberazione Giunta Regionale n.2790/2010 anche per l'esercizio al diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per l'acquisto dei farmaci.

I dati utili al recupero delle quote ticket relativi agli anni 2011, 2012 e 2013, forniti nel mese di marzo 2015, presentavano anomalie di vario genere; sono stati, quindi, ricalcolati e resi disponibili dalla SOGEI sul Sistema Tessera Sanitaria a far data dal 2/2/2016. I file di ultima pubblicazione sono stati elaborati e, dopo aver costituito un gruppo di lavoro e stipulato apposita convenzione con Poste Italiane, si è provveduto alla spedizione massiva delle richieste di pagamento nel mese di giugno c.a. agli utenti oggetto di accertamento, relativamente all'anno 2011. La spedizione delle lettere è avvenuta con posta ordinaria, utilizzando un facsimile di "avviso bonario".

Le attività di recupero al 20/10/2016 risultano essere di gran lunga superiori alle previsioni iniziali:

- Avvisi inviati anno 2011, n.9.660 per un importo complessivo da recuperare di €/mgl 1.138;
- Procedimenti conclusi positivamente con recupero ticket nr. 3.800.
- Somme recuperate per un importo di €/mgl 405 pari al 35,6%.

La ASL BARI ha richiesto, con nota prot. n.59344/1 del 23/3/2016, un incontro tra le Aziende Sanitarie della Regione Puglia, gli Uffici Regionali e il Comando Regionale della Guardia di Finanza, per analizzare congiuntamente le criticità rilevate ed indicare percorsi condivisi a livello regionale, per garantire parità di trattamento a tutti i cittadini pugliesi. Nell'incontro tenutosi in data 13/10/2016 presso gli Uffici dell'Assessorato alla Sanità è emersa la volontà condivisa di rendere omogenee le modalità organizzative del recupero da parte delle Aziende Sanitarie attraverso l'adozione di un regolamento attuativo, successivamente alla emanazione di linee guida regionali in materia.

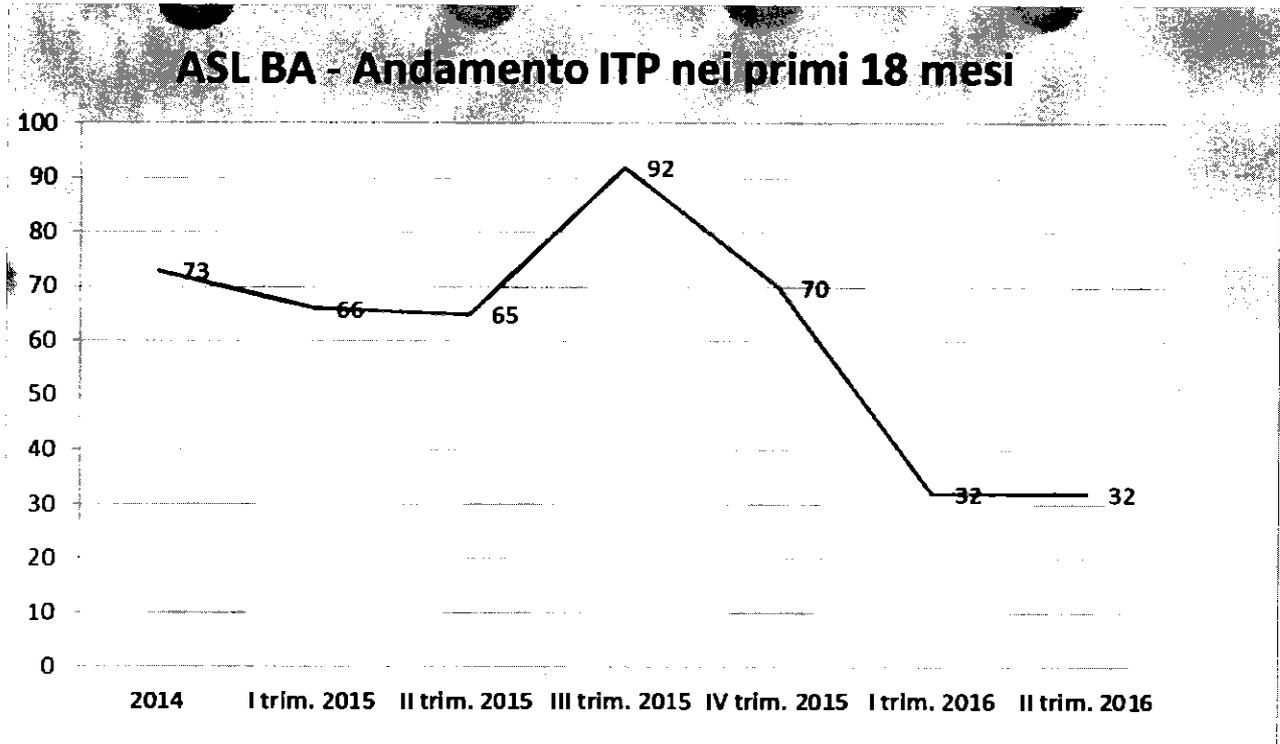
La ASL BARI prevede di inviare entro la fine del corrente anno oltre 40.000 avvisi relativi agli anni 2012 e 2013 per un importo da recuperare di oltre €/mgl 5.000.

Non sono ancora disponibili i dati relativi agli anni 2014 e 2015.

#### **2.3.4 Riduzione dei tempi di pagamento dei fornitori**

In ossequio alle disposizioni di cui al Decreto Legge 24 aprile 2014, n. 66/2014, convertito con modificazioni dalla Legge 23 giugno 2014 n. 89, la Direzione Generale, anche in considerazione della circostanza che la mancata adozione delle misure idonee eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva europea sui tempi di pagamento costituisce inadempimento regionale in sede di Tavolo di verifica nazionale, ai fini e per gli effetti dell'art. 2, comma 68, lett. C), della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (i cui termini sono stati prorogati dall'art. 15, comma 24, del D.L. 95/2012), nel corso del periodo oggetto di valutazione, ha inteso adottare ogni utile misura per garantire la riduzione dei tempi di pagamento relativi a transazioni commerciali. Tali misure, all'esito di numerosi incontri specifici con i Responsabili delle Strutture, sono state tutte compendiate nella Disposizione di Servizio per il pagamento dei fornitori di cui alla nota prot. n. 130785 del 7/7/2015 e ss.mm.ii.

L'introduzione della lista di liquidazione in luogo dell'adozione della determina di liquidazione per quelle tipologie di forniture per le quali esiste un controllo informatico di corrispondenza tra ordinato/caricato/fatturato ovvero un riscontro documentale di controllo delle forniture rese e il potenziamento delle risorse destinate alla registrazione delle fatture, sono solo alcune delle azioni che hanno consentito l'abbattimento di oltre il 56% dell'indicatore di tempestività dei pagamenti, che nei primi 18 mesi di mandato è passato dai 73 gg del 2014 ai 32 del II trimestre 2016, come si evince dal seguente grafico che ne evidenzia l'andamento tendenziale in ciascuno dei trimestri interessati.



Un attento e costante monitoraggio delle fatture in attesa di liquidazione presso ciascun centro liquidatore (vedi prot. 201628/1 del 19/10/2016), l'avvio della procedura telematica di autorizzazione, firma e invio dei mandati di pagamento alla Tesoreria, la progressiva riduzione dei centri ordinanti nella previsione di costruire un magazzino unico centralizzato farmaceutico finanziato con i Fondi FESR 2014-2020 consentiranno il progressivo azzeramento dei ritardi e la riconduzione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti ad un valore prossimo allo 0 entro la fine del 2017.

### 2.3.5 Controllo analogo su società in house Sanitaservice ASL BA S.r.l.

Nelle azioni del buon andamento ed imparzialità esercitate quotidianamente dalla azienda rientra, anche, il controllo analogo che per effetto della normativa vigente (comunitaria e nazionale) e della giurisprudenza formatasi in materia l'ASL BARI esercita sulla società Sanitaservice ASL BA S.r.l.

A tal fine è utile elencare la normativa comunitaria, nazionale e regionale, nonché della giurisprudenza formatasi nel tempo cui si fa riferimento per lo svolgimento della funzione:

- Legge n.244 del 2007 art. 3 comma 27;
- Deliberazione di Giunta Regionale n.745 del 5 maggio 2009 <Criteri e procedure per l'attivazione progetti di sperimentazione gestionale (art 9 bis del D.lgs . n. 502/92 e s. m. e

- i.) e dell'istituto dell'in house providing>;*
- Deliberazione di Giunta Regionale n. 2477 del 15 dicembre 2009 <Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 745 del 5.5.2009 - Criteri e procedure per l'attivazione dell'istituto dell'in house providing - Linee Guida per la costituzione, attivazione e gestione delle società strumentali alle attività delle Aziende Sanitarie ed Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale di Puglia>;
  - Legge Regionale n.4 del 25 febbraio 2010 (art. 30);
  - Sentenza della Corte Costituzionale n. 68 del 23 febbraio 2011;
  - Deliberazione di Giunta Regionale n.587 del 28 marzo 2011 <Art. 30 L.R. 4/2010 – Sentenza Corte Costituzionale 23 febbraio 2011, n. 68. Disposizioni attuative>;
  - Deliberazione di Giunta Regionale n.588 del 28 marzo 2011 <D.G.R.n°587 del 28/03/2011 – Disposizioni attuative Sentenza Corte Costituzionale n°68/2011 – Provvedimento Commissario Straordinario ASL LE n. 85/2011 – Presa d'atto>;
  - Decreto Legge n. 138 del 2011 art. 4 commi 14-15;
  - Deliberazione di Giunta Regionale n.2166 del 23 settembre 2011 <Art. 30 legge Regionale n. 4/2010 – Disposizioni attuative della sentenza Corte Costituzionale n. 68 del 23 febbraio 2011 - Atto vincolante alle Società in house>;
  - Deliberazione di Giunta Regionale n. 2169 del 23 settembre 2011 <D.G.R. n. 587/2011, ad oggetto "Disposizioni attuative sentenza Corte Costituzionale n. 68 del 23 febbraio 2011 in relazione all'art. 30 L.R. 4/2010" - II integrazione>;
  - Decreto Legge n. 95 del 2012 art. 4 commi 6-7-8;
  - Deliberazione di Giunta Regionale n.2271 del 3 dicembre 2013 <Approvazione nuovi criteri di organizzazione e gestione delle Società strumentali alle attività delle Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Regionale della Puglia. Modifica ed integrazione DD.GG.RR. nn. 745/2009, 2477/2009, 587/2011, 1471/2011 e 2169/2011>;
  - Direttiva Europea n.24 del 26 febbraio 2014 sugli appalti pubblici (art. 12);
  - Deliberazione di Giunta Regionale n.812 del 5 maggio 2014 <Legge Regionale n. 26/2013, art. 25 "Norme in materia di controlli. Linee di indirizzo per le società controllate e le società in house della Regione Puglia>;
  - Statuto della Sanitaservice ASL BA S.r.l. registrato il 7 maggio 2015;
  - Consiglio di Stato, sez. III<sup>^</sup>, sentenza n. 2291 del 7 maggio 2015;
  - Determinazione ANAC n.8 del 17 giugno 2015 "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici";
  - Consiglio di Stato, sez. III<sup>^</sup>, sentenza n. 5732 del 17 dicembre 2015;
  - Artt. 5 e 192 del d.lgs 50/2016 [c.d. nuovo codice degli appalti].

Dalla attività svolta sono emerse suggerimenti per migliorare l'organizzazione del servizio, ad oggi in corso, anche a seguito della recente nomina del nuovo amministratore unico intervenuta dall'1/8/2016.

**2.4 Acquisto di beni e servizi alle migliori condizioni di mercato e rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione delle acquisizioni di lavori, beni e servizi con ricorso al soggetto aggregatore**

La Direzione strategica Aziendale ha attivamente supportato i processi di riorganizzazione e di formazione che sono stati gestiti contemporaneamente all'analisi dell'AS IS contrattuale dell'Area, attività indispensabile per l'avvio della programmazione delle nuove gare da completare

(necessarie per minimizzare l'esercizio delle proroghe contrattuali), senza tralasciare la gestione delle diverse esigenze che quotidianamente si presentano mediamente in un'Azienda Sanitaria, ed ancor più nell'ASL BARI che è una delle Aziende più grandi d'Italia. Infatti, in queste realtà operative, mediamente poco organizzate, il rischio di generare disservizi o interruzione di pubblico servizio è elevatissimo.

L'analisi dell'AS IS è stata effettuata mediante la costituzione di specifici tavoli tecnici tesi all'analisi delle dinamiche contrattuali esistenti, al fine di programmare le azioni più efficaci in grado di porre a soluzione le diverse criticità riscontrate. In particolare si è reso necessario, in taluni casi, procedere, a seguito di una meticolosa ed approfondita istruttoria, alla revoca di procedure precedentemente avviate laddove è emersa la necessità di riallineare i contenuti dei disciplinari alle rivalutate necessità aziendali. A titolo esemplificativo si citano:

- la procedura per l'affidamento in concessione dei Bar Aziendali che dopo essere stata revocata è stata reindetta ed aggiudicata;
- la procedura per l'affidamento del Servizio di Lavanolo che dopo essere stata revocata è stata reindetta e aggiudicata con l'ausilio di una nuova procedura ad evidenza pubblica;
- la procedura che riguarda le gare di diagnostica di Laboratorio revocata e non ancora ribandita, poiché è in corso un'attività finalizzata alla revisione organizzativa delle unità di patologia clinica, tenuto anche conto delle disposizioni contenute nel DM n.70/2015 e stante la volontà espressa dal Dipartimento alle Politiche della Salute di coordinare un tavolo Regionale inteso a definire il riordino dell'attività Laboratoristica;
- la procedura che riguarda i servizi informatici annullata e ad oggi non ancora riavviata poiché si è ritenuto utile procedere ad una programmazione d'intesa con gli uffici regionali.

In tal senso l'operatività è stata caratterizzata dalle seguenti direttrici operative:

- Conclusione/Avviamento Procedure di gara tese alla interruzione delle reiterate proroghe contrattuali sulla base dell'ageing delle gare scadute;
- Conclusione/Avviamento Procedure di gara per settori mai contrattualizzati nell'ASL ma caratterizzanti per le dinamiche strategiche definite dagli organi Direzionali;
- Conclusione/Avviamento Procedure di gara tese ad avviare il confronto concorrenziale per tutti i dispositivi acquistati attraverso la c.d. tecnica dei Listini;
- Conclusione/ Avviamento Procedure di Gara in UTA su ambito Provinciale e Regionale;
- Conclusione/ Avviamento Procedure di Gara per rinnovo attrezzature ed Utilizzo fondi FESR;
- Procedure di Gara in Adesione di Convenzioni Consip.

### **Procedure di gara tese alla interruzione delle reiterate proroghe contrattuali sulla base dell'ageing delle gare scadute.**

L'unificazione delle ex ASL della Provincia di Bari nell'unica Azienda Provinciale continua a generare diverse problematiche in termini di gestione dei contratti, in gran parte scaduti, tanto da dover individuare le procedure con maggiore "anzianità" di vigenza contrattuale.

Uno dei contratti con il maggior ageing era sicuramente quello per il Trasporto di Disabili che rinveniva da affidamenti dei primi anni '90 e con modalità di esecuzione diversificate tra le diverse ex Asl di riferimento.

Dunque, da una parte si rilevava la differenza di prestazioni tecnico-operative offerte e dall'altra un diverso compenso riconosciuto alle ditte, derivante dalle diverse aggiudicazioni. A titolo

esemplificativo per la sola Città di Bari il servizio era erogato da una società in house del Comune di Bari, mentre in altre parti del territorio aziendale da Consorzi diversamente costituiti. La complessità delle procedure e la delicatezza del settore ha reso necessaria una grande prudenza operativa, tanto da ritenere che l'unico modo per omogeneizzare le prestazioni e l'offerta economica era una nuova ed urgente indizione di procedura concorsuale.

Al termine di un lunghissimo iter amministrativo, teso tra l'altro alla stipula di protocolli di intesa con i diversi Comuni insistenti nel territorio provinciale, si è giunti all'aggiudicazione definitiva del servizio giusta Deliberazione DG n.932 del 26/5/2014 e n.1801 del 29/9/14.

Un altro caso di espletamento di procedura concorsuale per "ageing" è sicuramente quello del Servizio di Ristorazione, per il quale in Azienda c'erano 5 contratti di fornitura differenti con prestazionali e prezzi differenti. La Direzione, tenuto conto che detto Servizio risultava, ai sensi della DGR n.2256/2015 incluso tra quelli delegati in qualità di Punto istruttore alla ASL BARI e risultava tra quelli oggetto delle disposizioni contenute nel DPCD del 14/11/2016, ha proceduto con tempestività, nonostante il rapporto intrattenuto con le Aziende ed Istituti del SSR non abbia garantito un immediato riscontro alle necessità istruttorie, a rilevare lo stato dei contratti e delle necessità attualmente in essere. Al termine di tale fase preliminare è stata predisposta specifica relazione, trasmessa con nota prot. n. 209774/1 del 28/10/2016 al Dipartimento alle Politiche della Salute e ad InnovaPuglia, in merito alla valutazione delle necessità in termini quali/quantitativi che dovrebbero essere poste in gara.

Ancora, si cita il Servizio di Lavanolo per il quale l'Azienda aveva 2 differenti contratti in proroga con modalità di erogazione del servizio differenti che sono cessati solo recentemente (31 maggio 2016) per effetto dell'aggiudicazione (provvisoria) della nuova procedura concorsuale. Si segnala che con la procedura sopra citata l'Azienda ha soddisfatto anche il fabbisogno della Società In house.

Anche per questa gara, anch'essa delegata con DGR n.2256/2015 alla ASL BARI in qualità di Ente istruttore, l'Azienda ha completato la fase istruttoria, che è stata debitamente trasmessa agli organi sovraordinati per l'avvio delle Consultazioni preliminari di Mercato.

Una procedura di gara avviata per interrompere il lunghissimo periodo di proroga è quella del servizio di consegna a domicilio dei Pannoloni per incontinenza, che ha contribuito a far cessare un sistema di distribuzione territoriale più volte stigmatizzato dagli organi di controllo in quanto oltremodo costoso per l'Ente.

L'affidamento originario prevedeva il coinvolgimento della rete delle farmacie e sanitarie della Provincia riconoscendo una percentuale di consulenza di circa il 20%, che risultava in definitiva un costo incrementale senza ottenere alcuna forma di controllo sulla distribuzione. La nuova procedura, che prevede un servizio integrato da parte dell'aggiudicatario, dopo tantissime rimostranze da parte delle Sanitarie prima inserite nel processo di distribuzione, è stata aggiudicata con Deliberazione DG n.1303 del 18/7/2014. La procedura è stata impugnata dinanzi al TAR e all'ANAC, con esiti entrambi favorevoli per la Stazione Appaltante, a riprova della correttezza del proprio operato. La ASL BARI ha gestito l'esecuzione del contratto apportando miglioramenti sia in termini di qualità del servizio, confrontandosi con le Associazioni di Categoria degli Assistiti, sia in termini di controllo della fornitura.

Riferimento Unico per tutto il territorio della Regione Puglia, come enfatizzato dallo stesso Nucleo di Verifica degli Appalti pubblici, è anche la gara della Nutrizione Parenterale Domiciliare Deliberazione DG n.1803 del 26/9/2013, del valore di €/mg1 16.000, unico caso di gara nell'ambito regionale.

Con riferimento al settore del materiale economale si è proceduto progressivamente a contrattualizzare tutti gli acquisti che in passato venivano acquistati in modo frazionati dalle diverse macrostrutture, spesso attraverso l'utilizzo della cassa economale:

- Procedura di gara per Toner originali e compatibili;
- Materiali di cancelleria e stampati;
- Materiale di Pulizia e Convivenza.

Da ultimo la stazione appaltante con Deliberazione DG n.447 dell'8/3/2016 ha indetto una gara pluriennale, rispettosa della recente norma sulla Green Economy, tesa a soddisfare le esigenze sia dell'ASL BARI che della Sanità Service ASL BA.

Tra i contratti sottoscritti a fronte di indicazioni strategiche finalizzate all'attivazione di nuovi servizi c'è il contratto per l'Assistenza Domiciliare Integrata aggiudicata con Deliberazione DG n.2353 del 9/12/2014, tesa a potenziare l'assistenza territoriale e diminuire i costi per l'assistenza ospedaliera, nonché il contratto per l'Assistenza Domiciliare Oncologica aggiudicata con Deliberazione DG n.1061 del 6/6/2011 e s.m.i., tesa a lenire le sofferenze degli assistiti colpiti da malattie oncologiche

Di nuova attivazione è anche il servizio integrato dei trasporti per materiale biologico e anatomia patologica, che si è resa necessaria a seguito della riorganizzazione della rete delle Anatomie Patologiche (Deliberazione DG n.730 del 24/4/2014, n.1895 del 9/10/2014).

Altre procedure degne di annotazione sono le seguenti:

- esternalizzazione delle postazioni territoriali per l'emergenza 118 in applicazione alle Deliberazioni di Giunta Regionale in materia;
- Sequenziamento massivo nella genetica medica;
- avvio a regime del programma di Screening;
- acquisto di Comunicatori Oculari.

L'elenco rappresentato non può essere ritenuto esaustivo bensì esemplificativo della complessità delle procedure di aggiudicazione.

Un nuovo servizio è anche quello appaltato per l'Accalappiamento Cani a seguito della chiusura del servizio interno aziendale, da parte del Dipartimento di Prevenzione (Deliberazione DG n.639 del 5/4/2016, si cita solo l'ultima).

### **Procedure di Gara in UTA su ambito Provinciale e Regionale**

- Vaccini Gara Regionale
- Farmaci Gara Provinciale SDAPA

L'espletamento di gare che hanno sancito il ruolo di capofila per la ASL BARI per il soddisfacimento del fabbisogno provinciale di beni sanitari, con il ruolo di Stazione Appaltante spesso in sostituzione delle Strutture del Provveditorato di altre Aziende Sanitarie o Ospedaliere,

rappresenta la giusta eccellenza operativa e delle professionalità che operato nell'UOS Appalti e Contratti.

E' il caso della gara SDAPA per i Farmaci (valore di indizione €/mgl 870.000), i cui ricorsi sono stati tutti puntualmente vinti dall'Amministrazione, della gara delle Suture e Suturetrici, della gara per gli Ecotomografi necessari per l'intera Asl Bari e per l'A.O. Policlinico per un valore di €/mgl 5.600.

Gli esempi, anche recenti, sopra citati evidenziano il clima di collaborazione tra Aziende sanitarie che soffrono per il depotenziamento operativo dato dai pensionamenti non sostituiti (blocco del turn over).

L'espletamento di gare per tutto il territorio regionale nelle quali la ASL BARI è stata chiamata ad esperire la procedura per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Puglia, come nel caso dei Sieri e Vaccini (Deliberazione DG n.1453 del 4/8/2014, valore di indizione €/mgl 200.000 circa) e della gara per esecuzione test Nat e test Sierologici di Validazione Biologica.

Le gare per Farmaci e Vaccini, che insieme raggiungono un valore di indizione di 1 miliardo di Euro, sono state oggetto di ricorsi amministrativi tutti vinti dall'Amministrazione a testimonianza della bontà delle procedure amministrative.

A seguito della adozione della Deliberazione di Giunta Regionale n.2256/2015, così come modificata dalle successive Deliberazione di Giunta Regionale n.37/2016 e n.1584/2016, questa Azienda è stata individuata quale ente di supporto alle attività del Soggetto Aggregatore in relazione all'avviamento delle gare individuate dal DPCM del 14 novembre 2014 con specifico riferimento alle sottototate categorie merceologiche :

- Farmaci;
- Mensa e Ristorazione;
- Lavanolo;
- Sieri e Vaccini.

Le attività istruttorie relative alle suddette procedure sono state completate e trasmesse agli organismi sovraordinati sia in relazione a definiti fabbisogni sia con riferimento ad approfondimenti strategici richiesti a livello centrale così come innanzi meglio specificato.

### **Procedure di Gara per rinnovo attrezzature e Utilizzo FESR**

Le Aree Gestione Tecnica e Gestione Patrimonio sono state anche impegnate nell'ammodernamento tecnologico dell'Azienda attraverso l'acquisto di Tecnologie sia tese a sopperire l'obsolescenza di talune attrezzature, sia tese ad aprire nuove strutture come nel caso dell'Ospedale della Murgia che ha assorbito molta attività dell'Area. Nello stesso tempo si è dovuto lavorare alacrermente per non perdere i finanziamenti FESR dedicati al potenziamento territoriale, riuscendo ad utilizzare tutti i fondi assegnati.

Si citano alcune gare espletate:

- Ecotomografi per esigenze Asl Bari e AOU Policlinico Consorziale,
- Autoemoteche,
- Aggiormaneto telecomandato radiologia,
- Tomografi oct,

- Lettini trasfusionale,
- Ambulanze,
- Telecomandato Molfetta,
- Intensificatore di brillantezza,
- Microscopi oftalmologia,
- Fluorangiografo,
- Laser chirurgico,
- Colonne endoscopiche.

Per completezza espositiva si rappresentano anche le adesioni alle convenzioni Consip:

- Dialisi,
- Gasolio Riscaldamento,
- Gasolio Trazione,
- Fotocopiatori.

### **Servizi di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali e degli impianti tecnologici**

Per il corretto andamento produttivo dell'Azienda anche i servizi di manutenzione delle apparecchiature elettromedicali e la manutenzione delle strutture e degli impianti tecnologici si sono adeguati alle migliori offerte di mercato.

Una dettagliata analisi dei contratti di assistenza e manutenzione in essere, al fine della applicazione della spending review, ha permesso la ricontrattualizzazione delle condizioni economiche definite con le ditte fornitrici raggiungendo un significativo risparmio per il bilancio aziendale senza pregiudizio alcuno per le attività svolte, anche nelle more dell'attivazione delle gare centralizzate regionali o di quelle già programmate aziendali.

Si riporta, di seguito, un riepilogo che riassume i valori contrattuali rimodulati, ed il conseguente risparmio per area applicativa, conseguito nell'esercizio 2015 e nel 2016, precisando che nel corso di quest'ultimo anno sono in corso ulteriori attività istruttorie finalizzate al riesame dei contratti di assistenza e manutenzione anche nell'ottica della attivazione di procedure di gara del tipo "full risk" in particolare della manutenzione delle strutture edilizie e degli impianti tecnologici.

In particolare si precisa che oltre alla riduzione dei costi di manutenzione relativi alla manutenzione degli impianti pari al 5,06%, sono incluse nella determinazione dei costi tutte le variazioni di erogazione del servizio riferite a variazioni e soprattutto aumenti del numero degli impianti rivenienti da nuove acquisizioni. (ad es. nuovi Reparti dei PP.OO. "San Paolo" e "Di Venere").

Per quanto riguarda i costi di riduzione della manutenzione sulle apparecchiature elettromedicali si specifica che dette riduzioni sono avvenute senza riduzione dei relativi servizi ma anzi con migliorie degli stessi, sia per il numero delle apparecchiature da mantenere che per aumento delle prestazioni tecniche di assistenza. La riduzione dei costi ottenuta è riferita ai cinque contratti di manutenzione attualmente esistenti che nelle more della gara centralizzata regionale sono stati rinegoziati con tutte le società interessate. In particolare si parla dei tre lotti del servizio di ingegneria clinica relativi alla gestione e manutenzione delle apparecchiature biomedicale della ASL BARI, il contratto di assistenza tecnica relativa alle apparecchiature di

marca GE, il contratto di assistenza tecnica relativa alle apparecchiature della ditta Philips, il contratto di assistenza tecnica relativa alle apparecchiature della ditta Sud Imaging, il contratto di assistenza tecnica relativa alle apparecchiature della ditta Siemens.

assistenza tecnica relativa alle apparecchiature della ditta Siemens.

*Valori espressi in Euro*

DESCRIZIONE	SPESA 2015	SPESA 2016	RIDUZIONE COSTI
Servizio di manutenzione ordinaria degli impianti termici, di condizionamento, centralizzati ed autonomi, anche del tipo split system, installati ed in esercizio presso gli Stabilimenti Ospedalieri e Presidi Territoriali dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bari	1 420 851.24	1 348 922.38	71 928.86
Servizi di Ingegneria Clinica relativi alla gestione e la manutenzione delle apparecchiature biomediche. ANNO 2016	7 244 696.69	6 997 441.06	247 255.63
Servizio di manutenzione ordinaria e straordinaria delle cabine MT/BT, dei quadri elettrici generali, dei gruppi elettrogeni e dei gruppi statici di continuità a servizio degli stabilimenti ospedalieri e territoriali dell'ASL Bari, suddiviso per lotti	452 174.74	446 522.57	5 652.17
Servizio di manutenzione ordinaria programmata mensile degli impianti elevatori installati nelle strutture immobiliari della A.S.L. BA	253 811.20	240 846.32	12 964.88
Servizio di manutenzione ordinaria programmata mensile dell'impianto semaforico installato all'ingresso del P.O. "F. Perinei" di Altamura	18 000.00	17 325.00	675.00
Servizio di manutenzione ed assistenza all'impianto di depurazione delle acque reflue del P.O. "F. Perinei" di Altamura	15 000.00	14 437.50	562.50
Servizio di manutenzione ordinaria programmata periodica dell'impianto trattamento acque di prima pioggia in esercizio presso il P.O. "F. Perinei" di Altamura.	40 000.00	38 500.00	1 500.00
Servizio di manutenzione ordinaria programmata mensile dell'impianto di osmosi in esercizio presso il centro Dialisi del P.O. "F. Perinei" di Altamura	20 000.00	19 333.30	666.70
Servizio di manutenzione predittiva e programmata degli impianti a servizio del "terzo stralcio" del nuovo ospedale "F. Perinei" di Altamura	439 200.00	395 280.00	43 920.00
<b>Totale complessivo</b>	<b>9 903 733.87</b>	<b>9 518 608.13</b>	<b>385 125.74</b>

### Servizi per assistenza e manutenzione hardware e software

L'acquisto di servizi alle migliori offerte di mercato si è concretizzato anche nell'ambito delle attività di manutenzione hardware e software necessarie al corretto andamento produttivo dell'Azienda sia direttamente in area sanitaria sia nelle aree di gestione tecnico-amministrative.

Grazie ad una dettagliata analisi dei contratti di assistenza e manutenzione in essere, al fine della applicazione della spending review, è stato possibile ricontrattualizzare le condizioni

economiche definite con le ditte fornitrici raggiungendo un significativo risparmio per il bilancio aziendale senza pregiudizio alcuno per le attività svolte.

Si riporta, di seguito, un riepilogo che riassume i valori contrattuali rimodulati, ed il conseguente risparmio per area applicativa, conseguito nell'esercizio 2015 e nel 2016, precisando che nel corso di quest'ultimo anno sono in corso ulteriori attività istruttorie finalizzate al riesame dei contratti di assistenza e manutenzione anche nell'ottica della razionalizzazione delle esigenze dei sistemi informatici aziendali nel rispetto delle disposizioni regionali in materia di programmazione di acquisizione di servizi.

*Valori espressi in Euro*

AREA APPLICATIVA	ANNO 2015	ANNO 2016	NOTE
Emodialisi	- 79.665,00	- 2.075,74	
Dipartimento Di Prevenzione	- 97.284,36		
Genetica Medica	- 14.258,99		
Laboratori Analisi	- 14.364,28		
Gestione Del Personale	- 7.463,96	- 107.000,00	
Radiodiagnostica	- 2.902,00		
Gestione Risorse Finanziarie	- 20.042,30		
Sale Operatorie		- 3.510,00	Fase istruttoria conclusa per il 2016
SERVIZI SANITARI (FLUSSI INFORMATIVI, CUP, GESTORE AGENDE, CALL CENTER, APS, Etc.)	- 237.143,17		
Sicurezza Informatica	- 9.150,00	- 9.150,00	
Servizi Di Connettività (Sistema Pubblico Di Connettività)	- 269.000,00	- 1.000.000,00	Fase istruttoria conclusa per il 2016
<b>Totale complessivo</b>	<b>- 751.274,06</b>	<b>- 1.121.735,74</b>	

## 2.5 Garanzia dell'esercizio dell'attività libero-professionale intramuraria

L'Azienda con Deliberazione n.177/2009 ha provveduto ad adottare apposito Regolamento in materia di Attività Libero Professionale, stabilendo che l'organizzazione sanitaria dell'Attività Intramuraria compete al Direttore Medico del Presidio Ospedaliero ed ai Direttori delle altre Strutture Sanitarie si è svolta l'attività Libero Professionale. Inoltre, sono state istituite specifiche Macroaree territorialmente competenti, alle quali fanno capo le Strutture della Direzione Medica di P.O. ed i Direttori delle altre Strutture Sanitarie in materia di ALPI.

Le Macroaree (Uffici ALPI) provvedono alla liquidazione dei compensi ai Professionisti, al calcolo ed alla distribuzione dei compensi tra le categorie interessate, previa verifica della corrispondenza tra le prestazioni erogate e le relative prenotazioni. Le richiamate Direzioni, sempre avvalendosi degli Uffici ALPI, assicurano il costante monitoraggio dei costi diretti riferiti alle prestazioni Libero Professionali rese per verificare la convenienza della tariffa applicata e l'integrale copertura di tutti i costi, compresi quelli connessi all'attività di prenotazione e riscossione degli onorari.

L'attività di vigilanza, sulla base degli indirizzi forniti dalla Commissione paritetica, è esercitata dalle Direzioni Ospedaliere e dai Direttori Responsabili delle Strutture operative territoriali e/o Dipartimentali. All'ufficio ALPI – definito nell'ambito delle Macroaree – è affidato, infinc, il costante monitoraggio dei volumi prestazionali resi in ALPI, all'interno di ciascuna U.O. dal singolo professionista.

Inoltre, al fine di dare attuazione alle nuove disposizioni introdotte dal Decreto Legge n. 158 del 13/9/2012 (Legge 189/2012) ed in linea con quanto previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale adottata in materia di autorizzazione all'esercizio dell'Attività Libero Professionale, è stato istituito presso l'A.G.R.U. un "ufficio coordinamento aziendale ALPI" che assicura la centralità delle informazioni sull'attività resa presso le Macroaree ALPI. In particolare, le attività centralizzate si sostanziano nella verifica e successiva predisposizione della documentazione necessaria per la relativa autorizzazione ai Dirigenti allo svolgimento dell'ALPI, alla liquidazione del personale di supporto amministrativo, nonché alla istruttoria legata alla liquidazione del Fondo di Perequazione e delle prestazioni legate ad attività per conto dell'INAIL, CTP. Etc.

Con riferimento all'anno 2015 risultano n.1.586 Dirigenti Medici/Veterinari e SPTA a rapporto "esclusivo" e n. 221 Dirigenti Medici/Veterinari e SPTA a rapporto "non esclusivo".

Nel corso dell'anno 2015 e 2016, sulla base delle richieste pervenute, sono state autorizzate per Alpi Pura rispettivamente n. 36 Dirigenti Medici (di cui 4 Medici Specialisti Ambulatoriali) e n. 38 Dirigenti Medici.

Con riferimento all'Alpi Sperimentale (allargata) nel corso dell'anno 2014/2015 sono stati autorizzati n. 10 Dirigenti nelle seguenti discipline:

- n. 3 Ostetricia e Ginecologia,
- n. 1 Neurochirurgia,
- n. 1 Otorinolaringoiatria,
- n. 1 Cardiologia,
- n. 3 Psicologia,
- n. 1 Audiologia.

Con riferimento all'Alpi Sperimentale (allargata) nel corso dell'anno 2016 sono stati autorizzati n. 11 Dirigenti nelle seguenti discipline:

- n. 5 Ostetricia e Ginecologia,
- n. 3 Otorinolaringoiatria,
- n. 1 Cardiologia,
- n. 1 Urologia,
- n. 1 Senologia.

Nell'anno 2015, ai sensi del CCNL Dirigenza Medica/Veterinaria e SPTA, hanno optato:

- n. 16 Dirigenti a rapporto "esclusivo",
- n. 17 Dirigenti a rapporto "non esclusivo".

Infine, è stata predisposta la nuova versione del Regolamento Aziendale sull'ALPI in linea con quanto previsto dalla Deliberazione di Giunta Regionale in materia.

## **2.6 Stipula e rispetto dei contratti con le strutture provvisoriamente accreditate**

La ASL BARI ha regolarmente sottoscritto accordi contrattuali con le Strutture provvisoriamente accreditate nel rispetto della legislazione regionale e nazionale. Tali accordi sono stati trasmessi agli Organi Regionali competenti con le seguenti note:

	2015	2016
<b>Specialistica Ambulatoriale</b>	N. 73801/1/UOR01 del 14/04/2015 N. 73305/1/UOR01 del 14/04/2015 N. 116577/UOR01 del 17/06/2015 N. 117790/UOR01 del 18/06/2015 N. 177470/UOR01 del 25/09/2015	PEC del 13/05/2016 N. 99716/1 del 19/05/2016 N. 101873/1 del 24/05/2016
<b>Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78</b>	N. 76559/UOR01 del 17/04/2015 N. 79672/1 del 22/04/2015 N. 103347/UOR01 del 27/05/2015 N. 107371/1 del 04/06/2015 N. 50860/UOR01 del 10/03/2016	PEC del 04/07/2016 N. 130348/UOR01 del 04/07/2016 N. 170532/UOR01 del 07/09/2016
<b>Case di Cura</b>	N. 109280/UOR01 del 08/06/2015 N. 109745/1 del 09/06/2015 N. 207399/UOR01 del 06/11/2015 N. 220698/UOR01 del 25/11/2015 N. 225819/1 del 02/12/2015 N. 232183/UOR01 del 14/12/2015 N. 235232/UOR01 del 17/12/2015; N. 235226/UOR01 del 17/12/2015	N. 149232/UOR01 del 29/07/2016 N. 170502/UOR01 del 07/09/2016

### Anno 2015

Gli accordi contrattuali sottoscritti con le Strutture provvisoriamente accreditate sono stati trasmessi agli Organi Regionali competenti con le note evidenziate nella tabella sopra riportata.

Sono stati altresì correttamente applicati i criteri fissati con le Deliberazioni di Giunta Regionale n.1494/2009, n.2671/2009 e n.1500/2010 che prevedono per case di cura, specialistica ambulatoriale e strutture di riabilitazione ex art. 26 una correlazione fra fabbisogno aziendale e tipologia/volume delle prestazioni da acquistare da privato con diversi atti deliberativi.

Per la contrattualizzazione delle prestazioni di **Specialistica Ambulatoriale** sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione DG n. 475 del 31/03/2015;
- Deliberazione DG n. 476 del 31/03/2015;
- Deliberazione DG n. 477 del 31/03/2015;
- Deliberazione DG n. 478 del 31/03/2015;
- Deliberazione DG n. 479 del 31/03/2015;
- Deliberazione DG n. 650 del 30/04/2015.

Con nota prot. AOO/151 n. 931 del 28/01/2015, il Dirigente del Servizio Programmazione e Assistenza Ospedaliera e Specialistica della Regione Puglia evidenziava che "(...) *l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale, e con il fabbisogno assistenziale aziendale, sia finanziata a prestazione in base ai tetti di spesa ed ai volumi di attività predeterminati annualmente dalla programmazione regionale, nel rispetto dei vincoli di bilancio e comunque nei limiti del consolidato anno 2014 (...)*". stabilendo pertanto l'obbligo dell'individuazione analitica delle prestazioni da acquistarsi.

Con Deliberazione DG n.475 del 31/03/2015, questa ASI, procedeva alla determinazione del fondo unico di remunerazione per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi

nell'anno 2015, in regime ambulatoriale da parte delle Strutture Istituzionalmente Accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL.

Con deliberazioni/DG nn. 476, 477, 478 e 479 del 31/03/2015, giusta deliberazione/DG n. 475 del 31/03/2015, questa ASL procedeva alla ripartizione per l'anno 2015 dei fondi unici da destinare alla remunerazione per le prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale dalle Strutture istituzionalmente accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL BA, per le branche di *Medicina di Laboratorio, Radiodiagnostica per Immagini e Medicina Nucleare, Medicina Fisica e Riabilitativa, Branche a Visita – diverse Branche*.

Si convocavano quindi le strutture di cui alle branche interessate per la sottoscrizione degli accordi contrattuali per l'anno 2015, i quali prevedevano, in ottemperanza alla nota regionale prot. AOO/151 n. 931 del 28.01.2015, l'individuazione analitica delle prestazioni da acquistarsi. Tale decisione decretava di fatto una serie di criticità per le strutture in ordine al rispetto dei vincoli di cui agli accordi contrattuali con inevitabile e conseguente deriva in molteplici contenziosi.

Pertanto, questa Azienda, si è immediatamente adoperata, giuste convocazioni prot. n.101842/1, n.101801/1, n.101811/1 e n.101816/1 del 26/05/2015, a organizzare appositi incontri nei giorni 04-05/06/2015, presso la Direzione Generale di questa ASL BA per dirimere le problematiche operative rivenienti dagli accordi contrattuali sottoscritti per l'anno 2015, in ottemperanza alle deliberazioni/DG nn. 476, 477, 478 e 479 del 31/03/2015. A tali riunioni hanno partecipato la gran parte dei rappresentanti delle strutture private accreditate che erogano prestazioni di specialistica ambulatoriale insistenti nel territorio di competenza della ASL BA, il referente della Regione Puglia - Area Politiche per la Promozione della Salute delle Persone e delle Pari Opportunità e i referenti della società Exprivia. I rappresentanti delle Strutture partecipanti esprimevano le proprie perplessità e le numerose difficoltà incontrate nell'applicazione pedissequa delle indicazioni fornite dalla ASL a causa della eccessiva parcellizzazione delle prestazioni sanitarie commissionate. Infatti, tale parcellizzazione non avrebbe consentito alle Strutture di garantire un servizio sanitario organico e rispondente alle esigenze assistenziali di ciascun paziente nel caso di ricetta con richiesta di prestazioni multiple che, in alcuni casi, non erano ricomprese nelle prestazioni commissionate dalla ASL. Inoltre, tale dettagliata e analitica richiesta della ASL, non avrebbe consentito di dare risposte efficaci in caso di emergenze sanitarie impreviste, nonché di dare riscontro alle esigenze di pazienti fidelizzati, oltre alla difficoltà di coordinarsi con il sistema del Centro Unico di Prenotazioni (CUP).

A fronte delle osservazioni rappresentate dalle Strutture, la Direzione di questa ASL BA e il referente della tecnostruttura regionale, nel prenderne atto, hanno ribadito la necessità di garantire le esigenze assistenziali anche nei casi di pluriprescrizioni che contengano prestazioni non preventivamente concordate che potrebbero generare nocumento ai pazienti sia in termini di compartecipazione alla spesa, sia in termini di individuazione dell'erogatore. Pertanto, in tale contesto fattuale si trattava di individuare un percorso virtuoso che consentisse di contemperare le esigenze assistenziali con i vincoli giuridici e legislativi che gravitano su entrambi i soggetti (committente ed erogatore) scongiurando l'insorgere di potenziali contenziosi che avrebbero finito per compromettere l'utilizzo delle scarse risorse umane ed economiche disponibili.

Dopo ampia discussione, le Strutture hanno chiesto di poter elaborare delle proposte che, senza stravolgere l'impianto contrattuale e le esigenze su richiamate, superassero l'indicazione analitica formulata dal committente nell'allegato all'accordo contrattuale sottoscritto e che fossero rispondenti alle esigenze operative e pratiche rappresentate. La Direzione di questa ASL ha accolto la proposta formulata dalle Strutture, invitandole a formulare la richiesta entro l'11/06/2015, al fine di trasmetterla alla tecnostruttura regionale per la valutazione congiunta della sostenibilità della stessa con la normativa vigente.

Con nota prot. n.117790/UOR01 del 18/6/2015, la ASL BA ha repentinamente trasmesso e sottoposto alle valutazioni dei competenti Uffici regionali le proposte così formulate che, a parere di questa Azienda, erano meritevoli di accoglimento poiché, il raggruppamento in gruppi omogenei delle singole prestazioni da erogare, più volte sostenuto da questa ASL nel corso dei vari incontri con le parti, consentiva di superare le criticità sollevate dalle Strutture senza compromettere l'autonomia Aziendale nella determinazione del proprio fabbisogno e del correlato potere di acquisto delle prestazioni sanitarie specifiche.

Con nota prot. n. AOO/151/18264 del 6/7/2015, la Regione Puglia riscontrava la nota di questa ASL BA prot. n.117790/UOR01 del 18/6/2015, ritenendo che le osservazioni prospettate da questa Azienda erano condivisibili e meritevoli di accoglimento poiché, in linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento, consentono di superare le criticità emerse in sede di applicazione delle prescrizioni contenute nelle deliberazioni regionali con le quali sono stati approvati i contratti tipo. Conseguentemente, invitava questa ASL BA a procedere all'adeguamento dei contratti già sottoscritti per l'anno 2015, conciliando così le esigenze del settore pubblico con i suoi vincoli giuridici e legislativi, evitando l'insorgere di possibili molteplici contenziosi.

La bontà dell'operato della ASL BA è rimarcato anche dal fatto che con nota prot. n. AOO/151/1527 del 17/2/2016, la Regione Puglia – Direzione Dipartimento per la Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, comunicava, tra gli altri, alla ASL BA che *"(...) ai fini della programmazione e determinazione del fabbisogno per l'anno 2016, rimaneva confermato l'obbligo dell'individuazione analitica delle prestazioni da acquistarsi e la conseguente aggregazione per gruppi omogenei, senza l'indicazione delle singole quantità, ma prevedendo, per ogni gruppo omogeneo, il valore economico complessivo dei sub budget che costituisce il limite inderogabile per l'erogatore con possibilità di oscillazione, limitatamente alla branca di Radiodiagnostica per Immagini, nella misura massima del 15% all'interno dei sub budget assegnati. Tale impostazione appare in linea con la normativa nazionale e regionale di riferimento, e consente di superare le criticità segnalate, tra le altre, anche dalla ASL BA nell'anno 2015, prima fase di applicazione delle prescrizioni contenute nelle deliberazioni con cui sono stati approvati i singoli contratti-tipo per la specialistica ambulatoriale"*.

Per la contrattualizzazione delle prestazioni di **Riabilitazione ex art. 26 L. 833/78** sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione DG n.480 del 31/3/2015;
- Deliberazione DG n.798 del 27/5/2015.

Nel rispetto delle statuizioni della Deliberazione di Giunta Regionale n.1494/2009, la ASL BARI negli anni dal 2009 al 2013, ha individuato il "fondo di remunerazione" finalizzato all'erogazione di prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 della L. 833/78, attribuendo a ogni

singola Struttura Sanitaria Riabilitativa Accreditata, il tetto di spesa invalicabile di remunerazione ripartito per singola disciplina effettivamente accreditata. Nel corso dell'anno 2010, il "fondo di remunerazione" fu elevato a €/mgl 31.058, per effetto di addendum contrattuale, generando una spesa comunque nei limiti di quella effettivamente sostenuta nell'anno 2008. Tale "fondo di remunerazione" per €/mgl 31.058 è stato poi confermato per gli anni 2012 e 2013. Per l'anno 2014, giusta Deliberazione DG n.496 del 20/03/2014, la Direzione Strategica Aziendale pro tempore, ha invece stabilito di impegnare la somma complessiva di €/mgl 34.058.

La Regione Puglia con nota prot. n.AOO151/12959 del 27/11/2014, acquisita al protocollo n.47627 della Direzione Generale in data 10/3/2015, contestava alla ASL BARI l'aumento del fondo unico per l'anno 2014 che ammontava a €/mgl 34.058, giusta la precitata Deliberazione DG n.496/2014, considerata non in linea con la normativa regionale di riferimento.

Pertanto, con Deliberazione DG n.480 del 31/3/2015, nel rispetto dei criteri applicativi stabiliti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.1494/2009 di quanto comunicato con nota regionale prot. n.AOO151/12959 del 27/11/2014, per l'anno 2015 si è individuato il "fondo di remunerazione" per la somma complessiva di €/mgl 31.103, che rappresentava la spesa sostenuta nell'anno 2008.

A seguito di diverse richieste di chiarimenti pervenute dalle precitate Strutture riabilitative ex art. 26 L. 833/1978 e da diverse sigle di organizzazioni sindacali in ordine ai contenuti della Deliberazione DG n.480/2015, con note prot. n.74767/UOR01 e n.74770/UOR01 del 15/04/2015, la Direzione Generale ha rispettivamente convocato i rappresentanti legali delle suddette Strutture e le Organizzazioni Sindacali interessate, per delle conferenze di servizio che si sono svolte nella giornata del 21/4/2015, e nel corso delle quali la Direzione Generale, di concerto con la Direzione del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa, ha fornito dettagliate informazioni in merito ai tetti di spesa assegnati con Deliberazione DG n.480/2015, nonché ascoltato le considerazioni espresse dai soggetti intervenuti.

Con nota prot. n.76559/UOR01 del 17/4/2015, la Direzione Strategica della ASL BARI comunicava alla Regione Puglia che il fondo unico di remunerazione di cui alla Deliberazione DG n.480/2015 non includeva quanto storicamente speso per l'acquisto di prestazioni riabilitative domiciliari acquistate dalle strutture extraregionali, per un ammontare annuo di circa tre milioni di euro e che, quindi, nel periodo 2010-2013, la spesa complessiva sostenuta da questa ASL BARI per l'acquisto di prestazioni riabilitative ex art. 26 L. 833/1978 erogate sia dalle strutture insistenti nel proprio territorio di competenza, sia da quelle extraregionali, si era complessivamente consolidata in €/mgl 34.058. Pertanto, nella nota prot. n.76559/UOR01 del 17/4/2015, la Direzione Strategica della ASL BARI ha segnalato alla Regione la necessità di consolidare, per l'anno 2015, il valore di €/mgl 34.058 quale fondo unico e invalicabile di remunerazione.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.867 del 29/4/2015 (DIEF 2014/2015), la Regione Puglia ha accolto la richiesta formulata da questa ASL BA, prevedendo, per l'anno 2015, giusta nota prot. n.76559/UOR01 del 17/4/2015, un aggiornamento del fabbisogno di prestazioni riabilitative.

Con Deliberazione DG n.798 del 27/5/2015, giusta Deliberazione di Giunta Regionale n.867/2015 (DIEF 2014/2015), si procedeva a modificare e integrare la Deliberazione DG

n.480/2015, rideterminando il fondo unico e invalicabile di remunerazione delle prestazioni sanitarie da erogarsi, per l'anno 2015, in regime riabilitativo ex art. 26 della Legge n. 833/1978, dai Centri di Riabilitazione istituzionalmente accreditati insistenti nel territorio di competenza della ASL BA, per la somma complessiva di €/mgl 34.058, ripartito per singola disciplina effettivamente accreditata.

Per la contrattualizzazione delle prestazioni erogate dalle **Casa di Cura** sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione DG n.876 dell'1/6/2015;
- Deliberazione DG n.2058 dell'1/12/2015.

Preme innanzitutto rappresentare che:

- con determinazione dirigenziale (D.D.) n. 14 del 12/2/2014, la Regione Puglia ha preso atto della fusione per incorporazione della Casa di Cura "Casa Bianca spa" nella Casa di Cura "Villa Lucia Hospital – Società Medicol srl", entrambe appartenenti al Gruppo Villa Maria spa;
- con D.D. n. 327 del 26/11/2015, la Regione Puglia ha conferito alla incorporante Casa di Cura "Villa Lucia Hospital – Società Medicol srl" l'autorizzazione all'esercizio per trasferimento della Casa di Cura "Casa Bianca spa" e, contestualmente l'accREDITAMENTO istituzionale delle discipline con relativi posti letto per complessivi n. 73;
- a partire dal 13/04/2016 la Casa di cura "Santa Maria spa" è entrata a far parte del Gruppo Villa Maria;
- con diversi provvedimenti, la Regione Puglia ha previsto, nei confronti delle Case di Cura Private insistenti nel territorio della ASL BA, nel corso degli anni 2015 e 2016, una nuova configurazione degli accREDITamenti, con conseguente aggiornamento dei posti letto accREDITati, distinti per singola disciplina di assegnazione, come da seguente prospetto:

DISCIPLINA ACCREDITATA	ANTHEA HOSPITAL	MATER DEI HOSPITAL	MONTE IMPERATORE	SANTA MARIA	VILLA LUCIA MEDICOL	TOTALE POSTI LETTO
CARDIOCHIRURGIA	20	34	0	23	0	77
CARDIOLOGIA	14	40	0	22	11 (+11)	87
CHIRURGIA GENERALE	7 (+7)	32	0	12	18 (+2)	69
CHIRURGIA MAXILLO FACCIALE	0	5	0	0	0 (-5)	5
CHIRURGIA PLASTICA	0	5	0	0	0	5
CHIRURGIA TORACICA	0	8 (-2)	0	0	0	8
CHIRURGIA VASCOLARE	0	10	0	13	0	23
GASTROENTEROLOGIA	0	10	0	0	0	10
GERIATRIA	0	0	22	0	0	22
GINECOLOGIA E OSTETRICIA	0	30	0	38	0	68
MEDICINA GENERALE	0	71 (-4)	0	0	0	71
NEFROLOGIA	0	10	0	0	0	10
NEONATOLOGIA	0	6	0	0	0	6
NEUROCHIRURGIA	10	10	0	0	0	20
NEUROLOGIA	0	10	0	0	0	10
NIDO	0	0	0	0	0	0
OCULISTICA	0	5	0	0	2 (+1)	7
ONCOLOGIA	0	4 (+4)	0	0	0	4
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	16	32	0	18	30 (-2)	96
OTORINOLARINGOIATRA	0	4 (+4)	0	0	0 (-5)	4
RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	0 (-7)	40	73	10	0 (-14)	123
RECUPERO E RIABILITAZIONE CARDIOLOGICA	10	35	0	10	0	55
RIANIMAZIONE	8	8	0	10	0	26

DISCIPLINA ACCREDITATA	ANTHEA HOSPITAL	MATER DEI HOSPITAL	MONTE IMPERATORE	SANTA MARIA	VILLA LUCIA MEDICOL	TOTALE POSTI LETTO
TERAPIA INTENSIVA CARDIOCHIRURGICA	0	12	0	0	0	12
UNITÀ CORONARICA (UTIC)	6	8	0	4	4 (+4)	22
UROLOGIA	0	8 (-2)	0	8	8 (+8)	24
DAY SURGERY/IVG	0	12	0	0	0	12
<b>TOTALE</b>	<b>91</b>	<b>449</b>	<b>95</b>	<b>168</b>	<b>73</b>	<b>876</b>

Le dinamiche innanzi descritte hanno creato ulteriori aspettative nel privato accreditato in termini di budget finanziari con conseguenti difficoltà per questa ASL BA nella determinazione dei tetti di spesa per gli anni 2015 e 2016.

Con Deliberazione DG n.876 dell'01/06/2015 la ASL BARI ha proceduto alla determinazione dei criteri di ripartizione del fondo unico da destinare alla remunerazione riguardante le prestazioni sanitarie da erogarsi nell'anno 2015 in regime di ricovero dalle Case di Cura istituzionalmente accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL BARI.

La ASL BARI, attraverso il proficuo contraddittorio con le Case di Cura Private Accreditate insistenti nel proprio ambito territoriale, in merito alla riprogrammazione delle attività svolte e da svolgere nel corso dell'anno 2015, ha accertato una diversa configurazione del fabbisogno aziendale a invarianza del "fondo unico di remunerazione" determinato nel rispetto della Deliberazione di Giunta Regionale n.1494/2009 e dei tetti complessivi assegnati a ciascuna Casa di Cura.

Pertanto, con Deliberazione DG n.2058 dell'1/12/2015, a seguito di numerose interlocuzioni con le predette Case di Cura e le Organizzazioni Sindacali più rappresentative di queste ultime all'uopo convocate, la ASL BARI ha di fatto modificato e integrato la Deliberazione DG n.876 dell'1/06/2015, procedendo, a invarianza del fondo unico di remunerazione di cui alla medesima Deliberazione, a una rimodulazione dei tetti di spesa per disciplina secondo un nuovo assetto programmatico e configurativo, in contraddittorio con le Strutture interessate le quali hanno espresso pienamente il loro consenso e, in attuazione delle pre-intese di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.3007/2012, DGR n.1240/2013 e n.683/2014, nonché ai sensi degli articoli 5, 8 e 24, comma 3, L.R. n.8 del 28/5/2004, le diverse discipline accreditate sono state configurate all'interno di gruppi omogenei come di seguito specificato:

<b>PERCORSO ASSISTENZIALE "CUORE"</b>	cardiochirurgia; cardiologia; cardiologia interventistica; terapia intensiva cardiocirurgica (UTICCH); UTIC; rianimazione; chirurgia vascolare, riabilitazione cardiologica;
<b>PERCORSO ASSISTENZIALE "MATERNO INFANTILE"</b>	ostetricia e ginecologia; neonatologia; nido;
<b>RAGGRUPPAMENTO "AREA MEDICA"</b>	medicina generale, neurologia, gastroenterologia, nefrologia; medicina geriatrica; oncologia;
<b>RAGGRUPPAMENTO "AREA CHIRURGICA"</b>	chirurgia generale; chirurgia plastica; chirurgia toracica; chirurgia maxillo-facciale; neurochirurgia; oculistica; ortopedia traumatologia; otorino; riabilitazione funzionale; urologia; day-surgery; IVG;

Tale decisione ha di fatto impedito l'innescarsi di un notevole contenzioso, pur consentendo di garantire la massimizzazione degli interessi pubblici in termini di effettiva acquisizione delle prestazioni programmate.

Non a caso, i principi sanciti nella Deliberazione di Giunta Regionale n.981/2016, con la quale è stato approvato lo schema di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.Lgs.n.502/92 e s.m.i., da utilizzarsi per la definizione, per l'anno 2016, dell'acquisto di prestazioni erogate dalle strutture istituzionalmente accreditate per le attività svolte in regime di ricovero, di fatto recepiscono l'operato della ASL BARI (individuazione di Aree quali gruppi di discipline accreditate) contenuto nella Deliberazione DG n.2058/2015.

### **Altre componenti del privato accreditato**

#### ***Hospice***

Giuste nota prot. n. 24/5407/PGS/Coord. del 16/12/2008, Deliberazione di Giunta Regionale n. 1061 del 12/7/2006 e Deliberazione di Giunta Regionale n. 95 del 31/1/2008, al fine di ridurre ulteriormente il tasso di ospedalizzazione, la Regione Puglia ha previsto tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, un incremento delle prestazioni sanitarie nelle strutture denominate Hospice.

In data 18/12/2014 questa Azienda ha sottoscritto gli accordi contrattuali con i rappresentanti legali delle strutture Hospice private accreditate insistenti nel territorio di competenza di questa ASL BA per la fornitura delle suddette prestazioni per l'anno 2015, remunerate in base alle tariffe regionali stabilite con Deliberazione di Giunta Regionale n.1365/2004.

#### ***Centri Dialisi***

- Deliberazione DG n. 1714 del 24/9/2015;
- Deliberazione DG n. 2028 del 25/11/2015.

Con Deliberazione DG n.1714 del 24/09/2015 come modificata e integrata dalla Deliberazione DG n.2028 del 25/11/2015, si è proceduto all'acquisto di prestazioni di emodialisi erogate dai Centri di Dialisi con posti rene accreditati e/o autorizzati, gestiti dalle Società "New Dialsrl", "C.B.H. Città di Bari Hospital spa" e "Diaverum Italia srl", insistenti nel territorio di competenza della azienda, per l'anno 2015, nel rispetto dell'art.7 comma 3 della L.R. n.4/2010, nonché del regolamento aziendale che disciplina l'immissione di nuovi pazienti nefropatici, rispetto a quelli in carico alla data del 31/12/2009, di cui alle Deliberazioni DG n.1642/2014 e n.2239/2014.

Seppur non in presenza di uno schema tipo di accordo contrattuale deliberato dalla Regione Puglia, con nota prot. N. 234257/1 del 15/12/2015, trasmessa in pari data a mezzo PEC, sono state convocate in data 26/2/2016 le predette Strutture per la sottoscrizione degli accordi contrattuali per l'anno 2015 per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni emodialitiche, nonché dell'addendum contrattuale relativo al servizio complementare per trasporto pazienti dializzati presso le Strutture private per il medesimo anno 2015.

### **Anno 2016**

Per la contrattualizzazione delle prestazioni erogate di **Specialistica Ambulatoriale** sono stati adottati i seguenti provvedimenti:

- Deliberazione DG n. 872 del 9/5/2016;

- Deliberazione DG n. 873 del 9/5/2016;
- Deliberazione DG n. 874 del 9/5/2016;
- Deliberazione DG n. 875 del 9/5/2016;
- Deliberazione DG n. 876 del 9/5/2016;
- Deliberazione DG n. 879 del 11/5/2016;

Con nota prot. n. AOO/151/1527 del 17/2/2016, la Regione Puglia, Direzione Dipartimento per la Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti ha comunicato che:

- gli accordi contrattuali 2016 dovevano prevedere che l'attività assistenziale, attuata in coerenza con la programmazione sanitaria regionale e il fabbisogno assistenziale aziendale, fosse finanziata nel rispetto dei vincoli di bilancio e, comunque, nei limiti del consolidato anno 2014 che teneva conto degli adeguamenti di cui all'art. 15 comma 14 del D.L. n.95/2012, convertito nella Legge n.135/2012, in aggiunta alle misure già adottate con il piano di rientro di cui alla L.R. n.12/2010 e approvato con L.R. n.2/2011. Detto importo, come determinato anche per l'anno 2015, doveva essere assoggettato alle prescrizioni di cui all'art. 9 quater comma 7 del D.L. n.78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015;
- per l'anno 2016, le aziende, dovevano procedere, sul consuntivo anno 2015 e con riferimento alle sole branche interessate, in cui dovevano essere ricondotte le prestazioni assoggettate alle particolari condizioni di erogabilità:
  - o a determinare l'incidenza percentuale che le prestazioni di specialistica ambulatoriale interessate dall'introduzione delle "condizioni di erogabilità" hanno sull'intero sub fondo di branca;
  - o a effettuare la decurtazione del relativo sub fondo nella misura percentuale determinatasi, che comunque non poteva essere inferiore all'1% per ogni sub fondo né tantomeno superiore al 5%.

Con Circolare n. 3012-P-25 del 25/3/2016 la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute ha fornito le prime indicazioni attualmente necessarie all'applicazione del D.M. 09/12/2015 disponendo, tra l'altro, che "(...) durante la fase sperimentale e di monitoraggio, in attesa dell'adeguamento dei sistemi informatici di supporto alla prescrizione, i medici continueranno ad attenersi alle disposizioni del decreto, sulla base delle indicazioni operative riportate di seguito. Nel corso di tale fase, le sanzioni di cui all'art 9 quater del decreto legge 19 giugno 2015, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 6 agosto 2015, n. 125, non saranno applicabili ai medici prescrittori".

Con nota prot. n. AOO/151/3562 del 21/4/2016, la Regione Puglia, Direzione Dipartimento per la Promozione della Salute del Benessere Sociale e dello Sport per Tutti, ha comunicato che in riferimento ai chiarimenti richiesti da alcune aziende in ordine all'applicazione delle decurtazioni di cui all'art. 9 quater comma 7 del D.L. n.78/2015, convertito nella Legge n. 125/2015, considerata la necessità manifestata da alcune aziende di prevedere un percorso che contemperasse l'obbligo di eseguire le decurtazioni previste per Legge, con l'obiettivo di mantenere i livelli assistenziali e non compromettere le liste di attesa che, in alcuni casi, superano i limiti previsti per legge, le direzioni generali, nella loro piena autonomia e in considerazione del proprio fabbisogno, nei casi in cui le decurtazioni superino il 2% (che in ogni caso avrebbe rappresentato una economia di gestione), avrebbero potuto riallocare la parte residua, fino al 5%, per l'acquisto di prestazioni che afferiscono a discipline diverse nella stessa branca, ovvero a branche diverse, nel rispetto della determinazione del fondo unico di remunerazione.

La decurtazione minima prevista dall'art. 9 quater comma 7 del D.L. n.78/2015, convertito nella Legge n.125/2015, non è stata applicata da questa Azienda per l'anno 2015 poiché il D.M. del

09/12/2015, a cui rinviava l'art. 9 quater comma 7 del D.L. n.78/2015 per l'individuazione delle condizioni di erogabilità e indicazioni di appropriatezza prescrittiva delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN ai sensi del D.M. 22/07/1996, è stato pubblicato in data 20/01/2016.

Con Deliberazione DG n.872 del 9/5/2016, in ottemperanza alle disposizioni e alla scadenza del 15/5/2016, di cui alla precitata nota regionale prot. n. AOO/151/3562 del 21/4/2016, si è proceduto alla determinazione del fondo unico di remunerazione per il riconoscimento delle prestazioni sanitarie da erogarsi nell'anno 2016 (€/mgl 31.966), in regime ambulatoriale da parte delle Strutture Istituzionalmente Accreditate, insistenti nell'ambito territoriale aziendale, con una riduzione del 2,8% (- €/mgl 930) rispetto al fondo stanziato per l'anno 2015 (€/mgl 32.896).

Con Deliberazioni DG n.873, n.874, n.875, n.876 del 9/5/2016 e n.879 dell'11/5/2016, in ottemperanza alla scadenza del 15/5/2016 indicata nella precitata nota regionale prot. n. AOO/151/3562 del 21/4/2016, si è proceduto alla ripartizione per l'anno 2016 dei fondi unici da destinare alla remunerazione per le prestazioni sanitarie erogate in regime ambulatoriale dalle Strutture istituzionalmente accreditate, insistenti nell'ambito territoriale della ASL BA, per le branche di *Medicina di Laboratorio, Radiodiagnostica per Immagini e Medicina Nucleare, Medicina Fisica e Riabilitativa, Branche a Visita – diverse Branche.*

Le suddette deliberazioni sono state notificate alla Regione Puglia con nota PEC del 13/5/2016 e alle Strutture interessate con nota prot. n. 101873/1 del 24/5/2016 trasmessa a mezzo PEC in pari data.

Con note prot. n. 92071, n. 92072, n. 92073 e n. 92074 del 10/5/2016, trasmesse a mezzo PEC in pari data, sono stati convocati il 12-13/05/2016 i rappresentanti legali delle Strutture per la sottoscrizione degli accordi contrattuali anno 2016, poi trasmessi alla Regione Puglia in allegato alla nota prot. n. 99716/1 del 19/5/2016.

La procedura di liquidazione delle prestazioni erogate è effettuata dalla UOGRC nel pedissequo rispetto dei predetti accordi contrattuali stipulati e ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale.

Per la contrattualizzazione delle prestazioni erogate dalle **Case di Cura** è stata adottata la Deliberazione DG n. 1423 del 29/7/2016.

Con nota prot. n. AOO\_151/7241 del 18/7/2016, acquisita al protocollo della Direzione Generale n.14127 del 19/7/2016, la Regione Puglia ha notificato, tra gli altri, anche a questa Azienda, la Deliberazione di Giunta Regionale n. 981 del 6/7/2016, pubblicata sul BURP n. 85 del 20/7/2016 e relativa all'approvazione dello schema di accordo contrattuale ex art. 8 quinquies del D.Lgs. n.502/92 e s.m.i., da utilizzarsi per la definizione, per il corrente anno, dell'acquisto di prestazioni erogate dalle strutture istituzionalmente accreditate per le attività svolte in regime di ricovero.

A seguito della nota regionale prot. n. AOO\_151/7241 del 18/7/2016, giusta convocazione di cui alla nota prot. n.141889/UOR01 del 19/7/2016, trasmessa a mezzo PEC in pari data, la ASL BARI ha avviato, in data 21/7/2016, con le Case di Cura insistenti nel territorio di propria competenza e le Organizzazioni Sindacali più rappresentative delle medesime, la contrattazione

negoziale prevista dalla normativa vigente per la definizione dei tetti di spesa per l'anno 2016 per l'acquisto di prestazioni da erogarsi in regime di ricovero.

Con Deliberazione DG n.1423 del 29/7/2016, in ottemperanza alla scadenza del 31/7/2016 indicata nella precitata nota regionale prot. n. AOO\_151/7241 del 18/7/2016 e alle disposizioni impartite con DGR n.981/2016, la ASL BARI ha proceduto ad attribuire alle Case di Cura insistenti nel territorio di competenza della ASL BARI, i tetti di spesa per l'anno 2016 per lo stesso importo assegnato per l'anno 2015 per singolo percorso diagnostico terapeutico (Area cuore, Area chirurgica, Area medica, Area materno neonatale, Area riabilitativa, Area dell'emergenza-urgenza) di cui alla DGR n.981/2016, neutralizzando ab origine ogni forma di contenzioso.

Con nota prot. n. 149232/UOR01, trasmessa a mezzo PEC in pari data, la ASL BARI ha notificato alle suddette Case di Cura e alla Regione Puglia la Deliberazione DG n.1423 del 29/7/2016 e ha convocato i rappresentanti legali delle Strutture in data 1/8/2016 per la sottoscrizione degli accordi contrattuali anno 2016, poi trasmessi alla Regione Puglia a mezzo raccomandata a/r in allegato alla nota prot. n.170502/UOR01 del 7/9/2016.

La procedura di liquidazione delle prestazioni erogate in regime di ricovero dalle Case di Cura è effettuata dalla UOGRC della ASL BARI, nel pedissequo rispetto dei predetti accordi contrattuali stipulati e ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale.

#### **Altre componenti del privato accreditato**

##### ***Pronto Soccorso "Mater Dei"***

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.982 del 6/7/2016, pubblicata sul BURP n. 85 del 20/7/2016 e notificata alla ASL BARI con nota prot. n. AOO\_151/7323 del 20/07/2016, acquisita al protocollo della Direzione Generale n.143284 del 21/7/2016, la Regione Puglia ha definito i criteri di remunerazione delle c.d. "prestazioni non tariffate" (PnT), ex art. 8 sexies del D.Lvo n. 502/92 e ss.mm.ii., non coperte da tariffe predefinite svolte dalle Aziende Ospedaliere, dalle AA.SS.LL., dagli Istituti ed Enti Ecclesiastici classificati ex artt. 41 e 43 della L. n.833/78 – IRCCS Pubblici e Strutture Private Accreditate.

Con nota prot. n. AOO\_151/7170 del 14/7/2016, acquisita al protocollo della Direzione Generale n.139723 del 15/7/2016, la Regione Puglia ha comunicato che, giusta Deliberazione di Giunta Regionale n.982/2016, la ASL BARI potrà procedere a riconoscere, a titolo di acconto, dalla data di sottoscrizione dell'accordo contrattuale, l'importo di €/mgl 500 mensili, quale acconto sul finanziamento complessivo previsto in €/mgl 7.500 su base annuale. Tali somme saranno corrisposte dal Servizio Gestione Risorse Economiche e Finanziarie (GREF) regionale, come quota aggiuntiva rispetto alla rimessa mensile corrisposta alla ASL BARI. Rimane a carico della struttura erogatrice rendicontare, a fine esercizio, i costi realmente sostenuti secondo le prescrizioni di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.982/2016. Alla predetta nota prot. n. AOO\_151/7170 del 14/7/2016, la Regione Puglia ha allegato lo schema tipo di accordo contrattuale da sottoscrivere tra la ASL BARI e la società "CBH Città di Bari Hospital spa".

In riferimento alla nota prot. n. AOO\_151/7170 del 14/7/2016, con nota prot. n.144431/1 del 22/7/2016, è stato comunicato alla Regione Puglia che la ASL BARI:

- per le vie brevi, a margine di un incontro tenutosi in data 21/07/2016 presso la Direzione Generale con le Case di Cura per la contrattazione negoziale per l'anno 2016 per l'acquisto

- di prestazioni di ricovero, ha acquisito la disponibilità della "CBH Città di Bari Hospital spa" a sottoscrivere l'accordo contrattuale con la ASL BA per l'avvio delle attività del DEA di 1° livello già a far data dall'1/8/2016;
- avrebbe convocato apposita conferenza dei servizi per il 25/7/2016, con la partecipazione, tra gli altri, del direttore dell'UOC di Medicina e Chirurgia d'accettazione e urgenza dell'AOU Policlinico di Bari, del direttore della Centrale Operativa del 118 c/o l'AOU Policlinico di Bari e della società "CBH Città di Bari Hospital spa", al fine di verificare la sussistenza di tutti gli elementi tecnico-organizzativi e sanitari necessari per l'erogazione delle prestazioni riferibili a un DEA di 1° livello;
  - concorda per l'avvio delle attività del DEA di 1° livello presso la "Mater Dei Hospital" gestito dalla "CBH Città di Bari Hospital spa" già a partire dal 01/08/2016, previo esito favorevole delle verifiche da svolgere nella summenzionata conferenza di servizi e sempre che da parte della Regione Puglia non sussistano cause ostative.

Con nota PEC del 27/07/2016, è stato trasmesso ai competenti uffici regionali il verbale della precitata conferenza di servizi svoltasi presso la Direzione Generale della ASL BA in data 25/07/2016, nel corso della quale si è concordato l'avvio delle attività del DEA di 1° livello presso la "Mater Dei Hospital" gestito dalla "CBH Città di Bari Hospital spa", già a partire dal 01/08/2016, previo formale assenso della Regione Puglia.

Con nota prot. n. AOO\_151/7635 del 27/7/2016, acquisita in pari data al protocollo della Direzione Generale n.147169, i competenti uffici della Regione Puglia hanno confermato l'insussistenza di motivi ostativi all'avvio delle attività del DEA di 1° livello presso la "Mater Dei Hospital" gestito dalla "CBH Città di Bari Hospital spa", già a partire dall'1/8/2016.

Con Deliberazione DG n. 1424 del 29/7/2016, si è preso atto della Deliberazione di Giunta Regionale n.982/2016, della nota regionale prot. n. AOO\_151/7170 del 14/7/2016 e della nota regionale prot. n. AOO\_151/7635 del 27/7/2016 e, per l'effetto, con nota prot. n.149231/UOR01 del 29/7/2016, trasmessa a mezzo PEC in pari data, è stata notificata la Deliberazione DG n.1424 del 29/7/2016 sia alla Regione Puglia che alla Struttura con il cui rappresentante legale si procedeva a sottoscrivere l'accordo contrattuale in data 1/8/2016, a valersi per il periodo 1/8/2016 – 31/12/2018, per l'avvio delle attività del DEA di 1° livello presso la "Mater Dei Hospital", secondo lo schema tipo allegato alla nota regionale prot. n.AOO\_151/7170 del 14/7/2016.

Con nota prot. n. 152476 del 3/8/2016, trasmessa in pari data a mezzo PEC, è stata notificata alla Regione Puglia per le eventuali determinazioni di competenza, copia del suddetto accordo contrattuale, rappresentando altresì che, a seguito della predetta sottoscrizione, con nota prot. n. DG/408 del 2/8/2016, trasmessa a questa Azienda a mezzo PEC in pari data, la società "CBH Città di Bari Hospital spa", significava la rilevazione di un errore di trascrizione all'art. 5 comma t) dell'accordo contrattuale, rispetto a quanto deliberato con Deliberazione di Giunta Regionale n.981 del 6/7/2016 lett. C) recante diversa formulazione, chiedendo, pertanto, una modifica del comma in oggetto, in analogia a quanto approvato con la DGR n. 981/2016.

Con nota prot. n. AOO\_151/7915 del 5/8/2016 la Regione Puglia, in riscontro alla nota prot. n. 152476 del 03/08/2016, comunicava che:

- il contenuto di cui all'art. 5 lett. T) dell'accordo contrattuale sottoscritto da questa ASL BA con la società "CBH Città di Bari Hospital spa", identificato con prot. n.151437/1 del 2/8/2016, deve essere armonizzato con il contenuto della Deliberazione di Giunta Regionale

n.981/2016 lett c) del deliberato, successivamente trasfuso nell'art. 5 lett. V) del contratto tipo utilizzato per l'acquisto di prestazioni di ricovero, il quale prevede la seguente enunciazione: *"l'erogatore, ai sensi del DM 70/2015 art. 1 co. 5 lett. B) si obbliga di trasmettere alla ASL territorialmente competente, il proprio bilancio di esercizio redatto secondo principi civilistici, una relazione sull'ultimo bilancio approvato dalla singola struttura sanitaria e relazione sull'ultimo bilancio consolidato approvato, certificato da un revisore contabile, che attesti in modo esplicito ed inequivocabile la regolarità della continuità gestionale e finanziaria, l'assenza/evidenza di criticità (quali ad esempio stati patrimoniali, esposizione debitoria etc.) a garanzia della solidità e dell'affidabilità della struttura e dell'eventuale gruppo"*;

- sulla base di quanto disposto con Deliberazione di Giunta Regionale n.981/2016, la previsione di cui all'art. 5 lett. T) dell'accordo contrattuale sottoscritto da questa ASL BARI con la società "CBH Città di Bari Hospital spa", identificato con prot. n.151437/1 del 2/8/2016, può essere modificata procedendo a espungere l'accezione *"redatti da una primaria società di revisione contabile"* e sostituendola con la seguente prescrizione *"certificato da un revisore contabile"*.

Giusta Deliberazione DG n.1477 del 5/8/2016, si è proceduto alla sottoscrizione con la società "CBH Città di Bari Hospital spa" di un addendum all'accordo contrattuale identificato con prot. n.151437/1 del 2/8/2016, procedendo all'art. 5 lett. T) dello stesso a espungere l'accezione *"redatti da una primaria società di revisione contabile"* e sostituendola con la seguente prescrizione *"certificato da un revisore contabile"*.

Le Deliberazioni DG n.1424 e n.1477, nonché l'accordo contrattuale e relativo addendum, sono stati notificati alla Regione Puglia e alla Struttura a mezzo PEC nelle date di riferimento.

La procedura di liquidazione delle prestazioni erogate è effettuata dalla UOGRC nel pedissequo rispetto del predetto accordo contrattuale stipulato.

Per la contrattualizzazione delle prestazioni erogate dalle **Strutture di Riabilitazione ex art. 26 L. n. 833/1978** è stata adottata la Deliberazione DG n.1225 del 30/6/2015.

Con nota prot. n. AOO/151 n.1343 del 12/2/2016, la Regione Puglia ha invitato i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali a sottoscrivere entro il 31/3/2016, i contratti per le prestazioni sanitarie riabilitative ex art. 26 L. n.833/78, al fine di poter permettere agli erogatori aventi titolo, di programmare le proprie attività, provvedendo in particolare a:

- determinare il fondo unico di remunerazione che deve essere equivalente a quello determinato nell'anno 2010 e confermato negli anni 2011/2015;
- individuare il volume di prestazioni da contrattualizzare per procedere alla ripartizione del fondo per le diverse tipologie di setting assistenziale in relazione ai suddetti volumi di prestazioni;
- assegnare il tetto di spesa per ciascuna struttura sanitaria, tenendo conto di una serie di parametri, nei limiti della potenzialità erogativa delle singole strutture;
- sottoscrivere i contratti per le prestazioni domiciliari con strutture destinatarie di provvedimento regionale di accreditamento, ai sensi dei R.R. n.16/2010 e n.20/2011, nel rispetto delle disposizioni di cui all'art. 8 della L.R. n.4/2010.

Con nota prot. n. AOO\_005\_0000180 del 24/3/2016, la Regione Puglia ha comunicato che era in corso di approvazione il nuovo schema tipo di accordo contrattuale per l'acquisto di prestazioni

riabilitative dai privati accreditati che avrebbe sostituito il precedente allegato alla Deliberazione di Giunta Regionale n. 1795/2014. Pertanto, al fine di allineare i contratti per l'anno 2016 alle nuove disposizioni regionali, evitando di ricorrere alla sottoscrizione di addendum, il termine del 31/3/2016 di cui alla nota prot. n. AOO/151 n.1343 del 12/2/2016, è stato posticipato al quindicesimo giorno successivo alla data di notifica del nuovo provvedimento in via di approvazione.

Con nota prot. n. AOO/151 n.6269 del 20/6/2016, la Regione Puglia ha notificato la Deliberazione di Giunta Regionale n.813 del 7/6/2016 avente a oggetto "*Deliberazione di Giunta Regionale 6 agosto 2014, n. 1795 – Modifiche schema tipo di accordo contrattuale per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni sanitarie in regime riabilitativo residenziale, semiresidenziale, ambulatoriale, domiciliare (ex art. 26 L. 833/78)*".

In data 27/6/2016, giusta nota prot. n.122192/UOR01 del 22/6/2016 e nota PEC del 24/6/2016, è stato convocato apposito incontro in cui è stato illustrato ai rappresentanti delle Strutture Riabilitative di che trattasi, alle Organizzazioni Sindacali "ARIS" e "AGESPI", ai Direttori dei Distretti Socio Sanitari aziendali, nonché ai referenti delle Unità Operative di Medicina Fisica e Riabilitazione Distrettuali, i criteri di ripartizione del fondo unico e invalicabile di remunerazione delle prestazioni da erogarsi in regime riabilitativo ex art. 26 L. n.833/1978 per l'anno 2016. Il relativo verbale è stato trasmesso il 28/6/2016, a mezzo PEC.

Con Deliberazione DG n.1225 del 30/6/2016, in ottemperanza alla scadenza indicata nella precitata nota regionale prot. n. AOO\_005\_0000180 del 24/3/2016 e alle disposizioni impartite con Deliberazione di Giunta Regionale n.813 del 7/6/2016, si è proceduto alla determinazione dei criteri di ripartizione del fondo unico da destinare alla remunerazione riguardante le prestazioni sanitarie da erogarsi, in regime riabilitativo ex art. 26 L. n.833/78, nell'anno 2016, dai Centri di Riabilitazione istituzionalmente accreditati, insistenti nell'ambito territoriale della ASL BARI.

La Deliberazione DG n. 1225 del 30/6/2016 è stata notificata alla Regione Puglia con nota PEC del 4/7/2016, e ai Centri di riabilitazione interessati con nota prot. n.130348/UOR01 del 4/7/2016, trasmessa a mezzo PEC in data 5/7/2016.

Con nota prot. n.143652/UOR01 del 21/7/2016, trasmessa a mezzo PEC in pari data, sono stati convocati per il 27/7/2016 i rappresentanti legali delle Strutture per la sottoscrizione degli accordi contrattuali anno 2016, poi trasmessi alla Regione Puglia a mezzo raccomandata a/r in allegato alla nota prot. n.170532/UOR01 del 7/9/2016.

La procedura di liquidazione delle prestazioni erogate in regime riabilitativo ex art. 26 L. n.833/78 dai Centri Riabilitativi è effettuata dalla UOGRC nel pedissequo rispetto dei predetti accordi contrattuali stipulati e ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale.

### ***Progetto Autismo***

Con Deliberazione DG n.844 del 4/5/2016 la ASL BARI:

- ha preso atto che in data 3/10/2014 è stato sottoscritto, tra la ASL BARI e l'Istituto Medico Psico-Pedagogico "S. Agostino" di proprietà dell'Ente Ecclesiastico "Provincia di Napoli dell'Ordine degli Agostiniani Eremitani", con sede in Noicattaro (BA), apposito accordo contrattuale identificato con prot. n.172873/1 e recepito con Deliberazione DG n.1905 del

13/10/2014, per svolgere attività di riabilitazione sanitaria in regime ambulatoriale ex art. 26 L. n.833/78 in favore di minori affetti da Disturbo dello Spettro Autistico (DSA).

- ha proceduto a modificare e integrare la Deliberazione DG n.1905/2014, attraverso una rimodulazione del progetto con essa recepito, finalizzata a rideterminare al 30/09/2016 il termine finale previsto per il 30/9/2017, incrementando il numero di bambini affetti da DSA da prendere in carico, esaurendo così la lista d'attesa creatasi, nelle more dell'applicazione del Regolamento Regionale sull'Autismo, anche in termini di nuove tariffe ed eventuali nuovi standard di accreditamento da rilasciare nel territorio della ASL BARI, dove a tutt'oggi non sono presenti altre strutture con accreditamento istituzionale, in grado di erogare tale tipologia di prestazioni.

La Deliberazione DG n.844 del 4/5/2016 è stata notificata alla Regione Puglia con nota prot. n.90505/1 del 9/5/2016 trasmessa a mezzo PEC in pari data.

Con Deliberazione DG n.1834 del 18/10/2016, giusta nota regionale prot. n.AOO/151\_009307 del 29/9/2016, si è proceduto a prorogare il Progetto di cui alla Deliberazione DG n.844/2016, nonché alle medesime condizioni ivi stabilite, per il periodo 1/10/2016-31/12/2016, per un importo complessivo di €/mgl 125 riveniente dalle economie di spesa accertate in ordine ai fondi destinati alla riabilitazione ex art. Legge n.833/78 di cui alla Deliberazione DG n.1225/2016.

La Deliberazione DG n. 1834 del 18/10/2016 è stata notificata alla Regione Puglia con nota PEC del 19/10/2016.

### **Altre componenti del privato accreditato**

#### ***Hospice***

Giuste nota prot. n. 24/5407/PGS/Coord. del 16/12/2008, Deliberazione di Giunta Regionale n.1061 del 12/7/2006 e n.95 del 31/1/2008, al fine di ridurre ulteriormente il tasso di ospedalizzazione, la Regione Puglia ha previsto tra gli obiettivi assegnati al Direttore Generale, un incremento delle prestazioni sanitarie nelle strutture denominate Hospice.

Con Deliberazione DG n.351 del 17/2/2016, sono stati recepiti gli accordi contrattuali stipulati con i rappresentanti legali delle strutture Hospice private accreditate insistenti nel territorio di competenza della ASL BARI per la fornitura delle suddette prestazioni per l'anno 2016, remunerate in base alle tariffe regionali stabilite con Deliberazione di Giunta Regionale n.1365/2004.

#### ***Centri Dialisi***

Con Deliberazione DG n.352 del 17/2/2016 si è proceduto all'acquisto di prestazioni di emodialisi erogate dai Centri di Dialisi con posti rene accreditati e/o autorizzati, gestiti dalle Società "New Dialsrl", "C.B.H. Città di Bari Hospital spa" e "Diaverum Italia srl", insistenti nel territorio di competenza della azienda, per l'anno 2016, nel rispetto dell'art.7 comma 3 della L.R. n.4/2010, nonché del regolamento aziendale che disciplina l'immissione di nuovi pazienti nefropatici, rispetto a quelli in carico alla data del 31/12/2009, di cui alle Deliberazioni DG n.1642/2014 e n.2239/2014.

Seppur non in presenza di uno schema tipo di accordo contrattuale deliberato dalla Regione Puglia, con nota prot. n. 36202/UOR01 del 19/2/2016, trasmessa in pari data a mezzo PEC, sono state convocate in data 26/2/2016 le predette Strutture per la sottoscrizione degli accordi contrattuali per l'anno 2016 per l'erogazione e l'acquisto di prestazioni emodialitiche, nonché dell'addendum contrattuale relativo al servizio complementare per trasporto pazienti dializzati presso le Strutture private per il medesimo anno 2016.

## **2.7 Garanzia del corretto, completo e tempestivo inserimento nel sistema informativo sanitario di tutti i dati attinenti ai flussi informativi obbligatori nazionali e regionali**

Si riepilogano di seguito gli adempimenti previsti dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.2713 del 18/2/2014 e successivamente dalla Deliberazione di Giunta Regionalen.231 dell'8/3/2016:

1. Schede di Dimissione Ospedaliera e CEDAP, D11 e D12 – D.M. 380/2000, D.M. 8/7/2010 n. 135, D.M. 349/2001;
2. Conferimento dati a NSIS (attività gestionali) – D.M. 5/12/2006 (mod HSP, STS, RIA e FLS);
3. Dispositivi medici – D.M. 11/6/2010;
4. Distribuzione diretta dei farmaci – D.M. 31 luglio 2007 e smi;
5. Consumi ospedalieri dei medicinali – D.M. 4/2/2009 e smi;
6. Rischio clinico e sicurezza dei pazienti – D.M. 11/12/2009;
7. NSIS-EMUR (Pronto Soccorso) – D.M. 17/12/2008 e smi;
8. Assistenza domiciliare NSIS-SIAD – D.M. 17/12/2008 e smi;
9. Assistenza residenziale e semiresidenziale NSIS-FAR (3) – D.M. 17/12/2008 e smi;
10. Salute mentale NSIS-SISM – D.M. 15/10/2010 e smi;
11. Dipendenza da sostanze stupefacenti NSIS-SIND – D.M. 11/6/2010;
12. Flusso Hospice – D.M. 6/6/2012;
13. Flusso delle grandi macchine – D.M. 22/4/2014;
14. Flusso dei Direttori di Struttura Complessa;
15. Ricetta dematerializzata – D.M. 02/11/2011;
16. Sistema TS – Art. 50 L. n.326/2003.
17. Fascicolo Sanitario Elettronico – D.L. 179/2012 L. n.221/2012.

Con riferimento agli adempimenti della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2713/2014, la Direzione Strategica ha effettuato una Conferenza dei Servizi in data 24/2/2015 al fine di individuare i Referenti dei Flussi Informativi aziendali, anche con l'intento di responsabilizzare tutti gli attori coinvolti circa l'importanza assoluta della trasmissione corretta e puntuale dei dati, secondo le scadenze prescritte dalla Deliberazione di Giunta Regionale n. 2713/2014.

Sono stati individuati referenti per singolo flusso informativo sulla base delle competenze specifiche presenti in Azienda, al fine di aumentare il livello di responsabilizzazione del personale coinvolto e raggiungere gli obiettivi target assegnati dalla Regione. L'U.O. Statistica ed Epidemiologia ha effettuato la supervisione ed il supporto operativo ai singoli referenti per garantire la tempestività e la correttezza degli adempimenti.

L'attestazione di adempienza per gli obblighi informativi viene effettuata trimestralmente, come da Note richiamate (Prot. 85574/1 del 30/4/2015 per il 1° Trim 2015; Prot. 162206/1 del 02/09/2015 per il 2° Trim 2015; Prot. 211729/1 del 12/11/2015 per il 3° Trim 2015; Prot. 24748

del 5/2/2016 per il 4° Trim 2015; Prot. 94169 del 13/5/2016 per il 1° Trim. 2016; Prot. 155192/1 del 8/8/2016 per il 2° Trim. 2016).

Nel corso dell'anno 2015 si è provveduto ad attuare azioni correttive per migliorare le percentuali di adempimento agli obblighi informativi, attraverso le seguenti attività:

- completamento delle dotazioni tecnologiche per favorire la trasmissione di dati;
- incontri specifici con la società Exprivia per risolvere alcune criticità nel trasferimento dei dati;
- inserimento nell'anagrafica di Edotto delle Associazioni di Volontariato, finalizzato alla registrazione di accessi domiciliari oncologici erogati dalle Associazioni di Volontariato;
- inserimento nell'anagrafica di Edotto di tutte le Strutture Socio-sanitarie (Centri Diurni, RSA, RSSA), fornendo alle stesse le credenziali di accesso per potere effettuare in autonomia le registrazioni su Edotto degli ingressi in Struttura;
- supporto a tutte le Strutture private accreditate per l'inserimento diretto delle prestazioni nei flussi.

I modelli NSIS sono stati compilati ed inviati nel rispetto dei termini imposti.

## **2.8 Controllo e monitoraggio dei comportamenti prescrittivi dei medici di medicina generale e pediatri di libera scelta**

Il numero di prescrittori che inseriscono i piani terapeutici in EDOTTO è in continuo incremento anche grazie all'attività di sensibilizzazione dei medici specialisti ospedalieri e territoriali, in ambito pubblico e privato.

Compatibilmente con quanto offerto dalla piattaforma EDOTTO, oggi ancora, secondo il Dipartimento del Farmaco, priva di diverse funzionalità utili al controllo, sono stati effettuati controlli incrociati tra le prescrizioni farmaceutiche dei Medici di Medicina Generale ed i Piani Terapeutici pervenuti all'Area Farmaceutica, finalizzati alla verifica dell'aderenza dei piani terapeutici alle linee guida nazionali e regionali in materia di appropriatezza prescrittiva. Viene quindi prodotto report semestrale di verifica tra indicazione riportata sul piano terapeutico e normativa nazionale, con specifica, per ogni specialità erogata, di:

- numero di pazienti
- indicazione per la patologia
- numero di confezioni erogate
- costo unitario e costo totale.

Relativamente all'attuazione delle linee guida regionali sull'appropriatezza prescrittiva:

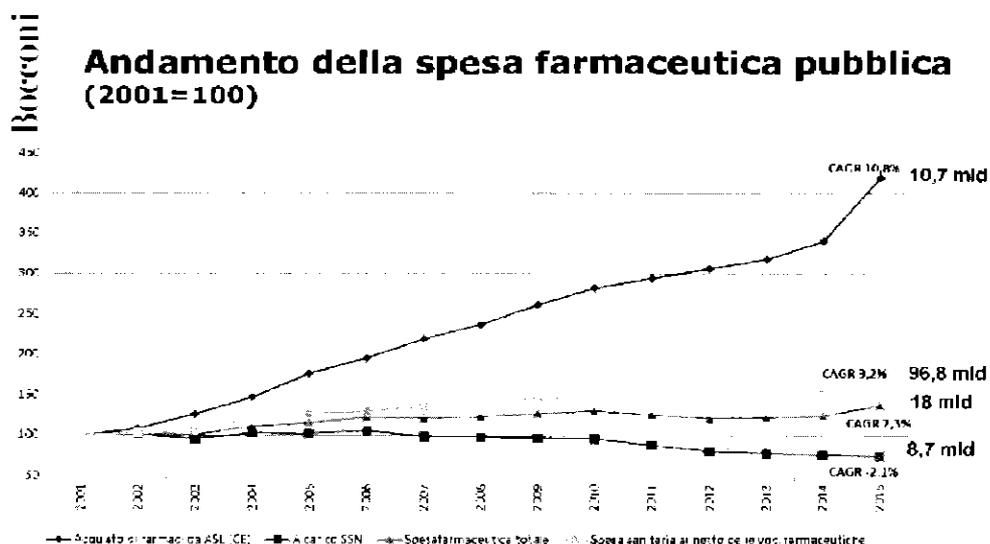
- In merito alla linea guida regionale relativa alle Eritropoietine (ATC=B03XA), l'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera ha registrato nel 2015 un risparmio di €/mgl 282 circa (-10%) rispetto all'anno precedente a seguito dell'aggiudicazione di nuova gara verso il biosimilare.
- Anche relativamente alla linea guida regionale, di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.2751 del 22/12/2014 (appropriatezza prescrittiva dell'Albumina), l'andamento della spesa farmaceutica territoriale ed ospedaliera ha registrato nel 2015 un risparmio di circa €/mgl 118 (-63%) rispetto all'anno precedente.
- In riferimento alla linea guida regionale, di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale n.2835 del 30/12/2014 (inibitori della pompa protonica), l'attività svolta ha consentito di

raggiungere una contrazione della spesa nell'anno 2015 rispetto al 2014 per €/mgl 3.070, ovvero pari al -12,8% (a livello nazionale la percentuale di scostamento si è attestata al -3,9%).

Particolare attenzione è stata dedicata alla Medicina Generale da parte dell'Area Farmaceutica Territoriale, che ha organizzato diversi eventi formativi per i MMG, durante i quali farmacisti afferenti alla stessa Area hanno relazionato su argomenti quali: "nota AIFA 13", "Antibiotici", "Fattore VIII della Coagulazione", "FANS". Inoltre l'Area Farmaceutica ha attivato un canale di informazione diretta ai MMG ed ai PLS in merito a tematiche a particolare rischio di inappropriata tra cui: aggiornamento elenco farmaci in "Distribuzione Per Conto", prescrizione farmaci di cui alla Legge n.648/96, prescrizioni epoetine, eparine a basso peso molecolare, NAO con obbligo di piano terapeutico, etc..

### 2.9 Attivazione di iniziative per il monitoraggio e controllo della spesa farmaceutica

La spesa farmaceutica ed in particolare l'acquisto di medicinali da parte delle strutture sanitarie pubbliche (ospedali, ASL, IRCCS, etc), così come riportato dall' "Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali- L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale 2015", subisce annualmente un costante incremento.

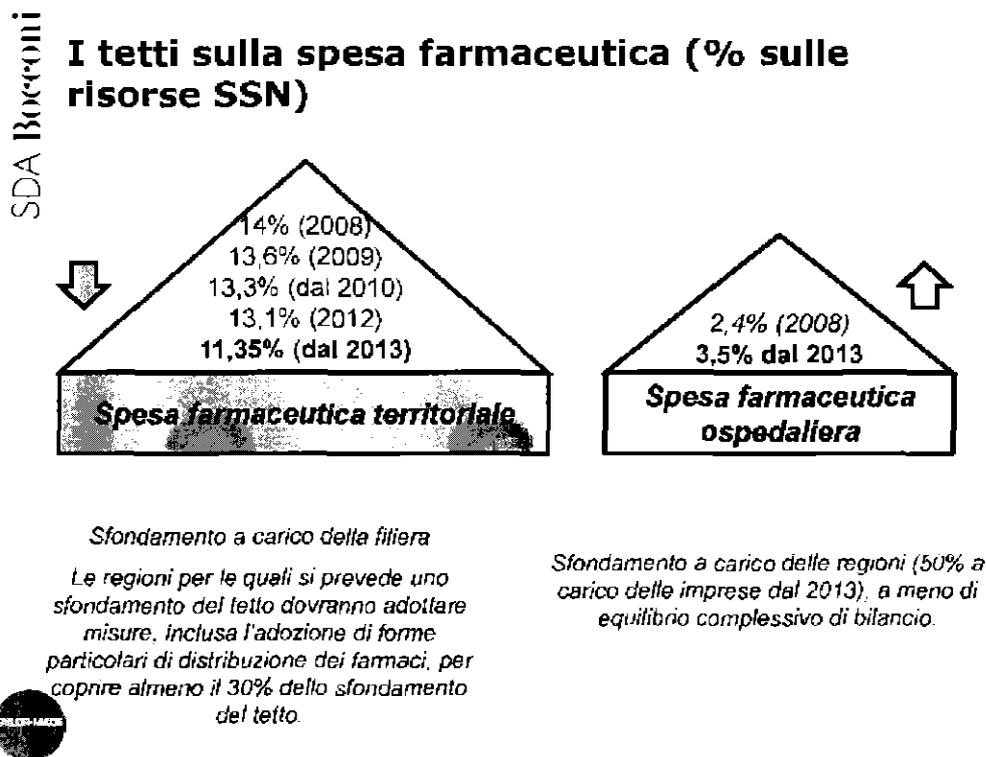


Fonte: Osservatorio Farmaci, Report 96, 2016



Tale voce di spesa, pari a circa 11,2 miliardi di euro (184,3 euro pro capite), ha fatto registrare, nel corso dell'anno 2015, un incremento del +24,5% rispetto al 2014 e le Regioni in cui sono stati riscontrati i valori di spesa più elevati sono risultate la Sardegna e la Puglia con 224,4 euro pro capite e la Toscana con 221,4 euro pro capite.

Questo ha determinato un inevitabile sfioramento dei tetti sulla spesa farmaceutica (% sulle risorse del SSN) fissati, dal 2013, all'11,35% ed al 3,5% rispettivamente per la spesa farmaceutica territoriale e quella ospedaliera.



## SPESA FARMACEUTICA TERRITORIALE

La Spesa Farmaceutica Territoriale indica l'insieme della spesa riferibile unicamente ai farmaci rimborsabili in fascia A, al lordo delle quote di partecipazione alla spesa a carico degli assistiti e che vengono dispensati:

- **attraverso le farmacie pubbliche convenzionate**
- **attraverso la distribuzione diretta**, intesa come la distribuzione, per il tramite delle strutture ospedaliere/territoriali, di medicinali agli assistiti per la somministrazione presso il proprio domicilio. La distribuzione diretta può avvenire anche attraverso specifici accordi con le farmacie convenzionali pubbliche private definita, in questo caso, DPC (Distribuzione Per Conto)

Il D.L. 95/2012 ha rideterminato il tetto di spesa per la spesa farmaceutica territoriale (a livello nazionale e regionale), portandolo fino all'11.35%.

La spesa riferita alla farmaceutica convenzionata ha registrato un lieve decremento nell'anno 2015 dello 0.9% rispetto all'anno 2014.

La Distribuzione Diretta ha subito invece un incremento attribuibile a:

1. un aumento dei pazienti reclutati dalle farmacie territoriali ai quali sono stati erogati farmaci ad alto costo per patologie oncologiche, reumatologiche, neurologiche, psichiatriche, endocrinologiche, oltre a malattie rare e terapie immunosoppressive. Tali prescrizioni derivano anche da centri prescrittori non appartenenti alla ASL;

2. l'estensione delle indicazioni, prodotte dall'AIFA, dello stesso principio attivo dopo la prima registrazione;
3. l'associazione di due principi attivi per una stessa terapia e di conseguenza l'incremento della durata della terapia in una patologia cronica;
4. i numerosi provvedimenti regionali di recepimento di determinazioni AIFA riferite alla immissione in commercio di nuovi farmaci, nei quali vengono indicati i centri prescrittori e le modalità di dispensazione: quest'ultima è sempre riferita alla "...*dispensazione diretta tramite i servizi farmaceutici delle ASL...*".

I principali scostamenti si sono verificati per le seguenti categorie di Farmaci:

- Farmaci di nuova commercializzazione
  - Farmaci innovativi ad alto costo
  - Farmaci con nuove indicazioni terapeutiche AIFA
  - Farmaci in precedenza senza AIC
  - Farmaci in precedenza ad uso compassionevole
5. un aumento dei pazienti transitati dal regime di somministrazione terapeutica in ambito ospedaliero (i cui valori erano registrati come mobilità passiva farmaceutica) a quello territoriale. Tale fattispecie non è immediatamente quantificabile non avendo a disposizione dati aggiornati relativi alla mobilità passiva farmaceutica per la quale ci si attende, comunque, una riduzione.

A tali dati vanno aggiunti quelli relativi alla distribuzione diretta di Farmaci per HCV. L'incremento rilevato nel 2016 rispetto al Bilancio 2015 è causato da un progressivo aumento di pazienti arruolati, considerato, inoltre, che il programma di arruolamento è partito nel corso del 2015.

L'incremento complessivo dei costi del materiale protesico a fornitura diretta nel 2016 è riferito per il 75% circa al materiale protesico distribuito dai competenti Uffici distrettuali, per un evidente aumento della popolazione anziana o con gravi disabilità.

Il restante incremento si è rilevato nell'ambito Farmaceutico territoriale, dovuto ad un incremento dei pazienti in ADI e in assistenza integrativa, coerente con l'obiettivo strategico di aumentare il numero di prestazioni rese in Assistenza Domiciliare al fine di abbattere ulteriormente i tassi di ricovero ospedalieri.

#### SPESA FARMACEUTICA OSPEDALIERA

La spesa per farmaci rimane sostanzialmente costante.

L'incremento dei costi dei presidi chirurgici e del materiale sanitario è causato principalmente dai maggiori consumi presso gli Ospedali "Di Venere", "San Paolo" e della Murgia, a causa dell'incremento quali/quantitativo osservato nell'attività chirurgica in questi Ospedali.

Si è inteso, quindi, programmare per il triennio 2015-2017, una serie di azioni, tra l'altro già attivate nell'anno 2015, parzialmente portate a termine, ed in atto nell'anno in corso, finalizzate al contenimento della su citata spesa e riferibile ad ambiti differenti.

- Progressiva centralizzazione dei magazzini farmaceutici al fine di ridurre tutte le procedure amministrativo-contabili legate alla fornitura di farmaci e dispositivi medici (ordini, carichi, scarichi, liquidazione fatture); in tal modo sarà possibile intensificare il livello dei controlli. Nel corso dell'esercizio 2015 sono stati definiti i fabbisogni prioritari di intervento in materia di investimenti tecnologici e strutturali per i servizi territoriali della ASL Bari a valere sulle

dotazioni finanziarie di cui ai FESR 2014-2020. In tale ambito è stata formulata alla Sezione Sistemi Informativi e Investimenti in Sanità del Dipartimento Promozione della Salute, giusta mail del 28/12/2015, richiesta di erogazione finanziamento con fondi vincolati al fine di realizzare una nuova palazzina da destinare ad attività sanitaria di prevenzione e potenziamento dell'assistenza farmaceutica territoriale diretta prevedendo un nuovo edificio per deposito farmaceutico centralizzato.

- Incremento della dotazione organica, fortemente carente, dei dirigenti farmacisti che, sia in ambito territoriale che ospedaliero, possano dedicarsi in maniera prevalente al monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva.
  - o Attivazione ed espletamento delle procedure di mobilità intraregionale per Dirigenti Farmacisti Ospedalieri. Con Deliberazione Direttore Generale n.709 del 23/4/2014 è stato bandito l' "Avviso di mobilità volontaria tra enti del comparto del Servizio sanitario nazionale per la copertura a tempo indeterminato di n. 2 posti di dirigenti farmacisti disciplina Farmacia ospedaliera";
  - o Attivazione delle procedure di mobilità extraregionale per Dirigenti Farmacisti Ospedalieri previa concessione di deroghe all'assunzione da parte della Regione Puglia. Con Deliberazione Direttore Generale n.2104 del 18/12/2015 è stato indetto avviso pubblico di mobilità volontaria per n. 4 dirigenti farmacisti disciplina farmacia ospedaliera;
  - o Espletamento delle procedure di mobilità extraregionale per Dirigenti Farmacisti Territoriali. Con Deliberazione Direttore Generale n.1589 del 2/9/2014 si è conclusa la procedura di mobilità extra regionale per n. 2 dirigenti farmacisti territoriali la cui assunzione è stata definita dal 1° gennaio 2015;
  - o Pubblicazione del bando di concorso pubblico per Dirigenti Farmacisti Territoriali. Con Deliberazione Direttore Generale n.2066 del 7/12/2016 pubblicata sul BURP n.2 del 14/1/2016, è stato indetto Concorso pubblico, per titoli ed esami, per n.8 posti di dirigenti farmacisti disciplina Farmaceutica territoriale a seguito di concessione di deroghe all'assunzione da parte della Regione Puglia. (Deliberazione di Giunta Regionale n.183/2014 e n.1824/2014);
  - o Espletamento delle procedure di mobilità extraregionale per Dirigenti Farmacisti Ospedalieri. Con Deliberazione Direttore Generale n.1646 del 27/9/2016 si è conclusa la procedura di mobilità extra regionale per n.2 dirigenti farmacisti ospedalieri;
  - o Nomina della Commissione (Deliberazione Direttore Generale n.1593 del 21/9/2016) ed ammissione dei candidati (Deliberazione Direttore Generale n.1648 del 27/9/2016) al concorso pubblico bandito con Deliberazione Direttore Generale n.2066/2014.
- Monitoraggio dettagliato delle classi di farmaci a più alta incidenza sulla spesa per la distribuzione diretta, al fine di pianificare le opportune azioni correttive. Definite le classi di farmaci a maggior impatto, cioè Farmaci biologici impiegati in Reumatologia, Farmaci biologici impiegati in Dermatologia, FINGOLIMOD nel trattamento della Sclerosi Multipla (SM), Farmaci impiegati nell'Ipertensione Arteriosa Polmonare (IAP), sono state individuate alcune azioni di governo finalizzate a realizzare l'appropriatezza d'uso di questi farmaci sottoposte alla valutazione della Direzione Generale.
- Programmazione centralizzata della ASL Bari per gli acquisti ospedalieri per farmaci e dispositivi medici. È stata effettuata una ricognizione, per ciascun singolo presidio ospedaliero, dei fabbisogni con relativa delibera di aggiudicazione per medicazioni avanzate, materiali sanitario vario, spirali uterine, contraccettivi in unione di acquisto con BAT, presidi per apparato respiratorio, ausili per incontinenza, ausili per stomia, farmaci innovativi per epatite C, farmaci unici, materiali di consumo iniettori ACIST, bisturi a ultrasuoni

ULTRACISION, microinfusori e materiale di consumo dedicato, protesi e materiale sanitario vario per Chirurgia vascolare, emoderivati e fattori della coagulazione.

- Monitoraggio dei farmaci scaduti presso le farmacie Ospedaliere e Territoriali: il valore dei farmaci scaduti nel 2015 (€/mgl 88) è diminuito rispetto a quello del 2014 (€/mgl 470) per oltre l'81%. E' da ricordare che esiste una lista di farmaci da detenere obbligatoriamente in ogni farmacia alcuni dei quali scadono senza essere utilizzati, per cui un piccolo valore per farmaci scaduti è da ritenersi fisiologico.
- Aggregazione dei fabbisogni indicati dalle singole strutture sanitarie regionali. La Deliberazione di Giunta Regionale n.73 del 9/2/2016 individua la ASL BARI capofila per la gara centralizzata regionale dei farmaci.
- Definizione del capitolato tecnico e del disciplinare di gara regionale per i "Farmaci Unici".
- Supporto alle decisioni regionali in merito alla razionalizzazione delle unità operative di Oncologia operanti sul territorio della ASL BARI.

**3) OBIETTIVI DELLA DELIBERAZIONE DI GIUNTA REGIONALE N. 159/2015**

Con riferimento agli obiettivi contenuti nella Deliberazione di Giunta Regionale n.159/2015, la relazione che segue illustra analiticamente lo stato di avanzamento delle attività poste in essere da questa Direzione, al fine di consentirne il raggiungimento nel periodo oggetto del mandato.

Gli obiettivi indicati nella deliberazione di nomina sono rilevati nella seguente tabella:

<b>N</b>	<b>DESCRIZIONE</b>
1	Utilizzo del sistema di Contabilità Analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati
2	Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale-territorio
3	Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente
4	Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale
5	Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS
6	Riduzione della mobilità passiva extraregionale
7	Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di sanità elettronica
8	Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali
9	Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria

Il documento ai quali si deve far riferimento per illustrare lo stato di avanzamento delle attività è il Bilancio di esercizio 2015, approvato con Deliberazione Direttore Generale n.1221 del 29/06/2016, cui si rinvia nella sua completezza.

Di particolare rilevanza sono anche le relazioni con cui, in diverse occasioni, si è inteso illustrare al Presidente della Giunta Regionale, all'Assessore alle Politiche della Salute, nonché a diversi organismi regionali, lo stato di avanzamento delle attività e le problematiche organizzative, amministrative ed economico-finanziarie.

Per agevolare la lettura, di seguito si riporta il commento sull'attività svolta con riferimento a ciascun obiettivo.

**3.1 Utilizzo del sistema di Contabilità Analitica per centri di costo e responsabilità, che consenta analisi comparative di costi, rendimenti e risultati**

Nel corso degli esercizi 2015 e 2016 è proseguita l'attività di elaborazione del Reporting sulla base dei dati quantitativi ed economici disponibili.

Per il 2015 sono stati elaborati i Reporting al 30 giugno ed al 31 dicembre. Per il 2016 sono stati elaborati i Reporting al 30 giugno e gli stessi sono in corso di distribuzione alle Strutture e alle UU.OO. aziendali.

Nell'ambito delle attività di un più adeguato sistema di controllo di gestione è in corso di completamento il riesame continuo della struttura organizzativa dell'Azienda al fine di migliorare la circolazione delle informazioni necessarie per la predisposizione di una reportistica direzionale completa, accurata e tempestiva. A tal fine si è provveduto a predisporre il nuovo Piano dei Centri di Costo, giusta Deliberazione Direttore Generale n.2180 del 31/12/2015, nell'ottica della massima semplificazione possibile, riducendo significativamente il numero dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo presenti nel vigente Piano, attenuto per aggregazione dei Piani dei Centri di Costo delle 4 ex AA.UU.SS.LL. confluite della ASL Bari. Il nuovo Piano tiene conto di:

- ✓ Riorganizzazione dei Dipartimenti Ospedalieri
- ✓ Variazione del numero dei Distretti
- ✓ Profonda variazione dell'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale
- ✓ Adeguamento del numero delle Strutture Semplici e Complesse alle limitazioni stabilite con Deliberazione di Giunta Regionale n.3008 del 27/12/2012.

Attualmente, al fine di alimentare la Contabilità Analitica, vengono rilevati i costi relativi a:

- magazzini (consumi di beni),
- stipendi (personale),
- servizi sanitari per Medicina di Base, Continuità Assistenziale, Servizio 118, Psicologi ed altre categorie di personale convenzionato,
- Farmaceutica convenzionata e Distribuzione farmaci,
- compartecipazione al Personale per A.L.P.I.

Le voci di conto economico relative a tali aree coprono oltre il 70% del totale dei costi aziendali di produzione, al netto degli accantonamenti tipici di esercizio, mobilità passiva e assistenza ospedaliera da privato.

Le schede che costituiscono la reportistica direzionale evidenziano:

- a. dati economici
- b. dati di attività
- c. dati di struttura
- d. indicatori

Per ogni tipologia di dato la fonte informativa è stata differente. Nel dettaglio:

1. i **dati economici** sono stati ottenuti dalle seguenti fonti:
  - Contabilità Generale;
  - Contabilità Analitica per Centro di Costo;
  - Rilevazioni settoriali riferite all'attività Ospedaliera (ricoveri, DH, prestazioni) e Territoriale (prestazioni);
2. i **dati di attività** sono stati ottenuti dalle seguenti fonti:
  - Rilevazioni settoriali riferite all'attività Ospedaliera (ricoveri, DH, prestazioni) e Territoriale (prestazioni);
3. i **dati di struttura** sono stati ottenuti da:
  - Sistema gestione stipendi, per quanto attiene alle informazioni circa le unità di personale per Unità Operativa;
  - Banche dati dell'Unità Controllo di Gestione.

La reportistica è stata dunque elaborata dal livello di dettaglio minimo Livello 1 (Totale Azienda), al livello di dettaglio massimo Livello 4 (Unità Operativa) per ciò che attiene alle Strutture Ospedaliere.

L'analisi comparativa di costi, rendimenti e risultati, effettuate tramite la reportistica, ha consentito la verifica del livello di raggiungimento degli Obiettivi di Budget, assegnati nel corso del 2015 a tutte le Strutture/Dipartimenti/UU.OO. dell'Azienda, previa l'adozione del Regolamento di Budget e la definizione degli obiettivi generali, giusta Deliberazione Direttore Generale n.388 del 17/03/2015.

## **3.2 Attuazione della programmazione regionale in materia di rete ospedaliera e di riequilibrio ospedale-territorio**

### **3.2.1 Procedure per la costruzione del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano**

La Direzione Strategica sin dal suo insediamento ha dato pieno impulso alle attività finalizzate alla realizzazione del Nuovo Ospedale di Monopoli Fasano, al fine di poter utilizzare le somme a disposizione per la realizzazione dell'opera entro il termine del 31 dicembre 2015, stabilito dall'Accordo Quadro Regione/CIPE.

Con successiva Legge n. 208 del 31 dicembre 2015 (Legge di Stabilità), all'art.1, comma 807, è stato disposto che in caso di mancato utilizzo delle somme per progetti non conclusi entro il 31 dicembre 2015, qualora si renda necessaria l'approvazione di una variante urbanistica, ovvero l'espletamento di procedure VAS o VIA, il termine per l'assunzione di obbligazioni giuridicamente vincolanti è prorogato al 31 dicembre 2016.

Al momento dell'insediamento il Responsabile Unico del Procedimento ai sensi dell'art.15 del D.P.R. n.207/2010, aveva già redatto il documento preliminare all'avvio della progettazione e successivamente, d'ufficio, lo studio di fattibilità ai sensi dell'art.14 del D.P.R. 207/2010.

Si elencano di seguito le fasi principali del procedimento amministrativo a far data dal 1 gennaio 2015.

#### **Procedura di gara**

- 16/1/2015: Indizione Gara progettazione preliminare;
- 15/7/2015: Aggiudicazione definitiva al Raggruppamento Temporaneo d'Impresa e successiva stipula del contratto;

#### **Progetto Preliminare**

- 5/10/2015: Consegna Progetto Preliminare
- 27/10/2015: Presa d'atto Progetto Preliminare finalizzato ad approvazione variante urbanistica;
- 15/12/2015: Consegna integrazione del Progetto Preliminare per gli aspetti paesaggistici e ambientali;
- 11/1/2016: Adozione Variante urbanistica da parte del Comune di Monopoli;

- 28/1/2016: Avvio procedura di verifica di assoggettabilità a VAS coordinata con procedura VIA
- 13/4/2016: Parere Comitato VIA
- 8/6/2016: Provvedimento VIA/VAS Regione Puglia
- 7/7/2016: Verifica completata

### **Progetto Definitivo**

- 27/10/2015: Avvio anticipato alla progettazione definitiva
- 21/12/2015: Consegna Progetto Definitivo dell'architettura
- 8/7/2016: Prima consegna del progetto definitivo alla ASL Bari

Di seguito si rappresentano le principali fasi del progetto nel corso del periodo 1.1.2015/31.10.2016.

La ASL BARI ha costituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto dalla Direzione Strategica, dal Controllo di Gestione, dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione e dal RUP, per l'analisi congiunta del progetto preliminare, finalizzato alla condivisione della progettazione tecnica in senso stretto ed alla verifica dell'analisi congiunta della relazione tecnico specialistica di progettazione clinico gestionale predisposta dal R.T.I..

La ASL BARI, senza soluzione di continuità e nelle more della definizione del finanziamento, ha preso atto della progettazione preliminare finalizzata alla sola variante urbanistica da parte del Comune di Monopoli (*procedura necessaria propedeutica alle successive fasi progettuali*).

Sono state tempestivamente affidati le indagini archeologiche preliminari richieste dalla Soprintendenza della Puglia, Sezione Archeologica di Bari, per il rilascio del relativo parere necessario per la verifica VIA/VAS.

Nel corso degli incontri tematici tenutisi presso gli uffici regionali, in particolare quello svoltosi in data 28/9/2015, è emersa sia l'esigenza indispensabile ed inderogabile della progettazione della viabilità esterna di accesso al complesso ospedaliero (*collegamenti con la S.S. 16*), sia la necessità di reperire ulteriori fonti di finanziamento oltre l'importo iniziale pari ad €/mgl 80.000 di cui alla Delibera CIPE n.92/2012.

Tali esigenze sono state da subito rappresentate dalla Società di Progettazione al RUP ed al Responsabile Unico degli Interventi (RUI) regionale e sono state recepite dai competenti organi dell'Assessorato Regionale alle Politiche della Salute che, con nota n.AOO\_081/501 / SIIS / del 21/3/2016 del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Sociale e dello Sport – Sezione Programmazione Sociale ed Integrazione Socio-Sanitaria – Sezione Sistemi Informatici e Investimenti in Sanità, hanno comunicato a questa Direzione che “*l'opera in argomento potrà essere finanziata con le seguenti modalità*”:

- per €/mgl 80.000 sulle risorse FSC 2007/2013;
- per €/mgl 13.688 sulle risorse FESR 2014/2020 Azione 9.12 relativamente alla struttura destinata ad ambulatori;
- per €/mgl 21.259 nell'alveo della quota annuale del FSR destinata ad investimenti in ambito ospedaliero.

Il Comitato VIA ha approvato il progetto del Nuovo Ospedale di Monopoli il giorno 12 Aprile, sulla base della verifica del Progetto Preliminare non sottoponendolo alla procedura di VIA ed avviando a conclusione la procedura di compatibilità ambientale dell'opera.

Con Determinazione Dirigenziale n.99 dell'8/6/2016 la Sezione Ecologia della Regione Puglia ha determinato l'esclusione del Progetto del Nuovo Ospedale del "Sud-Est Barese" dalla Procedura di Valutazione di Impatto ambientale, a condizione che il Rup ottemperi a tutte le prescrizioni indicate (n 30 prescrizioni) nella determina stessa.

Nel progetto definitivo risultavano già soddisfatte ben 28 prescrizioni. Solo le prescrizioni n.25 e 29 non erano riflesse nel progetto definitivo, in quanto emerse in sede di determina conclusiva.

Le due prescrizioni prevedono:

- la realizzazione di un parcheggio interrato a -2 sotto il livello di terra per ospitare circa 500 auto;
- la realizzazione della superficie per elisoccorso sul terrazzo di copertura del fabbricato.

I due interventi comporterebbero difficoltà legate alla natura del terreno per l'ulteriore scavo, la revisione totale dei calcoli in cemento armato per le fondazioni, difficoltà per la prevenzione incendi legate soprattutto all'areazione dei nuovi ambienti ed al collegamento degli stessi con i piani superiori e per finire alla revisione delle strutture in cemento per la realizzazione di una piattaforma per l'elicottero sul terrazzo di copertura del blocco destinato al dipartimento di emergenza.

Per le prescrizioni n 25 e 29 il progetto definitivo è stato quindi successivamente rielaborato salvaguardandone le finalità ma proponendo delle soluzioni che sono da intendersi come una alternativa che non produce effetti negativi e significativi sull'ambiente.

La soluzione progettuale proposta prevede:

- Un numero di stalli pari a 763 contro i 972 del Progetto preliminare a seguito di considerazioni clinico-gestionali, ambientali e integrate da una proposta di mobilità sostenibile (navette dai vecchi presidi ospedalieri di Fasano e Monopoli, ipotesi di riutilizzo della fermata della Stazione di Egnazia);
- Posti auto a raso e strade di accesso all'interno dell'area dell'Ospedale realizzati con materiali permeabili (vespaio permeabile e masselli in calcestruzzo autobloccante permeabile).Questi materiali leggeri e reversibili permetteranno in futuro il ripristino della condizione naturale ex-ante attraverso un semplice smontaggio dei materiali suddetti utilizzati nelle arce dedicate alla mobilità/posti auto in caso di diminuzione delle loro superfici esterne attualmente necessarie.
- Opere di mitigazione e di inserimento ambientale delle sistemazioni esterne che prevedono che i posti a raso siano in parte protetti da pergolati ombreggianti;
- L'individuazione di un'area esterna a prato segnalata che, in caso di emergenza, potrà essere utilizzata per l'atterraggio e il decollo dei mezzi di soccorso come "elisuperficie gestita".

In data 20/10/2016, con nota prot. n.203209, è stata inviata alla Regione Puglia Dipartimento Mobilità, Qualità Urbana, Opere Pubbliche, Ecologia e Paesaggio e Autorizzazioni Ambientali la relazione illustrativa relativa alle soluzioni progettuali proposte al fine di soddisfare le prescrizioni VIA n. 25 e 29.

Per rendere l'opera completa e funzionante, realizzando i collegamenti dei sottoservizi alle reti pubbliche e la viabilità, sulla base dei suggerimenti del RUP e dei tecnici incaricati basata su pregresse esperienze, sarebbe auspicabile siglare un protocollo di intesa tra ASL, Regione e Comune di Monopoli, finalizzato all'individuazione di una stazione appaltante unica anche per le opere di viabilità, già finanziate nel Bilancio di Previsione 2016 con L.R. n.1/2016, art.17, per un importo di €/mgl 13.000.

### **3.2.2 Supporto per la redazione del Piano di Riordino Ospedaliero regionale**

Al fine di ottemperare a quanto previsto dalla Legge di stabilità 28 dicembre 2015 n.208 in materia di riordino della rete ospedaliera, è stato individuato un gruppo tecnico di lavoro, formato dalla U.O. Controllo di Gestione, la U.O. di Gestione del Rischio Clinico ed il Dipartimento delle Direzioni Mediche di Presidio, che ha supportato la Direzione Strategica Aziendale nell'analisi della dotazione dei posti letto degli Ospedali a gestione diretta con l'obiettivo di una sua rimodulazione per il miglioramento della appropriatezza dell'offerta ospedaliera, articolata in degenze e servizi, e del contenimento della relativa spesa tenuto conto delle caratteristiche del territorio di riferimento dell'ASL.

Le attività del gruppo tecnico di lavoro, svolte dal mese di giugno 2015 fino a tutto febbraio 2016, hanno consentito la produzione di matrici, per Struttura Ospedaliera ed Unità Operativa, con l'indicazione della nuova organizzazione supportata dagli esiti delle analisi effettuate sia in ambito sanitario che in ambito economico, utilizzate come fase istruttoria per l'adozione della Deliberazione di Giunta Regionale n.161 del 29/02/2016 - R.R. "Riordino Ospedaliero della Regione Puglia ai sensi del D.M. n.70/2015 e della Legge di stabilità 28 dicembre 2015, n.208. Modifica ed integrazione del Regolamento regionale n.14/2015."

Successivamente all'adozione della Deliberazione di Giunta Regionale in questione il gruppo tecnico ha altresì approfondito l'analisi dell'offerta ospedaliera rimodulata, al fine di recepire le osservazioni prodotte dalla Conferenza Stato-Regioni sulla prima proposta del Piano di Riordino della Rete.

### **3.2.3 Riequilibrio ospedale-territorio**

Nella ASL BARI sono stati avviati numerosi programmi per l'integrazione e riequilibrio delle attività cliniche tra ospedale e territorio. Sono riportate in seguito alcune delle attività svolte.

- P.O. "Fallacara" Triggiano: completamento attribuzione al Distretto n. 10 di tutte le attività di Day Service Chirurgico Polispecialistico, delle Sale Operatorie, del Day Service Oculistico.
- P.O. "Fallacara" Triggiano: avvio delle procedure per l'attivazione della Struttura di Riabilitazione Territoriale – Centro Risvegli mediante utilizzo dei Fondi Programma Operativo FESR Puglia 2014-2020, per il quale sono in fase di ultimazione le procedure propedeutiche alla sottoscrizione di apposito protocollo d'intesa tra la Regione Puglia e la ASL Bari (Deliberazione Direttore Generale n. 1832 del 28/10/2015, Deliberazione Direttore Generale n. 1595 del 26/09/2016).
- Attuazione di protocolli operativi tra i Presidi Ospedalieri e i Distretti territorialmente competenti per il trasferimento dell'attività di Day Service, sia medici in ambulatori avanzati, che chirurgici presso Strutture Ospedaliere riconvertite con Sale Operatorie, al fine di dedicare le strutture ospedaliere prioritariamente alle attività di emergenza e urgenza.

- Organizzazione della rete assistenziale per la presa in carico di pazienti in assistenza domiciliare ad alta intensità assistenziale (II e III livelli LEA Cure domiciliari Complesse) con attivazione di n. 2 posti letto e del Call Center presso il P.O. "Perinei" di Altamura (Deliberazione Direttore Generale n.1711 del 24-9-2015).  
I posti letto sono allocati presso l'UOC di Anestesia e Rianimazione in ambienti separati dai posti letto della Terapia Intensiva per prevenire la diffusione di patologie infettive. Sono destinati ad accogliere i pazienti complessi in ADI di II e III Livello a causa di patologie acute e/o a riacutizzarsi di patologie croniche o per l'esecuzione di accertamenti diagnostico-terapeutici non eseguibili a domicilio per difficoltà logistiche.  
Il Call Center H24, gestito dal personale sanitario della Rianimazione, assicura consulenze ai Medici di Medicina Generale, ai care giver e al personale sanitario che assiste al domicilio i pazienti in questione, determinando una netta diminuzione degli interventi inappropriati del 118.
- Formalizzazione del "ricovero di transito in Hospice" per pazienti in assistenza domiciliare ad alta intensità assistenziale ventilati meccanicamente e nutriti artificialmente (II e III livelli LEA Cure domiciliari Complesse) (Deliberazione Direttore Generale n. 351/2016). Tali pazienti sono in transito dal setting assistenziale ospedaliero al setting domiciliare e questa tipologia di ricovero consente una idonea formazione dei care givers da parte del personale sanitario dell'Hospice e permette ai Distretti di completare le procedure di attivazione dell'ADI nonché l'acquisizione delle apparecchiature e dei materiali di consumo necessari alla dimissione al domicilio in sicurezza del paziente complesso.
- Formalizzazione di un percorso assistenziale che prevede la possibilità da parte dei Distretti di richiedere consulenze specialistiche per pazienti in ADI di II e III livello da parte di medici specialisti ospedalieri nelle branche in cui tali figure professionali non sono presenti sul Territorio.
- La conclusione delle procedure di gara per l'acquisizione di prestazioni sanitarie del personale di Comparto (Infermieri, OSS, Fisioterapisti) per l'assistenza domiciliare di pazienti complessi di II e III Livello LEA ha permesso la dimissione precoce dei pazienti riconducibili a tale categoria, con conseguente ricaduta positiva nei tempi medi di degenza presso le Strutture Ospedaliere.
- Predisposizione di progetti per la trasformazione degli Ospedali di Triggiano e Terlizzi, dopo approvazione del Piano di Riordino Ospedaliero, in Centri di Riabilitazione e conseguente riconversione dei Servizi (Radiologia, Laboratorio Analisi, Servizio di Cardiologia, Sale Operatorie) in strutture territoriali, destinate ad erogare prestazioni ambulatoriali e in Day Service, di area medica e chirurgica.
- Avvio procedure di trasferimento delle UU.OO. di Anatomia Patologica, Chirurgia Toracica ed Oncologia presso l'IRCSS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II" di Bari con contestuale graduale trasferimento delle procedure di competenza alle UU.OO. di Pneumologia previa formazione degli operatori.

Tra i Progetti e Protocolli operativi adottati da questa Direzione Generale, si segnalano i seguenti, quali esempi di riorganizzazione della rete ospedaliera ed integrazione tra ospedale e territorio:

- Adozione del Protocollo per la gestione corrente tra Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura, parte integrante del Dipartimento di Salute Mentale, e Presidi Ospedalieri in cui questi sono collocati (Nota Prot. n.105149/1 del 27/5/2016).
- Avvio progetto sperimentale di potenziamento della risposta all'emergenza psichiatrica con attivazione della guardia attiva H24 presso SPDC dell'Ospedale "Perinei" di Altamura con

partenza dal giugno 2016; il progetto prevede l'estensione, a regime, della guardia attiva anche presso gli SPDC di Triggiano e Putignano di prossima riapertura.

Inoltre è in fase di realizzazione un protocollo d'intesa tra Servizi Psichiatrici territoriali e ospedalieri della ASL, DEA e SET 118, condiviso altresì con i Servizi del Dipartimento di Psichiatria del Policlinico e la Centrale Operativa del 118 presso il Policlinico.

- Riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali di Neuropsichiatria Infantile (Deliberazione DG n.391 del 17/03/2015 e Deliberazione DG n.1732 del 7/10/2016).
- Piano di prevenzione delle IVG: la ASL BA ha adottato un piano di contraccezione ormonale e meccanica basato sull'integrazione ospedale-territorio con offerta gratuita alle utenti appartenenti alle fasce a rischio (Deliberazione DG n. 1362 del 22/07/2015, Deliberazione DG 2036 del 25/11/2015).
- Attivazione presso il P.O. "Di Venere" di un Ambulatorio ospedaliero per la "Gravidanza a termine" per la presa in carico della gestante nell'ospedale dal territorio dopo la 37' settimana fino al momento del parto. E' prevista la estensione dell'attività presso tutti gli altri Presidi Ospedalieri della ASL nel 2016-2017.
- Istituzione di 2 ambulatori afferenti alla U.O. Medicina Fetale e Diagnosi Prenatale del P.O. "Di Venere presso i P.T.A. di Altamura e di Conversano (Deliberazione DG n.1224 del 30/06/2016) per la diagnosi, la gestione e la terapia della patologia congenita feto-neonatale, nell'ambito della tutela della salute materno-infantile e dell'attività di counselling multidisciplinare, in considerazione della vastità del territorio della ASL.
- Progetto PONTE – PDTA per il follow-up integrato ospedale-territorio del paziente dopo sindrome coronarica acuta (SCA) e/o rivascolarizzazione miocardica (Deliberazione Direttore Generale n.1487 del 5/8/2016) con dimissione dei pazienti e presa in carico degli stessi da parte dei MM.MM.GG. e dei Servizi di Cardiologia del territorio di appartenenza dei pazienti.
- Progetto "Ottimizzazione PDTA Diabete – Retina (DME) ASL Bari – Network, Progetto Diagnostico Terapeutico Assistenziale e Monitoraggio KPI" (Deliberazione DG n.1879 del 4/11/2015).
- Progetto CCM "Sviluppo di un modello gestionale che riguardi l'integrazione tra AO e territorio per la gestione della persona con cronicità in particolare da insufficienza di organo" finanziata dal Ministero della Salute. (Deliberazione DG n.2065 del 4/12/2015).

Sono state inoltre adottate le seguenti procedure finalizzate alla completa deospedalizzazione dei pazienti assistiti in A.D.I.:

- "Procedura per la medicazione di accessi venosi centrali con accesso diretto e periferico a medio e lungo termine (PICC, Tunnellizzati, Port" (Deliberazione DG n.531 dell'11/3/2015).
- "Procedura per la gestione infermieristica della sonda PEG e della gastrostomia nel paziente in ADI II e III livello (adulti/bambini)" (Deliberazione DG n.841 del 4/5/2016).
- "Procedura per la gestione infermieristica delle linee infusionali dei CVC" (Deliberazione DG n.867 del 09/05/2016).
- Recepimento della Raccomandazione Ministeriale n.17 per la Riconciliazione della Terapia Farmacologica (Deliberazione DG n.532 dell'11/3/2016).

### **3.3 Contenimento della spesa del personale entro i limiti fissati dalla normativa vigente**

Nell'ambito delle misure di contenimento della spesa pubblica, la spesa per il personale è sottoposta a vincoli e limitazioni, imposti sia dalla normativa nazionale che da disposizioni regionali.

Con riferimento alla normativa nazionale, nella Legge di Stabilità 2015 (Legge 23 dicembre 2014 n.190) all'art. 1 comma 584 sono state confermate fino all'anno 2020 le misure di contenimento di cui all'art.1 comma 565 della Legge n.296/2006 e s.m.i..

Con riferimento alla normativa regionale, con Deliberazione di Giunta Regionale del 27-10-2014 n.2243 sono stati individuati i tetti di spesa annuali (a partire dall'anno 2014) per il personale delle Aziende ed Enti del sistema sanitario regionale per il rispetto del limite di "spesa regionale" per il personale ai sensi dell'art. 2 comma 71 della Legge n.191/2009 che per la ASL BARI è stato determinato in €/mgl 400.512.

Con nota regionale prot. 1251 del 27-11-2014 a firma dei dirigenti del "Servizio Gestione accentrata finanza sanitaria regionale" è stato comunicato all'ASL BARI, ai fini della redazione del bilancio preventivo 2015 per il costo del personale, il limite dell'1,4% pari a 420 milioni di euro (al netto dei rinnovi contrattuali).

Si evidenzia che tali ultimi importi determinati dagli uffici regionali risultano comunque essere inferiori rispetto a quanto comunicato dall'ASL BARI con nota prot. n.259181/2013 in cui il suddetto limite era stato calcolato in 437 milioni di euro.

Nel corso del 2015, questa Azienda ha monitorato i costi del personale comunicando periodicamente alla regione Puglia – Assessorato alle Politiche della Salute - la relativa spesa con specifiche note prot. n.191820/2015, n.37278/2016 e n.120142/2016.

Il costo del personale al 31/12/2015 si è attestato ad un importo pari ad €/mgl 469.369 compreso oneri sociali ed IRAP (fonte Bilancio al 31/12/2015) cui vanno sommate le "altre spese" (Co.Co.Co., Prestaz. Aggiuntive, etc.) pari a €/mgl 3.911, per un totale di €/mgl 473.280 che, al netto dei rinnovi Contrattuali, risulta pari ad €/mgl 394.206 e rientra nei limiti previsti dall'art.2 della Legge n.191/2009 e definito dalla Regione Puglia con Deliberazione di Giunta Regionale n.2243/2014 per un importo pari ad €/mgl 400.512.

Pertanto, questa Azienda nel corso del 2015 si è attestata prudenzialmente al limite dell'1,4% più basso rispetto a quello comunicati dagli organismi regionali.

Con riferimento al costo del personale a tempo determinato al 31/12/2015, quest'ultimo si è attestato ad un importo al netto delle sostituzioni (gravidanze, malattie, etc.) e dei Contratti a T.D. finanziati con proventi privati, pari ad €/mgl 26.189, che rientra nei limiti previsti dall'art.9 co.8 del D.L. 78/2010 convertito nella Legge n.122/2010, pari ad €/mgl 26.206

La stima del costo del personale al 31/12/2016, comprese le "altre spese" e l'effetto delle cessazioni e delle assunzioni, è pari a €/mgl 475.000 circa che, al netto della stima dei rinnovi contrattuali, è di €/mgl 399.000 circa e rientra nei limiti della Legge n.191/2009 e della Deliberazione di Giunta Regionale n.2243/2014.

Il costo del personale a Tempo Determinato stimato al 31/12/2016 è pari a circa €/mgl 34.100 compresi oneri sociali ed IRAP, a cui a fine anno dovranno essere detratti i costi relativi alle assunzioni per sostituzioni, i Contratti a Tempo Determinato finanziati con proventi privati, ed i costi relativi alla conversione dei suddetti Contratti in Contratti a Tempo Indeterminato.

Con riferimento agli obblighi di legge sul contenimento del costo del personale a tempo determinato si precisa che, ai sensi della Legge n.208 del 28/12/2015 c.542 (così detta Legge di stabilità 2016), il vincolo può essere superato al fine di garantire il rispetto della normativa europea in materia di orario di lavoro qualora si evidenzino criticità nell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Pertanto, sulla base delle stime del costo del personale anche per l'anno 2016, la ASL BARI rispetterà i vincoli di contenimento della spesa del personale previsti dall'art. 2 comma 71 legge 191/2009.

### **3.4 Contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera e territoriale**

Si rinvia a quanto già riportato nel commento all'Obiettivo n. 9 relativo al Contratto.

### **3.5 Verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS**

Le attività di verifica dell'appropriatezza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie pubbliche e private insistenti sul territorio Aziendale, ivi compresi gli Enti Ecclesiastici e gli IRCCS, vengono effettuate dalla Struttura UVARP integrata negli uffici di staff della Direzione Generale; la stessa conta sull'operatività di 7 Dirigenti medici e personale di supporto.

La Struttura UVARP aziendale riconosce, come normativa istitutiva, il D. Lgs 229/99 art 8 octies ("le Regioni e le ASL attivano un sistema di monitoraggio e controllo sulla definizione e rispetto degli accordi contrattuali .....") e le Deliberazioni di Giunta Regionale n.1101/2009, n.1491/2010 e n.774 /2014 "Modifica ed integrazione della Delibera di Giunta Regionale n.1202 del 18/6/2014 concernente il trasferimento delle prestazioni erogate in regime di ricovero ordinario in prestazioni erogate in regime ambulatoriale " Day Service". Quest'ultima delibera testualmente recita".... *I controlli per la valutazione dell'appropriatezza relativamente ai 108 DRG ad alto rischio di inappropriata, nonché al DRG 225 da parte dell'UVARP Aziendale, devono essere effettuati nella misura del 100% dei ricoveri, sia per quelli entro soglia che per quelli oltre soglia.....*".

Nel periodo temporale analizzato (anno 2015 e 1° semestre 2016) il target operativo minimo previsto dal DM 10/12/2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" (G.U. 122 del 2010), è del 10% dei ricoveri di ogni Struttura erogante insistente nel territorio della ASL BARI.

Le attività di controllo vertono sul 100% dei ricoveri con DRG riconducibili ai 108 DRG potenzialmente inappropriati, sul 100% dei ricoveri con parto cesareo, sul 100% dei ricoveri con interventi chirurgici che comportano impianti protesici e sul 100% dei ricoveri attinenti al trattamento con Cyberknife. Inoltre viene controllato il 15% delle SDA che registrano le attività in Day Service medico e chirurgico.

Vista la presenza nell'ambito dell'ASL BARI di un corposo numero di posti letto in strutture private accreditate, l'aliquota di controllo è stata determinata nel **75%** dei ricoveri totali del privato accreditato comprensivi di tutte le tipologie summenzionate.

Complessivamente, su 120.000 ricoveri totali per anno (A.O.U Policlinico Consorziato ed IRCSS pubblici esclusi) sono stati verificati circa 35.000 ricoveri (**28%**) e, con le opportune modifiche delle SDO, sono stati effettuati i consequenziali abbattimenti tariffari e i recuperi economici.

In sintesi si evidenziano nelle tabelle di seguito riportate, i report delle attività effettuate.

#### **STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE**

Anno 2015	ricoveri ordinari	cartelle cliniche controllate	% di controlli su ricoveri ordinari
C.d.C. Santa Maria	7.287	5.321	73,0%
C.d.C. Villa Lucia	978	863	88,2%
C.d.C. Monte imperatore	723	538	74,4%
C.d.C. Anthea	4.033	2.842	70,5%
C.d.C. Casa Bianca	1.375	993	72,2%
C.d.C. Mater Dei	13.084	9.786	74,8%

**ENTI ECCLESIASTICI ed IRCCS PRIVATI**

Anno 2015	ricoveri ordinari	cartelle cliniche controllate	% di controlli su ricoveri ordinari
EE MIULLI	27.364	3.063	11,2%
IRCCS MAUGERI	712	52	7,3%

**PRESIDI OSPEDALIERI ASL**

Anno 2015	ricoveri ordinari	cartelle cliniche controllate	% di controlli su ricoveri ordinari
Ospedale della Murgia - Altamura	6.799	840	12,4%
Ospedale S.Paolo (Bari Nord)	22.549	3.338	14,8%
Ospedale di Monopoli	6.725	1.036	15,4%
Ospedale di Putignano	6.470	1.249	19,3%
Ospedale Di Venere (Bari Sud)	16.829	2.147	12,8%

**RICOVERI EX ART.56**

ANNO 2015	ricoveri ex art 56	cartelle cliniche controllate	% di controlli
EE MIULLI	349	35	10,0%
IRCCS MAUGERI	2.318	231	10,0%
C.d.C. Santa Maria	142	15	10,6%
C.d.C. Villa Lucia	296	30	10,1%
C.d.C. Monte imperatore	471	47	10,0%
C.d.C. Anthea	474	47	9,9%
C.d.C. Casa Bianca	0	0	0,0%
C.d.C. Mater Dei	806	81	10,0%

## REPORT 2015 SU % INAPPROPRIATEZZA ED ABBATTIMENTI TARIFFARI STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE ENTI ECCLESIASTICI ED IRCCS PRIVATI

*Valori espressi in Euro*

ANNO 2015	ricoveri ordinari	cartelle cliniche controllate	% di controlli su ricoveri ordinari	n° ricoveri contestati	% ricoveri contestati sul totale dei ricoveri controllati (% di inappropriatezza)	Abbattimenti tariffari
EE MIULLI	27364	3063	11,2%	255	8,3%	€ 573.473,05
IRCCS MAUGERI	712	52	7,3%	6	11,5%	€ 15.078,28
C.d.C. Santa Maria	7287	5321	73,0%	258	4,8%	€ 200.653,22
C.d.C. Villa Lucia	978	863	88,2%	120	13,9%	€ 43.467,29
C.d.C. Monte imperatore	723	538	74,4%	31	5,8%	€ 22.391,88
C.d.C. Anthea	4033	2842	70,5%	259	9,1%	€ 743.142,61
C.d.C. Casa Bianca	1375	993	72,2%	108	10,9%	€ 92.418,11
C.d.C. Mater Dei	13084	9786	74,8%	966	9,9%	€ 939.754,57
						€ 2.630.379,01

### PERCENTUALE DI INAPPROPRIATEZZA PRESIDI OSPEDALIERI ASL

ANNO 2015	N. cartelle esaminate	SDO modificate e concordate	SDO modificate e non concordate	% di in appropriatezza
Di Venere	454	60	0	13,22%
Monopoli	572	162	0	28,32%
Putignano	584	134	0	22,95%
Terlizzi	204	95	0	46,57%
Corato	264	104	0	39,39%
S. Paolo	917	218	0	23,77%
Murgia	840	118	0	14,05%
Molfetta	310	78	0	25,16%
<b>Totale</b>	<b>3305</b>	<b>851</b>	<b>0</b>	<b>25,75%</b>

Per quanto attiene al 1° semestre 2016 l' UVARP ha rispettato la stessa programmazione di lavoro dell'anno 2015 mantenendo inalterati i volumi lavorativi; pertanto le statistiche semestrali non subiscono variazioni sensibili rispetto alle precedenti semestralità.

### 3.6 Riduzione della mobilità passiva extraregionale

La ASL BARI è situata in un ambito territoriale ove insistono Strutture sanitarie pubbliche e private, che erogano LEA di media e alta intensità (A.O.U. "Policlinico-Giovanni XXIII", IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", IRCCS "De Bellis", IRCCS "S. Maugeri", E.E. "Miulli", Gruppi CBH e GVM).

Gli esiti della Mobilità Passiva extraregionale della ASL BARI devono quindi tenere conto delle politiche regionali miranti alla riduzione della stessa e riferite a tutta l'offerta assistenziale prevista sul territorio provinciale.

In tale contesto vanno valutati i dati, che di seguito si riportano, riferiti alle varie Discipline che contribuiscono a valorizzare la Mobilità Passiva extraregionale della ASL, tenuto conto comunque che il periodo di riferimento è l'anno 2013:

*Valori espressi in Euro*

Specialità Clinica	Numero Ricoveri	%	Importo Ricoveri	%
ortopedia e traumatologia (36)	2 909	23%	10 676 994.82	21%
chirurgia generale (09)	1 561	12%	6 376 563.58	13%
recupero e riabilitazione funzionale (56)	732	6%	3 867 824.80	8%
cardiologia (08)	478	4%	2 310 403.05	5%
cardiochirurgia (07)	148	1%	2 306 300.59	5%
neurochirurgia (30)	294	2%	2 151 403.63	4%
oncologia (64)	462	4%	2 025 313.09	4%
ostetricia e ginecologia (37)	927	7%	1 916 091.88	4%
medicina generale (26)	490	4%	1 431 831.70	3%
terapia intensiva (49)	90	1%	1 245 715.62	3%
ematologia (18)	132	1%	1 122 781.85	2%
urologia (43)	338	3%	1 022 095.69	2%
otorinolaringoiatria (38)	344	3%	902 156.34	2%
unità spinale (28)	30	0%	853 289.22	2%
pediatria (39)	648	5%	812 992.38	2%
neurologia (32)	298	2%	693 961.26	1%
chirurgia pediatrica (11)	129	1%	692 894.23	1%
chirurgia vascolare (14)	100	1%	592 733.87	1%
pneumologia (68)	152	1%	576 977.00	1%
chirurgia toracica (13)	73	1%	542 435.86	1%
nefrologia (abilitazione trapianto rene) (48)	67	1%	537 127.42	1%
cardiochirurgia pediatrica (06)	55	0%	489 894.47	1%
malattie infettive e tropicali (24)	144	1%	445 794.03	1%
neurochirurgia pediatrica (76)	66	1%	408 175.78	1%
gastroenterologia (58)	117	1%	404 053.93	1%
nefrologia (29)	48	0%	403 339.03	1%
neuro-riabilitazione (75)	32	0%	389 929.41	1%
oculistica (34)	243	2%	376 631.53	1%

Specialità Clinica	Numero Ricoveri	%	Importo Ricoveri	%
oncoematologia pediatrica (65)	91	1%	344 145.70	1%
malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione (19)	203	2%	304 418.18	1%
medicina nucleare (61)	91	1%	291 607.19	1%
lungodegenti (60)	56	0%	287 776.16	1%
neuropsichiatria infantile (33)	189	1%	279 492.05	1%
psichiatria (40)	117	1%	272 290.51	1%
day surgery (98)	139	1%	263 439.15	1%
chirurgia maxillo-facciale (10)	71	1%	252 957.72	1%
chirurgia plastica (12)	124	1%	237 247.63	0%
reumatologia (71)	92	1%	229 247.05	0%
unità coronarica (50)	36	0%	211 127.62	0%
geriatria (21)	52	0%	143 635.10	0%
nefrologia pediatrica (77)	45	0%	143 133.63	0%
urologia pediatrica (78)	74	1%	139 429.70	0%
radioterapia (70)	38	0%	129 567.26	0%
dermatologia (52)	50	0%	104 648.48	0%
astanteria (51)	40	0%	88 402.46	0%
terapia intensiva neonatale (73)	5	0%	68 565.91	0%
day hospital (02)	76	1%	67 479.61	0%
pensionanti (67)	23	0%	54 544.26	0%
grandi ustionati (47)	2	0%	51 216.08	0%
nido (31)	64	0%	44 526.00	0%
radioterapia oncologica (74)	9	0%	44 478.44	0%
neonatologia (62)	19	0%	42 339.23	0%
angiologia (05)	8	0%	28 107.10	0%
sconosciuta (-1)	9	0%	26 125.73	0%
odontoiatria e stomatologia (35)	7	0%	17 808.57	0%
oncoematologia (66)	2	0%	11 474.20	0%
fisiopatologia della riproduzione umana (57)	5	0%	9 486.32	0%
medicina sportiva (15)	13	0%	8 047.10	0%
radiologia (69)	5	0%	7 986.78	0%
detenuti (97)	3	0%	5 831.25	0%
allergologia (01)	5	0%	4 031.32	0%
medicina del lavoro (25)	2	0%	2 541.00	0%
<b>TOTALE</b>	<b>12 872</b>	<b>100%</b>	<b>49 792 861</b>	<b>100%</b>

La ASL BARI ha pertanto messo in atto una serie di interventi al fine di migliorare efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dell'offerta assistenziale, in grado di determinare anche ricadute positive sulla mobilità passiva. In particolare si segnalano le seguenti azioni:

- Potenziamento del P.O. della Murgia, posto al confine con la Basilicata, che ha determinato un incremento di prestazioni ed un aumento del numero di ricoveri di pazienti provenienti da altre regioni (in particolare per le specialità di Oculistica, Urologia ed Otorinolaringoiatria).

- Espletamento dei concorsi per Direttori di U.O.C. ospedaliera, anche delle branche che storicamente sono caratterizzate da una elevata mobilità passiva extraregionale, quali ad esempio:

Disciplina	N. deroghe autorizzate	N. deroghe utilizzate	N. deroghe concluse
Ginecologia e Ostetricia	5	4	3
Ortopedia	3	2	2
Urologia	2	1	1
Chirurgia Generale	4	1	1
Neurologia	1	1	1

- P.O. "Fallacara" Triggiano: avvio delle procedure di attivazione della Struttura di Riabilitazione Territoriale – Centro Risvegli con 45 posti letto. Il Centro potrà accogliere pazienti affetti da Grave Cerebrolesione Acquisita, garantendo sia accoglienza permanente che riabilitazione intensiva ed estensiva; quest'ultima potrà essere erogata sia in regime di ricovero che ambulatoriale.
- Trasferimento di alcune Unità Operative dalla ASL BARI all'IRCCS Istituto Tumori "Giovanni Paolo II", tra cui l'U.O. di Oncologia, che, insieme al trasferimento dell'UOC di Chirurgia Toracica e dell'UOC di Anatomia Patologica, contribuirà in maniera significativa a qualificare ulteriormente l'offerta sanitaria della provincia di Bari e quindi a diminuire la Mobilità Passiva extraregionale della ASL e della regione.
- Potenziamento dell'offerta sanitaria, anche attraverso una politica di acquisto di prestazioni dal Privato Accreditato - tra cui prestazioni di Cardiologia, Cardiochirurgia ed Oncologia - finalizzata alla riduzione del valore della Mobilità Passiva.

Si evidenzia che alcune specialità cliniche che registrano casi in Mobilità Passiva extraregionale, quali Cardiochirurgia, Ematologia, Unità Spinale, Chirurgia Maxillo-facciale, e tutte le subspecialità mediche e chirurgiche pediatriche, non sono presenti nelle Strutture Ospedaliere della ASL, ma sono presenti nelle altre Strutture pubbliche e private insistenti nel territorio della ASL.

La possibilità di prevedere, nella contrattazione dei tetti di spesa con le Strutture del Privato Accreditato, che le tipologie di prestazioni erogate da tali Strutture includano ed incrementino quelle oggetto di Mobilità Passiva potrebbe costituire un utile strumento di governo della stessa. Tali azioni dovrebbero essere governate da un tavolo di coordinamento regionale, al fine di migliorare l'attività sanitaria, sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale, che comporterebbe il miglioramento della matrice di Mobilità Passiva.

### **3.7 Rispetto delle disposizioni vigenti in materia di Sanità elettronica**

Si rinvia a quanto già riportato nel commento all'Obiettivo n. 7 relativo al Contratto.

### **3.8 Qualificazione dei programmi di screening ed adeguamento degli screening aziendali agli standard nazionali**

Con Deliberazione DG n.2100 del 7/11/2014 la ASL BARI si è dotata di un Piano Organizzativo Screening Aziendale, predisposto a seguito di espressa richiesta regionale; il Piano esplicita l'analisi e le linee di programmazione aziendale utili a perseguire gli obiettivi di qualificazione e di adeguamento agli standard di media nazionale, ed a quelli posti dal vigente Piano Regionale della Prevenzione, di estensione e adesione previsti per gli screening oncologici.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.2255 del 19/11/2014 la Regione Puglia ha avviato un processo di riorganizzazione sul territorio regionale per i tre programmi di screening oncologico attribuendo in modo definitivo la responsabilità dell'intera gestione dei processi in capo alle ASL e dismettendo la segreteria regionale screening.

Adempiendo alle disposizioni regionali, il Dipartimento di Prevenzione della ASL Bari, che presenta al suo interno un'Unità Operativa Semplice di Epidemiologia e Screening, ha costituito nel luglio 2015 una segreteria screening aziendale, con attivazione di un numero verde screening a disposizione della popolazione, attualmente raggiungibile da telefono fisso con il programma di abilitarlo anche alle utenze di telefonia mobile.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.630 del 5/4/2016, "Ridefinizione ed aggiornamento dei Nuclei Tecnico-Scientifici per gli Screening Oncologici a supporto della reingegnerizzazione dei Programmi Regionali di Screening delineata dalla Deliberazione di Giunta Regionale 1209/2015 (P.R.P.)", sono stati ridefiniti ed aggiornati i Nuclei Tecnico Scientifici, con funzione operativa, uno per ciascuno screening, composti dai referenti delle Unità Operative di ASL, coordinati da un Nucleo di Coordinamento Centrale Screening, con sede presso il Dipartimento di Prevenzione, composto da un delegato della Direzione Sanitaria Aziendale, nella persona del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, dai Referenti Dipartimentali per gli screening oncologici ed integrato, dai referenti clinici dei Nuclei Tecnico-Scientifici.

Il Dipartimento di Prevenzione, pertanto, ha provveduto a programmare il rapido avvio di un Centro aziendale screening realizzando le seguenti azioni:

- L'immediata informativa a tutti gli operatori delle nuove procedure determinate dal passaggio da Regione ad ASL nella gestione dei processi dei percorsi di screening cervicale e mammario – nelle more della riattivazione di quello colon rettale, integralmente gestito a livello regionale fino al maggio 2014, e sospeso per iniziativa regionale con rescissione dei contratti di fornitura di materiali e attrezzature – e individuazione della sede aziendale per la segreteria screening presso Via S. Francesco d'Assisi 10 in Bari;
- La predisposizione in emergenza della segreteria screening che ha consentito di non generare disagi alla popolazione ed assicurare la continuità d'inviti a screening, ripristinando l'attività di call center ed help desk con l'inserimento di apposito comunicato sul sito aziendale e l'attivazione di un numero verde telefonico;
- Per lo screening del carcinoma colon-rettale, nel mese di settembre 2015 si sono tenuti due incontri con la società fornitrice dei Kit per la ricerca del sangue occulto fecale e dell'attrezzatura di laboratorio per la lettura, il cui contratto era stato rescisso da Ares Puglia lo scorso 27/7/2015, acquisendo disponibilità della Società fornitrice per la ripresa del servizio a favore della ASL, risultata tuttavia impraticabile perché necessaria una nuova procedura d'appalto. La Regione Puglia ha assegnato alla ASL BT l'incarico di procedere alla gara unica regionale per l'appalto delle forniture, tuttora in corso.
- Il 16/9/2015 si è tenuto presso Federfarma di Bari un preliminare incontro che ha consentito di riscontrare una disponibilità di massima della rete farmaceutica ad assicurare la distribuzione dei Kit a fronte di un compenso da definirsi. Di seguito, il R.I.P. regionale ha

promosso incontri e intese fra i referenti screening delle ASL Pugliesi per la definizione delle migliori procedure da seguire per una ripresa dello screening colon-rettale in maniera uniforme su tutto il territorio regionale, che ha visto coinvolta anche Federfarma Puglia, ad oggi in corso;

- Ha partecipato all'aggiornamento del Sistema Informatico Screening promosso dal R.I.P. regionale e già attivo dal 25/5/2016.

#### SCREENING DEL CARCINOMA CERVICO-UTERINO

Partecipano, per lo screening del carcinoma cervico-uterino, n.39 consultori aziendali ed il laboratorio di citopatologia del P.O. "Di Venere" per il 1° livello, gli ambulatori di colposcopia dei Presidi Ospedalieri di ASL e dell'Azienda "Policlinico" per il 2° livello.

L'attività di chiamata attiva di tutta la popolazione femminile tra 25 e 64 anni prosegue in modo regolare, nelle more della conclusione della gara regionale di competenza del soggetto aggregatore, avendo dato la ASL prosecuzione contrattuale al servizio di postalizzazione, in atto, come da indicazione regionale.

La ridefinizione di aggiornati Nuclei Tecnico Scientifici per i tre screening, ratificata con la Deliberazione Direttore Generale n.630/2016 ha dato rinnovato impulso alla messa a punto delle procedure operative in atto per consentire di affrontare la nuova sfida posta per questo screening dall'imminente passaggio al test primario basato sulla ricerca di positività all'HPV per le donne dai 30 ai 64 anni, intensificando le collaborazioni già attive con il Policlinico e l'IRCCS Oncologico di Bari, da ridefinirsi con un rinnovato protocollo d'intesa.

Nell'anno 2015 la performance raggiunta è stata un'estensione al 94% della popolazione target con un'adesione al 33% (il P.R.P. prevede per l'anno 2015 un'estensione al 70% ed un'adesione al 35%);

I volumi di attività previsti per l'anno 2016 sono 117.661 inviti per anno, per una popolazione femminile, in età target 25 – 64 anni, al 1° gennaio 2016, di 352.984 individui;

I volumi di chiamata al 30/09/2016 hanno raggiunto il 79% del target previsto per l'anno corrente, con il 30% di adesione, consentendo di poter prevedere la conferma della piena estensione, e adesione attesa, per fine anno.

	2015		Al 30/09/2016	
	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.
Popolazione target			352.984	
Estensione	94%	70%	79%	80%
Adesione	33%	35%	30%	40%

#### SCREENING DEL CARCINOMA MAMMARIO

Per lo screening del carcinoma mammario, sono stati individuati con Deliberazione DG n.254/2013 n.7 centri di senologia aziendali, i cui volumi di prestazioni necessari per lo screening sono stati dettagliati con la Deliberazione DG n.2100/2014 che ha valorizzato il ruolo della "Breast Unit" aziendale istituita con Deliberazione DG n.1585/2013.

Ad oggi restano operativi n.6 centri di senologia aziendali, in attesa della programmata attivazione del settimo centro presso il Distretto unico di Bari in sostituzione del centro di Senologia del P.O. "Di Venere", attualmente inattivo per lo screening mammario.

Nell'anno 2015 la performance raggiunta è stata un'estensione al 43% della popolazione target con un'adesione al 39% (il P.R.P. prevede per l'anno 2015 un'estensione al 60% ed un'adesione al 65%).

I volumi di attività previsti per l'anno 2016 sono 86.944 inviti per anno, per una popolazione femminile, in età target 50 – 69 anni, al 1° gennaio 2016, di 173.888 individui.

I volumi di chiamata al 30/09/2016 hanno raggiunto il 18% della popolazione target, con un trend di adesione, su dati non consolidati, al 44%.

	2015		Al 30/09/2016	
	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.
Popolazione target			173.888	
Estensione	43%	60%	18%	80%
Adesione	39%	65%	44%	65%

Questa performance inferiore agli obiettivi regionali è legata a diverse cause:

- inattività del Centro Screening per due mesi nel 2015 per la sua riallocazione presso altra sede e per un mese nel 2016 per il cambio del software di screening regionale;
- periodi di fermo tecnico in tre centri per complessivi 6 mesi per aggiornamento tecnologico delle apparecchiature radiografiche.
- difficoltà del reperimento di un numero sufficiente di radiologi specializzati in Senologia, che possano assicurare un monte ore necessario a soddisfare la doppia lettura degli esami mammografici che corrispondono in media al 60% delle chiamate effettuate.

Per migliorare la performance, la ASL BA sta mettendo in atto diverse azioni correttive.

Si è innanzitutto effettuata un'attività di aggiornamento tecnologico, nelle more della sostituzione di tali apparecchiature ormai datate.

Per sopperire alle attuali carenze di personale medico e per assicurare corrette tempistiche di lettura mammografica, nelle more della gara regionale per acquisto di RIS-PACS, si sono attivate, a cura dei Dipartimenti di Prevenzione e di Radiodiagnostica, le procedure per l'acquisizione di un sistema RIS-PACS, che possa permettere sia l'archiviazione centralizzata che le seconde letture da remoto, in teleradiologia, delle mammografie di screening eseguite in tutta la rete delle senologie aziendali.

Il nuovo software regionale, attivato sia per lo screening che per la clinica senologica, potrebbe migliorare la performance complessiva se ne fosse implementato l'utilizzo sistematico per tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private accreditate che insistono nel territorio della ASL, fornendo istruzioni operative al CUP al fine di perseguire l'allineamento della chiamata attiva con le prestazioni di senologia prenotate, affinché siano evitate inappropriatezze prescrittive.

#### SCREENING DEL CARCINOMA COLON RETTALE

Lo screening del carcinoma del colon-retto, fino al maggio 2014 era integralmente gestito a livello regionale. Da quella data è stato sospeso su iniziativa regionale con rescissione dei contratti di fornitura di materiali ed attrezzature. Lo screening sarà riattivato secondo le procedure che saranno definite d'intesa con le altre ASL della Regione e con la collaborazione dell'A.O.U. Policlinico Consorziato di Bari e dell'IRCCS "De Bellis", che già avevano

assicurato la loro partecipazione nel periodo 2012 – 2014 e con i quali si intende riattivare una stretta collaborazione per l'adozione di procedure operative uniformi per una ripresa dello screening colon-rettale in maniera omogenea su tutto il territorio regionale.

	2015		Al 30/092016	
	ASL BA	P.R.P.	ASL BA	P.R.P.
Popolazione target			335.435	
Estensione	////		////	65%
Adesione	////		////	30%

I volumi di attività teoricamente previsti per l'anno 2016 sono: 167.717 inviti per anno, per una popolazione, di entrambi i sessi, in età target 50 – 69 anni, al 1° gennaio 2016, di 335.435 individui.

### **3.9 Attuazione Piano Regionale dei Controlli in materia di sicurezza alimentare e sanità veterinaria**

Nelle more della predisposizione e successiva adozione del Piano Regionale dei Controlli Ufficiali (PRC) in materia di sicurezza alimentare per gli anni 2015-2018, è stato recepito dalla Regione Puglia con Deliberazione di Giunta Regionale n.47/2015 il Piano Nazionale Integrato 2015-2018, prevedendo, tra l'altro, che:

- "... sino alla predisposizione del nuovo Piano Regionale Integrato dei controlli ufficiali 2015-2018, i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. dovranno continuare ad attenersi ai criteri, indirizzi operativi e obiettivi di cui alla Deliberazione di Giunta Regionale 928/2013 e s.m.i., salvo modifiche od integrazioni di cui a specifici piani e programmi regionali per l'anno 2015, predisposti dal Servizio Programmazione Assistenza Territoriale e Prevenzione (PATP)".

Ritenuto, comunque, di dover fornire alle AA.SS.LL. opportune indicazioni in ordine alle modalità con cui devono essere programmati ed eseguiti i controlli ufficiali sul territorio regionale, per l'anno 2015, il Servizio PATP con Determina Dirigenziale n.220 del 16.06.2015 SPATP ad oggetto "Programmazione regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare. Integrazione per l'anno 2015", ha approvato i seguenti Piani:

- Programma per i controlli sull'immissione in commercio e l'utilizzazione dei prodotti fitosanitari
- Programma per i controlli sui residui fitosanitari in alimenti di origine vegetale;
- Piano Regionale di controllo ufficiale sugli alimenti e i loro ingredienti trattati con radiazioni ionizzanti;
- Piano Regionale dei controlli ufficiali sugli additivi alimentari tal quali e nei prodotti alimentari;
- Piano Regionale dei controlli ufficiali nell'ambito della produzione di latte crudo destinato al consumo umano;
- Piano di controllo delle anagrafi zootecniche.

Inoltre, ha determinato:

- "di dare mandato ai Direttori Generali delle AASSLL di disporre circa la puntuale attuazione della citata programmazione per l'anno 2015, atteso che l'ottemperanza alla

*stessa costituisce obbligo rientrante nelle prestazioni previste dai LEA, nonché specifico indicatore di risultato per gli obiettivi annuali assegnati ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL”:*

- *“di dare mandato ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL di inserire nei Piani Locali di Controllo ufficiale per l'anno 2015 anche gli obiettivi, le azioni e gli interventi relativi alla presente programmazione Regionale”.*

Ai sensi della Deliberazione Direttore Generale n.1604 del 07.09.2015 con oggetto *"Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PRC). Adozione del Piano Locale per l'anno 2015"*, Il Dipartimento di Prevenzione ASL Bari ha informato le proprie attività istituzionali anche ai fini del raggiungimento degli obiettivi strategici, per la quota parte di spettanza, indicati nel capitolo 2 dell'Allegato A alla Deliberazione di Giunta Regionale 928/2013 e ss.mm.ii. ovvero:

- 2.1 Consolidamento e rafforzamento dei controlli nei principali settori produttivi regionali
- 2.2 Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali
- 2.3 Anagrafe imprese alimentari
- 2.4 Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali
- 2.5 Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale nel settore degli alimenti
- 2.6 Programmazione e attuazione di un sistema di audit
- 2.7 Miglioramento della gestione dei casi di allerta alimentare
- 2.8 Ottimizzazione dei flussi informativi
- 2.9 Tavolo Regionale di monitoraggio del piano

In particolare è stata garantita:

- la pianificazione, la programmazione e l'esecuzione a livello locale dei controlli ufficiali sugli OSA sulla base degli indirizzi regionali;
- l'elaborazione delle rendicontazioni previste;
- l'adozione di misure appropriate alla luce dei risultati degli audit art. 4 (6) e dei controlli ufficiali e di ogni altro elemento ritenuto utile al miglioramento del sistema di produzione e controllo.

In ordine al punto 2.2 dell'Allegato A (Miglioramento della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza e dell'uniformità dei controlli ufficiali), con nota prot. n.68795/UOR9/Direz del 07.04.2015 la Direzione strategica e la Direzione del Dipartimento di Prevenzione della ASL Bari, hanno trasmesso al Servizio PATP specifica procedura per la *"Verifica dell'efficacia dei Controlli Ufficiali (ex art.8 (3)del Reg. CE 882/04)"*, utilizzata per il Piano Locale dei Controlli Ufficiali, come approvata e notificata alle UU.OO.CC. dipartimentali; tanto, anche per garantire il potenziamento delle attività che prediligano il carattere della multidisciplinarietà e della multiprofessionalità tra i Servizi dipartimentali. L'approccio operativo caratterizzato dall'analisi di lavoro per metodiche trasversali, cui devono contribuire e per la quale essere coinvolte tutte le figure professionali dei Servizi dipartimentali interessati, ha costituito condizione indifferibile ed indispensabile nella produzione di servizi che si debbano qualificare per efficienza, efficacia, uniformità ed appropriatezza.

La realizzazione dell'Anagrafe imprese alimentari di cui al punto 2.3, nei termini fissati dalla Deliberazione di Giunta Regionale n.928/2013, è stata implementata grazie all'acquisto (rif. Deliberazione DG n.2297/2014 ad oggetto "*Acquisto servizi elaborativi di accesso ai dati del registro Imprese e del Registro Protesti InfoCamere. Autorizzazione*") di una base dati Registro Imprese, con aggiornamento trimestrale, fornita da InfoCamere, società consortile di informatica delle Camere di Commercio Italiane, comprensiva per ogni singola impresa, soggetta a controllo dei Servizi dipartimentali delle seguenti informazioni:

- tipo di localizzazione (sede o unità locale)
- stato (attiva, inattiva, sospesa, in liquidazione, in fallimento e cessate nell'arco degli ultimi 5 anni)
- dati anagrafici
- indirizzo
- attività economica
- capitale sociale
- data iscrizione
- addetti
- natura giuridica dell'impresa
- legale rappresentante con tipologia di carica, indirizzo di residenza
- PEC

Con nota prot. n.66062/UOR9/Direz dell'1/4/2015 la Direzione del Dipartimento di Prevenzione ha trasmesso, a tutte le UUOCC dipartimentali, gli elenchi delle imprese attive nell'area territoriale di riferimento.

In ordine al punto 2.4 (Realizzazione di una adeguata attività di formazione del personale addetto ai controlli ufficiali), la Direzione del Dipartimento di Prevenzione giusta nota prot. n.97626/UOR9/Direz del 19/5/2015, ha trasmesso le schede obiettivi di budget 2015, approvate nell'ambito del Comitato di Direzione, alla UOC Controllo di Gestione aziendale, realizzando come macrostruttura un corso di formazione per auditor per il personale del SIAV A (3 vet, 3 tdp), del SIAV B (9 vet, 9 tdp), del SIAV C (9 vet, 6 tdp) e del SIAN (9 med, 9 tdp), nella convinzione che il carattere della multiprofessionalità debba essere sempre salvaguardato quale risorsa e valore aggiunto anche per le attività d'istituto dipartimentali.

Nel rispetto delle prerogative che le norme cogenti assegnano alla cosiddetta Autorità Competente, si ritiene che il Coordinamento con altri Enti ed Organi che effettuano attività di controllo ufficiale nel settore degli alimenti sia stato essenzialmente salvaguardato e garantito attraverso il rispetto del principio di unitarietà della Direzione del Dipartimento di Prevenzione, in quanto essa "*rappresenta il Dipartimento nei rapporti con il Direttore generale e gli Organismi ed Enti esterni*", giusto quanto disposto al punto i), dell'art. 2 del R.R. n.13/2009 e ss.mm.ii.

Al fine di garantire una corretta programmazione ed esecuzione delle attività riferibili al controllo ufficiale, nonché efficaci forme di coordinamento e cooperazione, la Direzione del Dipartimento si è avvalsa del Comitato di Direzione, ovvero dei Coordinatori delle UU.OO.CC. investite e preposte istituzionalmente per il controllo ufficiale, nell'ambito delle rispettive competenze.

Le attività mirate al raggiungimento degli obiettivi di Programmazione e attuazione di un sistema di audit sono state demandate ai Coordinatori delle singole UU.OO.CC. coinvolte e garantite dalla pianificazione delle attività di cui al presente Piano Locale Controlli Ufficiali.

Con riferimento al Miglioramento della gestione dei casi di allerta alimentare, su proposta della Direzione del Dipartimento di Prevenzione, la ASL Bari giusta deliberazione Direttore Generale n.1796/2014 si è dotata di propria Unità di Crisi locale in attuazione del Piano di emergenza per la sicurezza alimentare e sanità animale, quale previsione della Deliberazione di Giunta Regionale n.634/2009. Con successiva deliberazione Direttore Generale n.296/2015, in ragione del mutato assetto della Direzione strategica aziendale, si è provveduto all'aggiornamento dei componenti della suddetta Unità di Crisi.

La gestione e l'ottimizzazione dei flussi informativi è attività legata agli obiettivi di budget come assegnati dalla Direzione del Dipartimento di Prevenzione ai singoli Servizi dipartimentali, e quindi, anche per le UU.OO.CC. coinvolte nel Controllo Ufficiale; si tratta quindi di attività istituzionali sul cui raggiungimento del target prefissato vengono misurate le performance di struttura.

Gli obiettivi delle precipue attività di cui al Piano Locale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare per l'anno 2015, come dettagliate nelle sezioni dei SIAN, del SIAV Area A, del SIAV Area B e del SIAV Area C, sono stati essenzialmente conseguiti.

Per l'anno 2016 ritenuto, comunque, di dover fornire alle AA.SS.LL. opportune indicazioni in ordine alle modalità con cui devono essere programmati ed eseguiti i controlli ufficiali sul territorio regionale, il Dirigente della Sezione PATP con Determina Dirigenziale n.415 del 04.07.2016 SPATP ad oggetto "*Programmazione regionale dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare. Integrazione per l'anno 2016*", ha approvato i seguenti Piani:

- Programma regionale dei controlli ufficiali sull'immissione in commercio e l'utilizzazione dei prodotti fitosanitari - anno 2016;
- Programma regionale per i controlli sui residui fitosanitari in alimenti di origine vegetale - anno 2016;
- Programma coordinato comunitario sui residui di fitosanitari su prodotti di origine vegetale - anno 2016;
- Piano regionale di controllo ufficiale delle micotossine negli alimenti 2016-2018;
- Programma dei controlli in materia di sale iodato.

Inoltre, ha determinato:

- "*di dare mandato ai Direttori Generali delle AASSLL di disporre circa la puntuale attuazione della citata programmazione per l'anno 2016, atteso che l'ottemperanza alla stessa costituisce obbligo rientrante nelle prestazioni previste dai LEA, nonché specifico indicatore di risultato per gli obiettivi annuali assegnati ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL*";
- "*di dare mandato ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione delle AASSLL di inserire nei Piani Locali di Controllo ufficiale per l'anno 2016 anche gli obiettivi, le azioni e gli interventi relativi alla presente programmazione Regionale*".

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione ha predisposto il "*Piano Regionale dei Controlli Ufficiali in materia di sicurezza alimentare (PRC) Adozione del Piano Locale per l'anno 2016*", recepito con deliberazione Direttore Generale n.1727 del 05/10/2016.

#### 4) CONCLUSIONI

In conclusione, e nell'attesa della definitivamente approvazione del Piano di riordino della rete ospedaliera che consentirà di definire un nuovo quadro organizzativo ed operativo anche con riferimento all'assistenza territoriale, di seguito si evidenziano in sintesi i principali obiettivi che ci si prefigge di raggiungere nel corso dell'incarico:

- Definizione della nuova dotazione organica in conseguenza della adozione del piano di riordino della rete ospedaliera, sulla base delle indicazioni regionali,
- Adozione di politiche volte al miglioramento del clima aziendale,
- Definizione del nuovo Atto Aziendale,
- Revisione dell'organizzazione dipartimentale,
- Progetti di adeguamento delle Strutture Ospedaliere e Territoriali,
- Espletamento mobilità e concorsi in diverse discipline,
- Espletamento delle gare per contratti scaduti,
- Razionalizzazione della rete dei laboratori di analisi,
- Potenziamento delle procedure destinate alla sicurezza sui luoghi di lavoro,
- Potenziamento delle procedure per la sicurezza dei pazienti in ambito di rischio clinico,
- Potenziamento delle attività di Prevenzione primaria e secondaria.

Con riferimento ai progetti di adeguamento delle Strutture Ospedaliere e Territoriali, di seguito si sintetizzano i principali interventi che si ritiene siano necessari e programmabili da finanziare con fondi finalizzati (presidi ospedalieri) e con fondi FESR (strutture territoriali).

#### STRUTTURE OSPEDALIERE

P.O. "Di Venere"	Stroke Unit, Pneumologia con Terapia Intensiva, Chirurgia Generale, Urologia, SPDC, Malattie infettive, ORL, Ambulatorio Oculistica
P.O. "San Paolo"	Pneumologia con Terapia Intensiva, Chirurgia Generale, Chirurgia Senologica (Breast Unit), Ortopedia, Piastra Ambulatoriale di Area Internistica <i>In attesa di Finanziamento:</i> Sala di Emodinamica, Sale Operatorie, Rianimazione
P.O. della Murgia	Stroke Unit, Sala di Emodinamica, Servizio Trasfusionale, Nuovo accesso dell'Ospedale, Accesso coperto per i pazienti dializzati, Copertura area parcheggio ambulanze
P.O. "San Giacomo" - Monopoli	Pediatria - Nido, Blocco parto con Sala Operatoria, Pronto Soccorso, Radiologia e installazione RMN
P.O. Corato, Terlizzi e Putignano	Sale Operatorie Corato, Adeguamenti strutturali Reparti di Degenza

Proseguirà l'impegno finalizzato all'avvio della procedura di gara per la costruzione del nuovo Ospedale Monopoli-Fasano.

**STRUTTURE TERRITORIALI**

DSS 1	Firmato Accordo di Programma con il Comune di Giovinazzo per la sede della Casa della Salute
DSS 2	Riconversione P.O. di Terlizzi
DSS 3	PTA Bitonto - Completamento adeguamento Sale Operatorie - Completamento adeguamento ambienti da dedicare alle attività del Day Service polispecialistico chirurgico - Completamento adeguamento locali da assegnare alla riabilitazione - Completamento adeguamento locali per centro prelievi e centro TAO
DSS 4	Completamento della riconversione degli ex Ospedali di Altamura e Gravina in P.T.A. Realizzazione di una R.S.A. nel Comune di Poggiorsini (28 posti) Ristrutturazione palazzina di Piazza De Napoli nel Comune di Altamura per la sede del Dipartimento di Prevenzione
DSS 5	Realizzazione di una R.S.A. nel Comune di Sannicandro (54 posti)
Distretto Unico di Bari	Sede Via Crisanzio: allocazione di Consultorio, Postazione 118 e Centro GIPPSI (Gestione Interdisciplinare Prevenzione Psicosi) del Dipartimento di Salute Mentale Ristrutturazione della sede del Centro NPIA di Bari presso Centro "Colli - Grisoni" in Via Cotugno
DSS 9	Programmare costruzione di una nuova sede del distretto su terreni di proprietà Sedi indipendenti Neuropsichiatria infantile e Riabilitazione
DSS 10	Avvio lavori per l'attivazione del Centro Risvegli presso Triggiano Programmazione nuova sede distrettuale su terreno di proprietà contiguo a Stabilimento Ospedaliero "Fallacara" dove ospitare anche il Centro di Salute Mentale e Igiene Pubblica e conseguente dismissione di fitti
DSS 11	Rifunzionalizzazione dell'R.S.A. del Comune di Noicattaro (48 posti) con allocazione all'interno di Guardia Medica, Direzione del Dipartimento 118, postazione del 118 e Centro Formazione del 118
DSS 12	PTA Conversano: - Completamento lavori Servizio di Radiologia con installazione RMN - Completamento ed attivazione Sale Operatorie
DSS 13	Completamento riconversione dell'ex Ospedale di Gioia del Colle in P.T.A.
DSS 14	Completamento ed attivazione Poliambulatorio Castellana Grotte (ex P.O. "De Bellis")

Proseguirà l'impegno profuso nello svolgimento delle procedure di reclutamento del personale nel rispetto dei vincoli organizzativi ed economici vigenti.

Con riferimento alla spesa farmaceutica, è obiettivo prioritario proseguire nelle azioni di controllo della spesa, attraverso la rimodulazione delle metodologie di governance del dipartimento di riferimento. A tal fine si evidenziano alcune azioni avviate ad oggi.

- È stato avviato un progetto di revisione logistica delle strutture farmaceutiche che potrà anche prevedere l'accorpamento fisico tra farmacie ospedaliere e farmacie territoriali;
- È in corso di completamento il concorso pubblico per Dirigenti Farmacisti Territoriali;
- È in via di definizione il capitolato tecnico ed il disciplinare di gara regionale per i "Farmaci non Unici";
- È in fase di definizione la riorganizzazione delle U.M.A.C.A., tenuto conto che il Piano di Riordino della rete ospedaliera ha rideterminato la distribuzione delle unità operative di Oncologia esistenti sul territorio della ASL BARI;
- È in fase di avvio la costituzione di un tavolo tecnico di lavoro permanente, costituito da diversi profili professionali (dirigenti farmacisti, analisti ed amministrativi) finalizzato:
  - o ad individuare misure di razionalizzazione e riduzione della spesa farmaceutica in

- particolar modo su categorie di medicinali ad alto costo a maggior rischio di inappropriata prescrizione;
  - ad attuare possibili azioni correttive da mettere in campo a garanzia del rispetto dei criteri di sicurezza ed economicità;
  - a potenziare la distribuzione diretta del primo ciclo di terapia ai pazienti in dimissione ospedaliera (Legge n.405/2001).
- È in fase di avvio il processo di trasferimento dell'Ufficio PHT (tecnostuttura competente in materia di dispensazione farmaci con modalità DPC) dall' A.Re.S Puglia alla ASL BARI, come previsto dalla Deliberazione n.1109 del 19/7/2016 con la quale la Regione Puglia ha trasferito le competenze in materia di gestione della DPC su scala regionale dei farmaci PHT di cui alle Deliberazioni di Giunta Regionale n.2973/2010 e n.1529/2014.

Con riferimento alle procedure di gara, centralizzate e non, è in corso di adozione un modello organizzativo-amministrativo che consentirà di controllare la "vita utile" delle procedure di gara, al fine di ridurre nel tempo il numero delle procedure cosiddette "in proroga".

La revisione organizzativa della rete dei laboratori di analisi, è in fase conclusiva uno studio tecnico-organizzativo che consentirà di fornire un contributo di razionalizzazione strutturale ed operativo al tavolo tecnico che la Regione Puglia intende adottare per rivedere l'organizzazione della rete regionale, anche alla luce delle indicazioni contenute nel DM 70/2015.

Da pochi mesi, con Deliberazione DG n. 922/2016, è stato avviato un progetto di revisione sistematica dello stato di sicurezza sui luoghi di lavoro, affidato mediante adesione a convenzione Consip. In particolare, la prima fase avviata prevede la definizione del Piano delle competenze e delle responsabilità che l'Azienda dovrà adottare, al fine di realizzare un modello organizzativo chiaro e volto a distribuire compiti e responsabilità mediante procedure chiare e condivise. Ulteriore e fondamentale punto di forza del progetto è la costituzione di gruppi di lavoro "misti" ai quali partecipa personale ASL BARI che alla fine del progetto avrà maturato una esperienza che consentirà di procedere in autonomia nel futuro.

In conclusione, questa Azienda Sanitaria con la pubblicazione della Relazione dei 18 mesi di attività del Direttore Generale conferma [nei fatti] una trasparenza intesa come "accessibilità totale" alle informazioni relative all'attività e all'organizzazione della ASL di Bari allo scopo di favorire forme diffuse di controllo relativamente allo svolgimento delle funzioni pubbliche e all'utilizzo delle risorse economiche.



## *Azienda Sanitaria della Provincia di Bari*

### **SEZIONE 4<sup>^</sup>**

# **Analisi del Contesto Esterno**

Gennaio 2017

---

RPCT Dirigente Responsabile: Avv. Luigi Fruscio

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'rea 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**

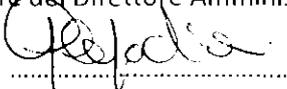
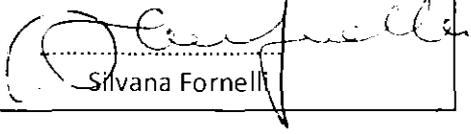
Sono state molteplici le ispezioni del Nas Carabinieri di Bari con vari sequestri di alimenti, farmaci, giocattoli e articoli vari. E' stata sospesa anche l'attività di alcune strutture: studi medici (di cui uno sottoposto a sequestro penale), centri massaggi, strutture socio assistenziali, ristoranti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

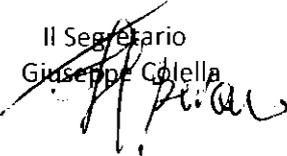
### **CONTROLLI DELLA GUARDIA DI FINANZA**

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.

Parere del Direttore Amministrativo  ..... Gianluca Capochiani	Parere del Direttore Sanitario  ..... Silvana Fornelli
--	---

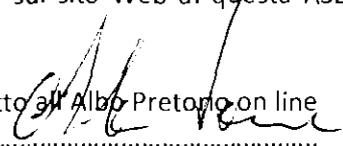
Il Segretario  
 Giuseppe Colella  


Il Direttore Generale  
 Vito Montanaro  


<b>Area Gestione Risorse Finanziarie</b> <b>Esercizio 2017</b>	
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**

Pubblicazione n. 12 .....

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data  
- 3 FEB. 2017  
 .....  
- 3 FEB. 2017  
 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.