



Agenzia  
Regionale  
per la Salute  
ed il Sociale  
**Puglia**

Allegato **unico** alla Deliberazione del C.S. A.Re.S.S. Puglia  
n. **89** del giorno **21/12/2017**  
*firmato*  
Il Segretario dell'Organo deliberante

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE  
dell'AGENZIA REGIONALE per  
la SALUTE ed il SOCIALE della PUGLIA  
2016-2018**

**(AGGIORNAMENTO 2017)**

“[...] l’interesse pubblico che presiede alla organizzazione non può non essere, sempre e necessariamente, che l’interesse generale.

Interesse che non è affatto una scatola vuota, ma è *l’interesse della collettività al controllo sull’amministrazione* che si realizza attraverso il principio rappresentativo democratico e delle forme della legalità. Interesse *esterno* dunque, *oggettivato nell’ordinamento*, e non interesse soggettivo, proprio della pubblica amministrazione.”

A. Orsi Battaglini

**Commissario Straordinario ARESS Puglia:**

**Dott. Giovanni GORGONI**

**Dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa:**

**Avv. Caterina Navach**

#### **RUOLI DELLA PREVENZIONE IN AGENZIA REGIONALE SANITARIA DELLA PUGLIA**

**Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza: Dott.ssa Lucia Bisceglia**

**Responsabile dell’Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione: Dott. Francesco Squillace**

**Responsabile dell’Ufficio Comunicazione e Trasparenza: Dott.ssa Romana G. Piscitelli**

## SOMMARIO

1.	PREMESSA.....	1
1.1.	Obiettivi generali e specifici.....	3
2.	Organizzazione e funzioni.....	6
2.1.	Gli Attori della tutela della legalità e dell'integrità dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia .....	11
3.	Identificazione del rischio corruttivo in A.Re.S Puglia. Metodi.....	17
3.1.	Analisi preliminare del contesto interno: fase della comprensione del rischio.....	17
3.2.	Azioni e strumenti di analisi.....	20
3.3.	Analisi del rischio: fase della determinazione del livello di rischio.....	21
3.4.	Analisi dell'impatto degli eventi di corruzione: la magnitudo.....	24
4.	Sintetizzare il rischio corruttivo in A.Re.S. Puglia. ....	27
4.1.	La matrice del rischio.....	28
5.	Sinergie con il Ciclo della Performance e con il Piano per la Trasparenza.....	33
5.1.	Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'A.Re.S. Puglia per il triennio 2017-2019 .....	34
6.	Il sistema delle misure e delle azioni trasversali alla tutela dell'integrità .....	35
6.1.	La formazione e diffusione di buone pratiche e valori. ....	35
6.2.	La tutela del whistleblowing ed il raccordo con il "Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le Discriminazioni" (CUG).....	37
6.3.	Conflitto di interesse .....	42
6.4.	Indirizzi per l'attribuzione degli incarichi extra-istituzionali e per la gestione di incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi (pantouflage) .....	43
6.5.	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving doors).....	46
6.6.	Patti di integrità .....	47
6.7.	Rotazione del personale .....	48
6.8.	Aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo .....	52
6.9.	Monitoraggio dei tempi procedurali.....	52
7.	Le Aree ed i rischi specifici dell'A.Re.S. Puglia ancora vigenti nella neo-istituita A.Re.S.S. ....	54
7.1.	Aree di rischio "canonico" e relativi "cataloghi dei rischi di tipo micro" .....	56
7.2.	Catalogo dei processi complessi e delle strutture esposte al rischio corruzione per Macro-Area di rischio – All. A .....	63
8.	REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI MICRO PROCESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE DI AGENZIA – All. C ( <i>micro</i> ) .....	79
9.	REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI PROCESSI COMPLESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI AGENZIA – All. C ( <i>macro</i> ).....	82
10.	Ponderazione del Rischio e Piano di Trattamento della <i>maladministration</i> /rischio di corruzione dell'A.Re.S. Puglia – All. E.....	84
11.	Allegati (modelli A.Re.S.) .....	89
12.	Allegati (documenti) .....	92
13.	Bibliografia minima e Note .....	94

## 1. PREMESSA

La legge 6 novembre 2012, n. 190 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione*” (c.d. legge anticorruzione) prevede una serie di misure finalizzate a contrastare il verificarsi di fenomeni corruttivi nelle Amministrazioni Pubbliche.

La nozione di corruzione rilevante ai fini dell’applicazione della Legge ha una connotazione più ampia rispetto a quella penalistica e comprende, oltre ai delitti contro la Pubblica Amministrazione, di cui al Titolo II, Capo I del Codice Penale, le varie 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.

In sede di prima applicazione della legge n. 190 del 2012, con il compito di elaborare il Piano triennale di prevenzione della corruzione, l’Agenzia Regionale Sanitaria della Regione Puglia ha individuato, con Deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 7/02/2014, il Dirigente della Struttura Complessa Integrazione Ospedale Territorio e Integrazione Socio-Sanitaria, Dott. Vito Piazzolla, quale Responsabile della Prevenzione della Corruzione.

Con successiva Deliberazione del Direttore Generale dell’A.Re.S. n. 76 del 7/07/2014 è stato quindi adottato il Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014-2016 dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia.

Sulla scorta del nuovo assetto organizzativo dei servizi amministrativi implementato con la deliberazione DG n. 122 del 05/12/2014 è stato istituito l’Ufficio “Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione” nell’ambito del Settore “Prevenzione e Trasparenza”, attualmente diretto dall’Avv. Caterina Navach, Dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa dell’A.Re.S. Puglia. Con Disposizione di servizio n. 163 del 20/01/2015, quindi, la responsabilità dell’Ufficio è stata attribuita al Dott. Francesco Squillace.

Il Direttore Generale dell’A.Re.S. ha quindi accolto la nuova procedura di *risk assessment* in tema di anticorruzione proposta dal competente Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione il 25/03/15 ed il 04/05/15, e, con essa, ulteriori iniziative volte ad affermare la centralità culturale ed etica dell’Agenzia su questi temi. Con il presente Piano, ad ogni buon fine, se ne ripropongono gli aspetti metodologici e tecnici.

Sulla scorta dei significativi mutamenti organizzativi impressi alle attività dell’A.Re.S. con la citata deliberazione n. 122/14, l’allora Direttore Generale dell’Agenzia, Dott. Ettore Attolini ha rilevato l’opportunità di procedere con le attività relative alla redazione *ex novo* del Piano Triennale, piuttosto che al suo aggiornamento, al fine sia di renderlo più aderente alle nuove peculiarità organizzative e funzionali dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, sia di attualizzarne i contenuti e gli strumenti.

Il PTPC 2015-2017 è stato quindi adottato con Deliberazione di DG A.Re.S. n. 139/2015 e così, con DG n. 7/2016, è seguita l’adozione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione – P.T.P.C – 2016-2018 e del corrispondente Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità P.T.T.I.



L'aggiornamento del presente Piano 2016-2018 da prassi è annuale. Come da esplicita previsione, esso sarà oggetto di revisione all'atto dell'implementazione del nuovo *"Modello Ambidestro per l'Innovazione della macchina Amministrativa regionale - MAIA"* (Decreto del Presidente della Giunta Regionale 31 luglio 2015, n. 443 – B.U.R.P. n. 109 del 03/08/2015) nella misura in cui esso coinvolge le Agenzia regionali identificate come strategiche ovvero appena pronte le risultanze della *"analisi empirica comprendente"* del *contesto esterno*; il riassetto sarà necessario anche a seguito dell'approvazione dei decreti attuativi della Legge delega n. 124/2015, di riforma della P.A. e al fine di recepire tutte le novità di cui alla Determinazione A.N.A.C n. 831 del 3 agosto 2016, recante *"Determinazione di approvazione definitiva del PNA 2016"*, già in buona parte compendiate nel presente documento.

Considerato che a far data dal giorno 1° ottobre 2016, l'unico dirigente amministrativo dell'Agenzia, nonché Responsabile della Prevenzione della Corruzione (D.DG n. 101/2015) e Responsabile della Trasparenza (D.DG n. 9/2015), ha preso servizio in comando presso l'ASL di Bari – nel corso dello svolgimento del processo di riassetto istituzionale che la riguarda – l'Amministrazione, con la deliberazione n. 69 del 29/11/2016, ha assegnato fino al 31/12/2016 il ruolo di Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità alla Dottoressa Romana Piscitelli e quello di Responsabile della Prevenzione della Corruzione alla Dottoressa Letizia Veronico.

Con deliberazione n. 84 del 28 aprile 2017, il ruolo unificato di *"Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza"* dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, ai sensi dell'art. 1, c. 7, della L. 190/2012 e ss.mm.ii., è stato attribuito alla Dott.ssa Lucia Bisceglia, dirigente medico a tempo pieno ed indeterminato, attualmente con incarico di dirigente del Servizio *"Analisi Domanda e Offerta di Salute e Sistemi Informativi"*; in forza della stessa deliberazione, la Dottoressa Bisceglia riveste il ruolo di responsabile *"Responsabile di accessibilità"* ai sensi della circolare dell'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) n.1/2016 recante *"Aggiornamento della Circolare AgID n. 61/2013 del 29 marzo 2013 in tema di accessibilità dei siti web e servizi informatici. Obblighi delle pubbliche amministrazioni"*.

Quindi, su proposta del Dirigente del preposto Settore Trasparenza ed Anticorruzione, il Commissario Straordinario dell'A.Re.S. ha approvato, con deliberazione n. 85 del 02 maggio 2017, le Sezioni relative alla trasparenza ed alle Interazioni con il ciclo della Performance quale anticipazione e stralcio delle corrispondenti Parti del PTPC che, pertanto, **nel presente Documento vengono integralmente richiamate e ricomprese andando a costituire, quale parte integrante e sostanziale le apposite sezioni del Piano.**

Attualmente, il livello di aggiornamento del PTPC in Agenzia risente necessariamente della fase di re-building istituzionale dell'Ente. L'A.Re.S. Puglia, infatti, per effetto della Delibera di Giunta Regionale n. 1158 del 31 luglio 2015, recante approvazione del modello organizzativo denominato *"Modello ambidestro per l'innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta organizzazione"*, attualmente – e sin dal giorno 04/03/2016 – versa in fase di commissariamento straordinario finalizzato alla soppressione dell'A.Re.S. Puglia - Agenzia Regionale Sanitaria ed all'istituzione, in sua vece, della *"Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale - A.Re.S.S."* della Puglia.

Ciò nonostante le prassi impostate spandono tuttora significativa efficacia, anche a fronte del potenzialmente alto livello di impatto dei rischi già mappati (zero eventi di corruzione e di *maladministration* censiti nel corso del 2016 e fino al giorno in cui si scrive).

Inoltre, un innovativo approccio metodologico "per processi complessi" - adottato per la procedura di censimento, analisi e ponderazione dei rischi che è stata incardinata con le scorse edizioni del Piano - ha consentito lo svelamento e la migliore comprensione anche degli ambiti di rischio meno scontati o visibili; ciò ha contribuito particolarmente a trasmettere una particolare consapevolezza operativa ed organizzativa a tutti gli Attori che continuano ad animare il funzionamento dell'Agenzia in questa complicata fase di transizione, nonché maggior forza e capacità di controllo al ruolo di RPC aziendale ed al **nuovo Commissario Straordinario, Dott. Giovanni Gorgoni** (che attualmente, dal 30/11/2016, svolge pienamente il ruolo che abitualmente compete al Direttore Generale dell'A.Re.S. Puglia), soprattutto con riferimento alle concrete dinamiche organizzative e dei processi più complessi ed istituzionalmente rilevanti.

Pertanto, la complessità della metamorfosi istituzionale e funzionale ipotizzate per la nuova *Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale* (A.Re.S.S.) dalla Giunta Regionale della Puglia, a tutt'oggi in fase di concreta declinazione organizzativa, ha reso funzionalmente inopportuno l'aggiornamento del Piano Anticorruzione della soppressa A.Re.S. ma di certa utilità, seppur transeunte, il presente.

Il coinvolgimento degli stakeholder interni – sindacati e dipendenti – sarà assicurato a mezzo dell'invio del presente documento ai Dirigenti e ai Dipendenti dell'Ente, nonché alle R.S.U., oltre alle OO.SS. rappresentative firmatarie del CCNL di riferimento.

Pertanto, la definizione del **PTPC 2018-2020 dell'ARESS Puglia**, con annessa individuazione di Macro-Aree di rischio specifico, caratterizzanti l'assetto organizzativo del Nuovo Ente, saranno quelle proprie di un **primo impianto** e sarà impostata ad esito dell'adozione dell'Atto Aziendale dell'A.Re.S.S. da parte del Commissario Straordinario/Direttore Generale della stessa. La definizione dei nuovi controlli avverrà, conseguentemente, a seguire; unitamente alla pubblicazione di un apposito Avviso pubblico sul sito internet istituzionale dell'Ente, finalizzato ad una procedura aperta di consultazione degli stakeholder *esterni* della nuova Agenzia, ai sensi dell'art. 10 del d.lgs. n. 33 del 2013

## **1.1. Obiettivi generali e specifici**

**L'obiettivo generale** del presente Piano Triennale è articolare una *strategia complessiva* per la prevenzione ed il contrasto del rischio della corruzione e di illegalità in Agenzia. Il suo aggiornamento non può quindi non tenere da conto che nel corso del 2017 è cessato, per trasferimento ad Ente territoriale (ASL Bari), il servizio Farmaci PHT e così, che altre importanti Aree e funzioni hanno subito una contrazione.

L'Ufficio PHT, in particolare, si è occupato in Agenzia della gestione e distribuzione in nome e per conto della Regione di circa 460 farmaci A-PHT inseriti nel prontuario regionale PHT, avvalendosi della rete di circa 18 distributori intermedi, della rete delle farmacie territoriali delle ASL, di quelle convenzionate e di quelle pubbliche (comunali) in forza di un accordo tra ARES la Regione Puglia e detti attori - Federfarma, Assofarm (rappresentanti farmacie comunali), ADF e Federfarma servizi – accordo sancito con Del. GR n. 1529/2014 (c.d. Accordo DPC).

Il costo dei beni e servizi gestiti dall'Ufficio PHT presso l'ARES ammontava a circa 140 MLN di Euro (136 MLN<sup>1</sup> di Euro per acquisto farmaci e 6 MLN di Euro per i servizi di distribuzione intermedia annessi).

La significativa rilevanza economica del servizio, unita alla complessità delle procedure di gestione hanno necessitato una non semplice

analisi organizzativa delle attività del servizio *de quo* – sedimentata nel REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI PROCESSI COMPLESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI AGENZIA del precedente Documento (All. C) – il livello di rischio dei processi complessi dell'Ufficio PHT sarebbe stato oggetto di ulteriori approfondimenti e di attenzioni organizzative tendenzialmente sempre crescenti che, però, il trasferimento del Ufficio PHT presso l'ASL Bari ha interrotto.

Si resta infatti convinti che l'ottima sinergia tra le valide procedure gestorie poste in essere dal Dirigente farmacista, dott. Paolo Stella, e l'attenta azione di analisi organizzativa predisposta dall'Ufficio P.P.A. per analizzarne eventuali criticità in tema corruzione/*maladministration*, avrebbero potuto garantire ulteriori margini di efficientamento alle delicate funzioni presidiate dall'Ufficio PHT.

**I sub-obiettivi generali possono invece identificarsi – con riferimento alle mutate attività aziendali intercorse in quest'ultimo anno – nei seguenti ambiti:**

- potenziamento e ridefinizione del ruolo morale, e del loro coerente agire etico, degli attori del sistema sanitario pubblico;
- potenziamento dell'*accountability* della qualità della *governance* ed incentivazione dei controlli interni tali da evitare, *ex ante*, il verificarsi di episodi di *maladministration*;
- truffe e malversazioni relative alla valutazione e gestione di attrezzature e dispositivi medici (HTA);
- asimmetria informativa scaturente dal rapporto che il Sistema Sanitario Regionale pugliese intesse, da un lato, con il Cittadino-utente e, dall'altro lato, con le aziende del settore private che offrono beni e servizi medico-sanitari;
- conflitto d'interesse talvolta sotteso alle attività delle associazioni professionali e dei pazienti, di informatori scientifici e delle società scientifiche.

**Gli obiettivi specifici:**

- confermare/aggiornare i rischi specifici dell'Agenzia;
- fornire una valutazione del diverso livello di esposizione delle Aree/strutture/uffici al rischio di corruzione, individuando quelli nell'ambito dei quali è più elevato il rischio medesimo con particolare riferimento alle funzioni/strutture che, presumibilmente, potranno trovare conferma – seppur in forza di rinnovato assetto organizzativo e strutturale – nel nuovo Atto Aziendale dell'Agenzia regionale per la Salute ed il Sociale;
- indicare gli interventi organizzativi volti a prevenire il rischio della corruzione e la *maladministration*;
- definire le procedure appropriate per selezionare, formare, motivare ed, eventualmente, far ruotare i dipendenti chiamati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione;
- definire, per le attività individuate, meccanismi di formazione, attuazione controllo delle decisioni idonei a prevenire il rischio di corruzione;

- stabilire, con particolare riguardo alle attività individuate, obblighi di informazione nei confronti del nuovo Responsabile della prevenzione della corruzione e del suo Ufficio di supporto, chiamati a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano;
- definire le procedure appropriate per monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge e dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;
- definire procedure appropriate per monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di 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;
- individuare specifici obblighi di trasparenza secondo le disposizioni di legge;
- disciplinare le seguenti misure obbligatorie di prevenzione:
  - formalizzare la sinergia tra Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e tra questi e gli altri soggetti istituzionalmente coinvolti nell'attuazione del Piano;
  - Aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo;
  - Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
  - Formazione del personale;
  - collegamento formale e procedimentalizzato delle previsioni del presente Piano e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD);

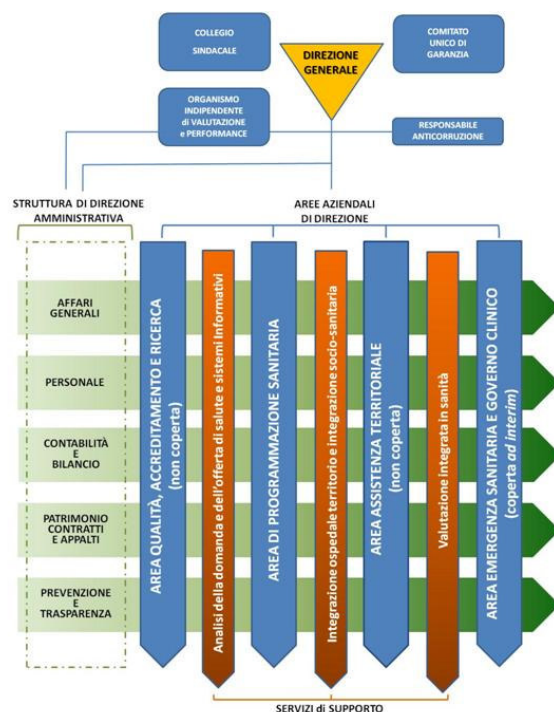
Il presente Piano, nelle more dell'emanazione dell'Atto Aziendale e del perfezionamento del re-building organizzativo della nuova Agenzia regionale per la Salute ed il Sociale A.Re.S.S., ripropone – ai sensi delle previsioni della L.R. 29/2017 – pertanto:

- 1: la Procedura (Metodi e Strumenti) di *risk assessment* in termini di *processi complessi* utilizzata per l'identificazione del rischio corruttivo in A.Re.S. Puglia;
- 2: il funzionigramma dell'A.Re.S., vigente fino alla concretizzazione del nuovo Atto Aziendale A.Re.S.S.;
- 3: metodologia e tecniche di ricerca sociale *non standard* impiegate per la valutazione del rischio corruzione e illegalità delle strutture e delle attività dell'Agenzia;
- 4: l'elenco *aggiornato* dei rischi e dei accorgimenti per la minimizzazione ed il controllo del rischio;
- 5: richiami alle previsioni di responsabilità inerenti alla pubblicazione ed all'aggiornamento dei dati sulla trasparenza da parte di dirigenti dell'Agenzia ovvero per l'applicazione delle Sezioni relative alla Trasparenza ed alle Interazioni con il ciclo della Performance approvate, ad anticipazione e stralcio, con Deliberazione n. 85/2017;
- 6: il Piano di trattamento della *maladministration* e del rischio di corruzione dell'A.Re.S. Puglia, previo richiamo dell'apposita *ponderazione* dello stesso.

## 2. Organizzazione e funzioni

L’Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale della Puglia, in acronimo A.Re.S.S. Puglia, è un organismo tecnico-operativo e strumentale della Regione Puglia a supporto della definizione e gestione delle politiche in materia sociale e sanitaria; essa opera quale agenzia di studio, ricerca, analisi, verifica, consulenza e supporto di tipo tecnico-scientifico.

Fig. 1: Funzionigramma “a matrice modificata” A.Re.S. Puglia ad esito del trasferimento dell’Ufficio Farmaci PHT e delle cessazioni intervenute. Esso resta in vigore fino all’emanazione dell’Atto aziendale dell’A.Re.S.S.



L’Agenzia ha sede in Bari, alla via Gentile n. 52, presso il Palazzo della Regione Puglia (piano terra, corpo E1).

Il legale rappresentante è il Commissario Straordinario – che attualmente svolge le funzioni del Direttore Generale – che, insieme al Collegio Sindacale, costituisce gli Organi dell’Agenzia, ai sensi dell’art. 4 e del combinato disposto degli artt. 5 e 6 della Legge regionale 24 luglio 2017, n. 29.

ARE.S Puglia è articolata attraverso quattro Aree di direzione, nonché in Servizi di supporto, in numero massimo di sette. Il Funzionigramma dell’Agenzia è stato adottato con delibera DG A.Re.S. n. 122 del giorno 5 dicembre 2014, da cui si è partiti per realizzare la Figura n. 1.

L’A.Re.S.S. Puglia si propone di organizzare e migliorare, attraverso il monitoraggio e la verifica continua degli esiti, la prontezza di risposta del sistema sanitario regionale alle esigenze e aspettative della domanda di salute dei cittadini pugliesi. A tal fine, identifica, programma e promuove linee di sviluppo in materia di salute e benessere sociale, anche definendo e implementando strategie di innovazione dei servizi sanitari e socio-assistenziali, finalizzate al pieno soddisfacimento del bisogno di salute, declinato nella duplice prospettiva della prevenzione e della cura sanitaria.

In qualità di Agenzia regionale “strategica” – ai sensi del “Modello Ambidestro per l’Innovazione della macchina Amministrativa regionale - MAIA”, adottato con Decreto del Presidente della Giunta Regionale 31 luglio 2015, n. 443) – acquisisce e sviluppa nuove conoscenze strategiche e

organizzative spendibili nei Sistemi (SSR e SISR) che presidia. A tal fine, sperimenta percorsi di innovazione e di miglioramento, analizza e diffonde i migliori protocolli esistenti sia in ambito nazionale sia in ambito internazionale, promuove e verifica modelli gestionali innovativi di governo clinico, anche nel rispetto delle esigenze di razionalizzazione ed ottimizzazione delle spese a carico del bilancio regionale.

L'A.Re.S.S. Puglia svolge, altresì, attività di studio sul miglioramento della fruizione dei servizi indispensabili, sulla domanda di servizi conseguente ai bisogni assistenziali e di salute emergenti nonché sulla coesione sociale. L'Agenzia favorisce e accresce relazioni virtuose in ambito sanitario e socio-sanitario tra il mondo della ricerca, il settore dell'impresa e la collettività, attraverso lo studio delle interazioni interne alla società civile promuovendo, altresì, l'integrazione tra diritti di Cittadinanza e cultura della Salute.

## A.Re.S.S. Puglia: declaratoria dei compiti istituzionali ex L.R. 29/2017

a)	elaborazione delle strategie regionali in ambito sanitario, socio-sanitario e sociale anche al fine di contrastare le diseguaglianze in campo socio-sanitario e garantire l'universalità dei servizi in questo ambito;
b)	programmazione della rete dei servizi sanitari (ospedalieri e territoriali), sociosanitari e sociali e delle relative interconnessioni funzionali e strutturali;
c)	sviluppo e monitoraggio del sistema delle reti cliniche, secondo il modello cosiddetto "hub&spoke", attraverso l'elaborazione di linee guida e percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali che assicurino reintegrazione dei servizi (ospedale, territorio e domicilio) e la reale presa in carico dei bisogni dei pazienti;
d)	razionalizzazione della spesa farmaceutica tramite l'ideazione di misure migliorative dell'appropriatezza prescrittiva, la revisione degli attuali assetti organizzativi e funzionali e l'attività di farmacovigilanza;
e)	proposta per la programmazione regionale degli investimenti strutturali in ambito sanitario, sociale e socio-sanitario;
f)	sviluppo e promozione di percorsi di autonomia, vita indipendente e cura per qualità della vita e integrazione sociale delle persone con disabilità, delle persone anziane e delle persone in condizioni di fragilità;
g)	promozione di politiche di sviluppo del terzo settore, del capitale sociale e del welfare di comunità, mediante ricorso all'economia sociale ovvero a pratiche innovative di accoglienza, attivazione e inclusione;
h)	promozione di percorsi di inclusione sociale attiva per il contrasto alla povertà e l'attuazione del Reddito di dignità;
i)	coordinamento e gestione dell'Osservatorio regionale delle politiche sociali
l)	studio e proposta in materia di servizi sociali, al fine di garantire migliore fruizione ai servizi indispensabili, di sviluppare servizi coerenti con i nuovi bisogni e di accrescere la coesione sociale, anche d'intesa con il terzo settore
m)	valutazione dello stato di salute della popolazione, nonché della domanda e dell'offerta delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali e delle connesse ricadute economiche e sociali
n)	individuazione e implementazione di strumenti di analisi e verifica dei bisogni per lo sviluppo di azioni per il miglioramento dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni sanitarie
o)	implementazione e valutazione dell'offerta di assistenza alla persona attraverso i servizi distrettuali, con particolare riferimento a fragilità,



	cronicità e non autosufficienza, nell'ambito dell'assistenza domiciliare integrata, dei servizi domiciliari, semiresidenziali e residenziali
p)	coordinamento degli osservatori regionali afferenti al Servizio sanitario regionale (SSR) e al Sistema informativo sanitario regionale (SISR), delle reti regionali di patologia e di malattie rare, dei registri regionali di patologia, dei sistemi di sorveglianza epidemiologica, in raccordo funzionale con le diverse articolazioni del SSR e del SISR coinvolte
q)	coordinamento delle attività di integrazione ambiente e salute, in raccordo funzionale con l'Agenzia regionale per l'ambiente della Puglia e i dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie locali interessate, anche al fine di fornire impulso all'intersettorialità delle politiche regionali per la promozione della salute e del benessere sociale
r)	supporto alla definizione e implementazione dei programmi di promozione della salute e di prevenzione, previsti dai piani nazionali e regionali
s)	definizione dei fabbisogni di ricerca e di innovazione, favorendo l'interconnessione con le organizzazioni su scala regionale, nazionale e internazionale che operano sui temi della salute e promozione delle iniziative di ricerca finalizzata alla realizzazione degli obiettivi regionali
t)	valutazione delle innovazioni strutturali e organizzative mediante sperimentazioni gestionali e attività di studio e ricerca
u)	implementazione di nuove metodologie lavorative del servizio sanitario regionale e sviluppo delle professionalità sanitarie
v)	identificazione delle iniziative di formazione in sanità attraverso la definizione e implementazione di programmi e interventi intersettoriali che favoriscano l'integrazione tra diritti di cittadinanza e cultura della salute
z)	elaborazione e definizione di criteri e parametri per il finanziamento delle aziende sanitarie e ospedaliere, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli enti ecclesiastici e delle strutture sanitarie accreditate, attraverso l'esame e la valutazione dei livelli di costi e ricavi e del grado di raggiungimento dell'equilibrio economico e finanziario di ciascun ente e del sistema sanitario regionale
aa)	certificazioni ex articolo 22, comma 3, lettera d), del decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118 (Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42)
bb)	supporto alla razionalizzazione della spesa sanitaria per l'acquisizione di beni e servizi a maggiore impatto sulla spesa sanitaria regionale, mediante la valorizzazione di aspetti tecnici, la specializzazione delle professionalità, ovvero modalità innovative di approvvigionamento, con l'obiettivo di ottimizzare i risultati dal punto di vista dei tempi di risposta, di qualità della prestazione e di riduzione dei costi
cc)	implementazione di uniformi modelli, procedure e modalità di controllo di gestione applicabili da tutti gli enti del SSR, identificati dall'articolo 19, comma 2, lettera c), del d.lgs. 118/2011, anche mediante la proposizione e il coordinamento di programmi di sperimentazione ai sensi dell'articolo 9 bis, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421);
dd)	monitoraggio e valutazione dello stato di attuazione e dei risultati degli atti di programmazione regionali e aziendali e del loro impatto sullo



	stato di salute e benessere della popolazione;
ee)	analisi dei processi di funzionamento dell'azione amministrativa regionale per la valutazione degli indicatori chiave di risultato per il miglioramento dell'efficacia delle politiche e degli interventi in ambito sanitario e sociale;
ff)	supporto all'attività normativa regionale nelle materie di competenza dell'Agenzia;
gg)	attività di raccolta e di tenuta di dati, documentazione, di osservazione e monitoraggio, di rilevazione, di studio e ricerca, nonché di pubblicazione di documenti e opuscoli, garantendo l'accessibilità ai dati.

## ***2.1. Gli Attori della tutela della legalità e dell'integrità dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia***

### **Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione**

Il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza è la Dottoressa Lucia Bisceglia, Dirigente medico di quest'Agenzia regionale. Egli svolge i compiti indicati nella circolare del Dipartimento della funzione pubblica n. 1 del 2013 e i compiti di vigilanza sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità; predispone il Piano Triennale; elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione.

Il Responsabile provvede alla verifica dell'efficace attuazione del Piano, alla verifica dell'effettiva rotazione degli incarichi dei funzionari e del personale dirigente delle Aree, Servizi, Strutture ed Uffici a maggior rischio di corruzione, qualora possibile e sentiti il Direttore Generale e i Responsabili delle Aree e dei Servizi e fatto salvo quanto indicato nei commi 5 e 6, nonché ad individuare il personale da inserire nei programmi di formazione.

Il suddetto Responsabile inoltre svolge i seguenti compiti:

- elabora la proposta di Piano triennale di prevenzione della corruzione ed i successivi aggiornamenti da sottoporre per l'adozione all'organo di indirizzo politico sopra indicato; verifica l'efficace attuazione del Piano e la sua idoneità e ne propone la modifica qualora siano accertate significative violazioni delle prescrizioni o intervengano mutamenti rilevanti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione; verifica, d'intesa con i Dirigenti competenti, le condizioni organizzative per l'effettuazione della rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività più esposte a rischi corruttivi, alla luce dell'organizzazione "a matrice" dell'Agenzia ovvero secondo i criteri definiti nel presente Piano;
- definisce procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, secondo i criteri definiti nel presente Piano;
- vigila, ai sensi dell'articolo 15 del decreto legislativo n. 39 del 2013, sul rispetto delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi, di cui al citato decreto;
- elabora entro il 15 dicembre la relazione annuale sull'attività anticorruzione svolta;
- redige e propone il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (P.T.T.I.) individuando tutti i profili e le azioni di coordinamento con il Piano Anticorruzione addivenendo ad un unico programma di interventi;

- sovrintende alla diffusione della conoscenza dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge n. 190 del 2012 dei risultati del monitoraggio (articolo 15 d.P.R. 62/2013);

Con specifico riferimento al Piano 2017-19, in virtù dell'applicazione delle linee di indirizzo contenute Det. ANAC n.12/2015, con la Deliberazione di adozione dello stesso tutti i Dirigenti (Resp. di Servizi/Uffici) ed il personale dipendente è stato invitato a prestare la massima collaborazione al fine di non creare intoppo alla regolare attuazione del Piano e delle relative misure richiamando agli stessi, nella medesima occasione, lo specifico dovere di collaborare attivamente con il RPC, dovere la cui violazione determina un profilo di responsabilità disciplinare.

Pertanto, al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile può chiedere in qualsiasi momento, ai dirigenti ed ai dipendenti che hanno istruito il procedimento e/o adottato il provvedimento finale, di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e la sussistenza degli elementi giuridici sottesi all'adozione del provvedimento. La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile, da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano, è suscettibile di sanzione disciplinare.

I compiti attribuiti al responsabile non sono delegabili, se non in caso di straordinarie e motivate necessità, riconducibili a situazioni eccezionali, mantenendosi comunque ferma nel delegante la responsabilità non solo *in vigilando* ma anche *in eligendo*.

Gli organi con i quali il Responsabile si relaziona in via privilegiata sono **l'Ufficio Prevenzione Protezione ed Anticorruzione** – per dati, *valutazioni di rischio* e informazioni circa le dinamiche organizzative, socio-economiche e motivazionali che possono costituire il *milieu* della *maladministration* in Agenzia – **l'Ufficio Performance** – per l'attività analitica di valutazione dei processi lavorativi, di verifica interna e di programmazione – **l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV)** – per l'attività di valutazione correlata – **l'Ufficio Comunicazione e Trasparenza ed il Responsabile per la Trasparenza** – per l'irrinunciabile funzione svolta a vantaggio del controllo intersoggettivo delle attività di Agenzia – **tutti i dirigenti** – cui sono affidati specifici compiti di relazione, in linea con i compiti a loro affidati dall'art. 16 del D.lgs 165/2001 – **tutti i dipendenti**, tenuti alla segnalazione di fatti specifici e le circostanze attinenti alla *maladministration* in cui dovesse incorrere il sistema, **l'Ufficio per i procedimenti disciplinari**, tenuto al monitoraggio di condotte disciplinari rilevanti e, non da ultimo, il **Commissario Straordinario**, responsabile della gestione complessiva dell'Agenzia.

In generale, i **Dirigenti**, partecipando al processo di gestione del rischio nell'ambito dei Settori di rispettiva competenza, ai sensi dell'articolo 16 del D.lgs. n. 165 del 2001:

- concorrono alla definizione di misure idonee a prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione e a controllarne il rispetto da parte dei dipendenti dell'Area/Servizio/Settore/Ufficio cui sono preposti;

- forniscono le informazioni richieste dal soggetto competente per l'individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione e formulano specifiche proposte volte alla prevenzione del rischio medesimo;
- provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'Area/Servizio/Settore/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 (comma 1-*quater*);

I **Dirigenti**, inoltre, vigilano sull'applicazione dei codici di comportamento e ne verificano le ipotesi di violazione, ai fini dei conseguenti procedimenti disciplinari.

In A.Re.S. saranno previsti meccanismi operativi e procedure che permettano al Responsabile ed al suo Ufficio di conoscere tempestivamente fatti corruttivi, tentati o realizzati all'interno dell'Agenzia, del contesto in cui la vicenda si è sviluppata o di contestazioni ricevute circa il mancato adempimento agli obblighi di legge.

### **I Dirigenti delle Aree di Direzione e dei Servizi di Supporto**

I Dirigenti Responsabili delle Aree e dei Servizi dell'AReS Puglia svolgono attività informativa nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione affinché questi abbia elementi e riscontri sull'intera organizzazione ed attività dell'amministrazione ovvero il costante monitoraggio sull'attività svolta dai dirigenti assegnati ai servizi, strutture ed uffici di riferimento, anche con riferimento agli obblighi di rotazione degli stessi.

I Dirigenti Responsabili osservano le misure contenute nel Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012), in particolare hanno il compito di:

- coadiuvare il Responsabile per la prevenzione della corruzione nel monitoraggio del rispetto delle previsioni del piano da parte delle strutture e dei dirigenti di afferenza;
- partecipare attivamente al processo di gestione del rischio;
- partecipare attivamente alla predisposizione delle misure di prevenzione;
- facilitare i flussi informativi da/verso il Responsabile;
- coordinare e supervisionare l'individuazione del personale da inserire nel programma formativo anticorruzione, da parte dei Dirigenti Responsabili delle strutture afferenti ed inviare l'elenco al Responsabile della prevenzione della corruzione;
- adottare le misure gestionali circa la rotazione del personale addetto alle attività maggiormente a rischio, inviando al Responsabile per la prevenzione della corruzione il *resoconto delle decisioni* adottate entro il 31 ottobre di ogni anno;

- segnalare al Responsabile per la prevenzione della corruzione ogni esigenza di modifica del piano, in caso di accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero di intervenuti mutamenti nell'operato delle strutture di afferenza;
- coordinare e supervisionare le relazioni annuali sui risultati del monitoraggio e delle azioni intraprese;
- **redigere una relazione di sintesi sull'attuazione del Piano, da inviare al Responsabile per la prevenzione della corruzione entro il 31 ottobre di ogni anno (da proporre come obiettivo trasversale di performance individuale);**
- collaborare con il Responsabile nella vigilanza sul rispetto delle altre disposizioni dei Codici di comportamento, da parte dei dipendenti assegnati alle strutture.

La mancata collaborazione con il Responsabile ovvero l'ingiustificato inadempimento rispetto alle misure previste del Piano sarà tipizzata quale illecito disciplinare dell'ambito dell'aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo della Agenzia.

### **I Dirigenti A.Re.S. Puglia e quelli assegnati alle Aree di Rischio**

Tutti i Dirigenti dell'A.Re.S. Puglia e, in particolar modo, quelli assegnati alle Aree a Rischio di corruzione, svolgono attività di informazione nei confronti del Responsabile per la prevenzione della corruzione di cui all'art. 1, commi 9 e 10, della L. 6/11/2012, n. 190 e, così, dell'Area/Servizio/Settore/Ufficio cui è preposto. Altresì, essi partecipano al processo di gestione del rischio e propongono le misure di prevenzione.

Al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni corruttivi, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità, buona condotta e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico, i dirigenti dell'A.Re.S. Puglia, nell'ambito della propria responsabilità dirigenziale e disciplinare, ed a pena dell'avvio delle procedure di addebito della stessa (ex artt. 20, 21, 22, e 40 D.Lgs. n. 165/2001 nonché capo IV del D.Lgs. 150/2009), sono obbligati alla conoscenza ed all'osservanza del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al DPR n. 62/2013 e, altresì, dello specifico Codice di comportamento adottato dall'AREs Puglia (Delib. DG A.Re.S. n. 37/2014).

Essi, infatti, sono direttamente responsabili – ex art. 21, D.Lgs. n. 165/2001 – dello svolgimento delle attività poste in essere così come delle eventuali omissioni e, con cadenza annuale, predispongono apposite relazioni all'Ufficio del Responsabile Anticorruzione a cui forniscono tutte le informazioni richieste.

I precitati Dirigenti, inoltre, concorrono con il Responsabile alla Trasparenza ed al suo Ufficio a dare attuazione a tutte le prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa, nei termini prescritti dal Programma di cui *infra*.

La mancata collaborazione con il RPC ovvero l'ingiustificato inadempimento rispetto alle misure previste del Piano sarà tipizzata quale illecito disciplinare dell'ambito dell'aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo della Agenzia.

## I Dipendenti dell’Agenzia Regionale Sanitaria e quelli assegnati alle Aree di Rischio

Tutti i dipendenti dell’A.Re.S. partecipano al processo di gestione del rischio ed osservano le misure contenute nel presente Piano Anticorruzione, segnalano tutte le eventuali situazioni di illecito al Responsabile Anticorruzione utilizzando l’apposito indirizzo mail **whistleblowing@arespuglia.it** – e segnalano tempestivamente casi di personale conflitto di interessi. Tutte le segnalazioni devono fondarsi su elementi di fatto “precisi e concordanti”.

In particolare, anche sullo specifico tema inerente alla tutela del *whistleblower*, l’approccio che quest’Agenzia si propone di imprimere alle modalità di gestione del rischio di corruzione fa riferimento all’approccio espresso dalla Commissione Europea nella relazione sulla lotta alla corruzione, presentata il 3 febbraio 2014, in cui è stato rilevato che “in questo campo la strategia italiana era stata per lungo tempo esclusivamente imperniata su un approccio repressivo alla corruzione, che necessita oggi di essere integrato con il ricorso a strumenti di prevenzione che abbiano l’obiettivo di promuovere un cambiamento culturale in grado di sollecitare lo spirito civico individuale, il rispetto delle regole e l’impegno di tutti i consociati a favore del bene comune; in tale prospettiva la Commissione ha espresso la necessità, *inter alia*, di **rafforzare la tutela del dipendente pubblico e privato che segnali illeciti**; di qui l’avvio di una fase legislativa volta a garantire tutele crescenti al “*whistleblower*” [cfr. **Par 6.2.** di questo Piano] che trova la sua ultima produzione nella **Legge n. 179/2017 (che entrerà in vigore il 29/12/2017)**.

Inoltre, come per chi riveste qualifica di dirigente, anche i dipendenti di Comparto sono oggetto della medesima attività di informazione/formazione. Essi sono, pertanto, a conoscenza ed osservano il Codice di comportamento dei dipendenti pubblici, di cui al DPR n. 62/2013 ed il Codice di comportamento aziendale.

I dipendenti di ruolo dell’Agenzia, funzionari e non, collaborano perciò con il Responsabile dell’Anticorruzione dell’A.Re.S. anche al fine di:

- segnalare, al proprio superiore gerarchico eventuali situazioni di illecito nell’amministrazione di cui sia venuto a conoscenza, fermo restando l’obbligo di denuncia all’autorità giudiziaria;
- relazionare formalmente e tempestivamente al proprio Dirigente, laddove i dipendenti svolgano attività a rischio di corruzione, in merito ad ogni eventuale anomalia riscontrata nel proprio ambito funzionale o a quelli concatenati anche con riguardo al rispetto dei tempi dei procedimenti.

Detti dipendenti devono astenersi, ai sensi dell’art. 6 bis legge 241/1990 e ss.mm.ii., dal porre in essere i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale in caso di conflitto di interessi, segnalando tempestivamente ogni situazione di conflitto, anche potenziale, al Responsabile Anticorruzione.

Essi collaborano, altresì, a) in termini di partecipazione attiva al processo di autoanalisi organizzativa e di mappatura dei processi; b) di partecipazione attiva in sede di definizione delle misure di prevenzione; c) in sede di attuazione delle misure.

La mancata collaborazione con il RPC ovvero l'ingiustificato inadempimento rispetto alle misure previste del Piano sarà tipizzata quale illecito disciplinare dell'ambito dell'aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo della Agenzia.

### **Il Commissario Straordinario/Direttore Generale**

Il Commissario Straordinario svolge le funzioni di indirizzo dell'Agenzia di cui è titolare, in via ordinaria, la figura di Direttore Generale; Egli perciò provvede all'approvazione del Piano, proposto dal RPCT di Agenzia, con propria Deliberazione.

Al fine di assicurare una consapevole partecipazione al processo di adozione e di attuazione del Piano, il Responsabile ha periodicamente relazionato al Commissario Straordinario dell'A.Re.S.S. anche informalmente – considerate le dimensioni ridotte dell'organico aziendale – circa il processo di elaborazione del documento. Il Commissario Straordinario, sempre salva l'autonomia del ruolo del Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza, potrà essere invitato a partecipare agli incontri congiunti di cui al par. 5.

### **L'Ufficio per i procedimenti disciplinari**

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari dialoga con il Responsabile sia mediante la segnalazione, operata da quest'ultimo, nei casi più gravi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di cui al presente Piano, ai fini dell'avvio del procedimento disciplinare, sia segnalando esso stesso al Responsabile eventuali condotte, per le quali sia avvenuta una contestazione disciplinare, adottate anche od esclusivamente in violazione degli obblighi di cui al presente Programma.

Esso svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza (articolo 55 bis D.lgs. n. 165 del 2001).

L'Ufficio, inoltre, provvede alle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria (art. 20 d.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.). Opera altresì in raccordo con il "Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza" per quanto riguarda le attività previste dall'articolo 15 del D.P.R. 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti pubblici".

Allo stato non sono emerse condotte rilevanti dal punto di vista disciplinare né con precipuo riferimento alla violazione degli obblighi di cui al Piano Anticorruzione.

### 3. Identificazione del rischio corruttivo in A.Re.S Puglia. Metodi.

L'attività di qualificazione e quantificazione del rischio legato ad eventi di corruzione ed alla *maladministration* in sanità – svolta in A.Re.S. dal Responsabile per il tramite dell'Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione, giusta D.di.S. n. 163 del 20/01/2015 – è un processo di comprensione della natura del rischio e di determinazione del livello di rischio che può essere svolta al meglio soltanto con la più ampia condivisione e partecipazione della “utenza interna” dell'A.Re.S. Puglia; l'analisi del rischio è stata quindi posta in essere in Agenzia applicando tecniche di ricerca empirica *non standard* (A. Marradi, 1997).

Circa la “utenza esterna” dell'Agenzia, essa si connota per la sua ripartizione in diversi ambiti: quello di stampo propriamente istituzionale (Giunta Regionale, Assessorato di riferimento, Aziende sanitarie del SSR tutte, Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, Commissioni consiliari attinenti, Ordini professionali, ecc.), quello del mondo associativo (essenzialmente onlus, società scientifiche, associazioni di pazienti, ecc.) e quello degli stakeholder imprenditoriali del mondo della sanità.

Il “contesto esterno” all'Agenzia presenta quindi un livello di complessità significativo, per la cui comprensione e sistematizzazione, con riferimento al tema in discorso, sono in corso di definizione appositi *panel* di *Focus Group* che, per l'onerosità propria della tecnica di ricerca sociale impiegata, termineranno nel corso dei primi mesi del 2016.

#### 3.1. *Analisi preliminare del contesto interno: fase della comprensione del rischio*

L'Ufficio Prevenzione Protezione ed Anticorruzione ha effettuato consultazioni con il personale tutto e, in particolare, ha sottoposto ad *intervista in profondità* ogni Dirigente di Servizio ed ogni Direttore di Area di Direzione effettuando, laddove necessario, le necessarie indagini documentali ad integrazione/riscontro delle interviste.

Gli eventi di corruzione che il Presente Piano persegue si configurano come un insieme costituito da: scelte *apparentemente* razionali (ma moralmente sbagliate), disponibilità nell'utilizzo (più o meno discrezionale) delle strutture e delle risorse pubbliche aziendali (siano esse costituite dalle risorse di Agenzia, dell'Ente Regione così come di derivazione comunitaria) e di interessi individuali extra-istituzionali incompatibili con gli obiettivi di interesse pubblico che l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia persegue.



La mappatura che esita considera tutti i processi e le Aree, Servizi ed Uffici associati alle aree di attività elencate nell'Allegato 2 (Aree di rischio Comuni e obbligatorie) del Piano Nazionale Anticorruzione (P.N.A.) ed, in più, la necessaria estensione ad altre aree e funzioni caratterizzanti la *mission* dell'Agenzia.

La Mappatura individua, per ciascuna area di rischio, i processi, le loro fasi, i controlli in essere e le strutture, Aree di direzione, servizi di supporto ed uffici in cui i processi hanno luogo. L'analisi dei processi porta ad includere nell'ambito di ciascuna area di rischio uno o più processi. Emerge inoltre – vista la struttura organizzativa "a matrice" adottata in Agenzia – che più strutture, aree e servizi gestiscono o condividono il medesimo processo. I risultati della fase di mappatura sono riassunti nel **Catalogo dei processi e delle strutture organizzative coinvolte** (vedi il modello **All. A** utilizzato).

Per identificare gli eventi di corruzione bisogna quindi riflettere ed analizzare analiticamente i processi dell'A.Re.S. e capire se eventuali interessi privati possano introdursi in un dato processo ed essere favoriti dai dipendenti che lo gestiscono. Questa analisi sarà quindi svolta, come in minima parte anticipato e come segue:

- attraverso il confronto con i soggetti interni all'A.Re.S. Puglia coinvolti nei processi a rischio;
- cercando eventuali precedenti giudiziari (in particolare, i procedimenti e le decisioni penali o di responsabilità amministrativa) o disciplinari (procedimenti avviati, sanzioni irrogate) all'interno dell'Agenzia;
- individuando il grado di discrezionalità, la rilevanza esterna, la complessità, il valore economico e la frazionabilità di ciascun processo;
- valutando l'efficacia dei controlli interni all'ente (esistenza di procedure specifiche per la gestione dei procedimenti, grado di applicazione delle misure di trasparenza, sistema di valutazione delle performance, individuazione minuziosa dei carichi di lavoro, ecc.).

Una volta individuati e compresi potenziali eventi di corruzione, il Responsabile Anticorruzione ne offre un'esauriva descrizione con riferimento:

- al comportamento che potrebbe essere attuato;
- ai processi, ai beni e ai ruoli dirigenziali interni all'Agenzia, che potrebbero essere usati in modo distorto;
- agli *interessi privati* favoriti dall'evento di corruzione, a discapito degli *interessi pubblici*;
- ai fattori organizzativi (discrezionalità, rilevanza esterna, complessità, valore economico e frazionabilità), che potrebbero favorire l'evento di corruzione;
- ai controlli adottati dall'amministrazione;
- agli eventuali precedenti giudiziari e disciplinari dei dipendenti.

**Tab. 1: Lista eventi di corruzione suddivisi per area a rischio (fonte: P.N.A)**

**Area: acquisizione e progressione del personale**

1. previsioni di requisiti di accesso "personalizzati" ed insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
2. abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
3. irregolare composizione della commissione di concorso finalizzata al reclutamento di candidati particolari;
4. inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali, a titolo esemplificativo, la cogenza della regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
5. progressioni economiche o di carriera accordate illegittimamente allo scopo di agevolare dipendenti/candidati particolari;
6. motivazione generica e tautologica circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali allo scopo di agevolare soggetti particolari.

**Area: affidamento di lavori, servizi e forniture**

1. accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolarne gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
2. definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un'impresa (es.: clausole dei bandi che stabiliscono requisiti di qualificazione);
3. uso distorto del criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, finalizzato a favorire un'impresa;
4. utilizzo della procedura negoziata e abuso dell'affidamento diretto al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
5. ammissione di varianti in corso di esecuzione del contratto per consentire all'appaltatore di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni;
6. abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario;
7. elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo del modello procedurale dell'affidamento delle concessioni al fine di agevolare un particolare soggetto.

**Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**

1. abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi e funzioni dell'Agenzia al fine di agevolare particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una short list, attribuzione di incarichi dirigit. a soggetti in quiescenza, ecc.);
2. abuso nel rilascio di autorizzazioni in ambiti in cui il pubblico ufficio ha funzioni esclusive o preminenti di controllo al fine di agevolare determinati soggetti (es. controlli finalizzati all'accertamento del possesso di requisiti).

**Area: provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario**

1. riconoscimento indebito di rimborsi o indennità a dipendenti al di fuori di limiti e delle previsioni di legge al fine di agevolare determinati soggetti;
2. riconoscimento indebito dell'esenzione dalla restituzione di somme o emolumenti erroneamente erogati dall'amministrazione al fine di agevolare determinati soggetti;
3. uso di falsa documentazione per agevolare taluni soggetti nell'accesso a risorse pubbliche.

L'elenco di eventi di corruzione comuni e diffusi generalmente nella pubblica amministrazione italiana, da cui muovono i lavori per l'aggiornamento del precedente Piano Anticorruzione Aziendale, è fornito anche dal P.N.A. (cfr. Allegato 4: "Elenco esemplificativo di rischi specifici").

Detti eventi potrebbero un malaugurato domani essere identificati anche in Agenzia Regionale Sanitaria, tuttavia risulta essenziale individuare e descrivere anche quei comportamenti a rischio relativi alle indubbe peculiarità organizzative ed alla specificità della *mission* istituzionale dell'A.Re.S. Puglia che, infatti, vede particolarmente estesa – anche all'intero territorio regionale – la ricaduta delle proprie iniziative.

Per lo sviluppo della metodologia in discorso, ad integrazione delle previsioni del PNA, e soprattutto per la *migliore comprensione* delle concrete prassi da azione che connotano il mondo della sanità, si è attinto alle esperienze di ricerca empirica che sono culminate nella pubblicazione del Rapporto di Ricerca "**Felony! Anticorruzione, Trasparenza e Corporate Social Responsibility nella Pubblica Amministrazione**" (2014) di cui il Responsabile dell'Ufficio P.P.A. dell'Agenzia è co-autore. Infatti il lavoro, basato su tecniche di ricerca sociale sia *overt* sia *covert*, è stato svolto in otto strutture sanitarie pubbliche delle città di Bari e Napoli ed ha indagato, in ottica sociologica, economica e giuridica, il complesso fenomeno proponendo, in linea con raccomandazione della Commissione Europea, la strada della *soft regulation* e della fidelizzazione dell'utenza interna come un percorribile, diverso, modo di arginare la corruzione nella pubblica amministrazione, senza che ciò significhi diminuire l'odiosa gravità etica degli atti di corruzione (*felony*) posti in essere da dipendenti pubblici.

### **3.2. Azioni e strumenti di analisi**

Dalla prima fase scaturiscono un gran numero di informazioni che sedimentano del citato Catalogo, informazioni impiegate nella successiva fase di Analisi del Rischio, e che vengono riassunte compilando la Scheda di descrizione (Modello **All. B – Scheda di descrizione di evento di corruzione** e consulta l'apposita, precedente, Tab. 1) per ciascun potenziale evento di corruzione individuato.

I risultati della fase di identificazione del rischio sono riassunti in un **duplice Registro dei Rischi** (cfr. **All. C**), che è un elenco dei plausibili eventi corruttivi identificati e dei possibili processi, sia *macro* che *micro*, in cui tali eventi potrebbero verificarsi.

Il Registro dei Rischi fornisce un quadro d'insieme del "profilo di rischio" dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia e viene anche usato come input per la fase di Analisi del Rischio.

Una parte del Registro dei Rischi non viene, però, compilata durante la fase di identificazione. Si tratta della sezione in cui devono essere riportati i dati sulla probabilità, l'impatto, il livello di rischio ed il livello di controllo di ciascun evento di corruzione. Queste informazioni si ricavano durante la successiva fase di Analisi del Rischio che si sostanzia nel calcolo dei valori di **probabilità** e di **impatto** (magnitudo) di ogni processo considerato (vedi pag. 2/2 dell'All. D).

### 3.3. *Analisi del rischio: fase della determinazione del livello di rischio*

Il livello di rischio è un valore numerico che “misura” gli eventi di corruzione in base alla loro probabilità e sulla base dell’impatto delle loro conseguenze sull’organizzazione: infatti agli eventi più probabili e che potrebbero avere un impatto più grave sull’Agenzia o, peggio, sul sistema sanitario o parti di esso, è associato un livello di rischio più elevato.

L’analisi del rischio è compiuta per ciascun evento di corruzione inserito nella scheda Registro dei Rischi (All. C) e i valori relativi alla probabilità, all’impatto, al livello di rischio e all’efficacia dei controlli sono trascritti nel registro, per avere una “visione di insieme” del rischio di corruzione all’interno dell’Agenzia.

I criteri per la determinazione del livello di rischio sono stati definiti nel P.N.A. e sono riportati nella Scheda di Analisi dei Rischi (cfr. All. D). La Tabella consente di assegnare dei valori numerici ad una serie di fattori, per determinare, come anticipato, il valore della probabilità e dell’impatto associati ad ogni singolo evento di corruzione.

La probabilità di un evento di corruzione dipende da 6 fattori di tipo organizzativo, che ricorrono nel processo in cui l’evento di corruzione potrebbe aver luogo:

- ✓ *la discrezionalità;*
- ✓ *la rilevanza esterna;*
- ✓ *la complessità;*
- ✓ *il valore economico;*
- ✓ *la frazionabilità;*
- ✓ *l’efficacia dei controlli.*

A ciascun fattore, nella Scheda di Analisi dei Rischi (All. D) è associata una domanda con un set di risposte predeterminate. A ciascuna risposta, infine, è associato un punteggio (da 1 a 5), che consente di convertire ciascun fattore in un valore numerico. Le domande e i punteggi sono riassunti nelle tabelle seguenti.

**Tab. 2.1: DISCREZIONALITA’**

Il processo è discrezionale?	
PUNTEGGIO	RISPOSTA
1.	No. È del tutto vincolato.
2.	E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari).
3.	E' parzialmente vincolato solo dalla legge.
4.	E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari).
5.	E' altamente discrezionale.

**Tab. 2.2: RILEVANZA ESTERNA**

Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'A.Re.S.?	
PUNTEGGIO	RISPOSTA
2	No. Ha come destinatario finale un ufficio interno.
5	Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni all’Agenzia.

**Tab. 2.3: COMPLESSITA'**

Si tratta di un processo complesso, che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi gli eventuali controlli) in fasi successive, per il conseguimento del risultato?	
PUNTEGGIO	RISPOSTA
1	No, il processo coinvolge la sola Agenzia.
3	Sì, il processo coinvolge anche l'Ente Regione.
5	Sì, il processo coinvolge più di 2 amministrazioni (Regione, AA.SS.LL., ecc.).

**Tab. 2.4: VALORE ECONOMICO**

- Qual è l'impatto economico del processo?	
PUNTEGGIO	RISPOSTA
1	Ha rilevanza esclusivamente interna (fondi di bilancio A.Re.S.).
3	Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es: concessione di borsa di studio per studenti).
5	Comporta l'attribuzione di notevoli vantaggi a soggetti esterni (es. affidamento appalto).

**Tab. 2.5: FRAZIONABILITÀ**

Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta, che, considerate complessivamente, assicurano lo stesso risultato (ad es. una pluralità di affidamenti ridotti)?	
PUNTEGGIO	RISPOSTA
1	No.
5	Sì.

**Tab. 2.6: EFFICACIA DEI CONTROLLI**

Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	
PUNTEGGIO	RISPOSTA
1	Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione.
2	Sì, è molto efficace.
3	Sì, per una percentuale approssimativa del 50%.
4	Sì, ma in minima parte.
5	No, il rischio rimane indifferente.

Il P.N.A. considera l'efficacia dei controlli un fattore che determina la maggiore o minore probabilità di un evento.

In effetti, i controlli (norme di comportamento, procedure, ecc.) che l'Agenzia già adotta – e che possono ridurre il livello di rischio associato ad un evento, seppur di tipo standard o meramente esecutivo – vengono tenuti in considerazione in tutte le fasi successive della valutazione (*ponderazione e trattamento*), ma – con l'emanazione dell'Atto Aziendale della nuova Agenzia – saranno previste ulteriori e necessarie procedure di controllo che sono risultate insoddisfacenti già con la stesura del precedente Piano, tra le quali azioni di monitoraggio inerenti alle dichiarazioni di incompatibilità (ad. es. iscrizioni ad Albi prof.li, ecc.). In breve, i controlli esistenti verranno integrati con il *Piano di trattamento della maladministration e della corruzione* (All. E) che scaturirà dall'analisi del rischio connesso all'espletamento delle nuove funzioni dell'A.Re.S.S. Puglia, di cui al piano triennale 2018-2020, e, nel frattempo, sarà implementata presso l'Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale la cultura del controllo di qualità e di legittimità ad ogni livello dell'attività aziendale individuato come potenzialmente a rischio.

**Tab. 3: LIVELLO DEI CONTROLLI**

PUNTEGGIO (*)	LIVELLO DI CONTROLLO (**)	DESCRIZIONE
5	ASSENTE	Il processo non è presidiato da alcun controllo
4	MINIMO	Sono stati definiti dei controlli, ma sono poco efficaci o scarsamente applicati
3	EFFICACE	Sono stati definiti dei controlli solo sull' output del processo (ad esempio sulla legittimità dei provvedimenti adottati)
2	MOLTO EFFICACE	Sono stati definiti dei controlli: a) sulle modalità di avvio e di gestione del processo; b) sull'output del processo.
1	ASSOLUTO	Sono stati definiti dei controlli: a) sugli interessi e sulle relazioni, che possono favorire la corruzione; b) sulle modalità di avvio e di gestione del processo; c) sull'output del processo.

(\*) Vedi punteggio assegnato al fattore Controlli nella Tabella di Analisi dei Rischi (All. D, pag. 2/2)

(\*\*) Il "livello di controllo" riportato nel Registro dei Rischi (All. C) e nella Matrice di Ponderazione (Fig. 6)

Evidentemente, occorrono cautela e rigore nel valutare l'efficacia dei controlli adottati dall'Agenzia. Il livello di controllo, infatti, non potrà essere valutato come molto efficace, se garantisce solo la legittimità del processo. Data la rilevanza regionale dei processi attivati e gestiti dall'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, è pertanto necessario che i controlli intervengano anche sulle scelte che giustificano l'avvio di un processo, le sue concrete modalità di gestione e sul numero di attori coinvolti nell'implementazione dello stesso.

Benché, nei suoi più di dieci anni di vita, non siano mai stati censiti eventi di corruzione in A.Re.S. Puglia per essere totale, dovrà impedire che, all'interno e all'esterno dell'Agenzia, si consolidino interessi e relazioni che possono favorire la *maladministration*.

Il livello di controllo, posto in essere a fronte dei vari processi a rischio di corruzione censiti, viene riportato, come anticipato, nel Registro dei Rischi ed è tenuto in considerazione nelle fasi successive all'analisi del rischio.

Inoltre, nei processi in cui il livello di rischio è più elevato, il livello di controllo viene rinforzato implementando apposite procedure definite anche grazie ai suggerimenti che i dirigenti ed i funzionari stessi hanno sviluppato in tal senso nel corso della prima fase "della comprensione del rischio" ed a quelli che gli *stakeholder* della nuova Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale forniranno nell'ambito di appositi *focus group*.

### **3.4. Analisi dell'impatto degli eventi di corruzione: la magnitudo.**

Gli eventi di corruzione possono colpire e danneggiare un'amministrazione pubblica in quattro modi diversi, ed il P.N.A. pertanto individua le 4 modalità di impatto, attraverso cui determinare l'importanza (o gravità) dell'impatto di un evento di corruzione:

- impatto organizzativo (si tratta di un impatto di tipo "quantitativo", perché dipende dal numero di persone che potrebbero attuare l'evento corruttivo all'interno dell'Agenzia);
- impatto economico (che è maggiore nel caso in cui all'interno dell'amministrazione si siano già verificati eventi di corruzione);
- impatto reputazionale (che è influenzato dal modo in cui le notizie, su precedenti casi di *maladministration*, sono state messe a conoscenza dell'opinione pubblica attraverso i media);
- impatto organizzativo, economico e sull'immagine (che è "qualitativo" e cresce in relazione al "peso organizzativo" dei soggetti che potrebbero attuare l'evento corruttivo all'interno dello strategico ente sanitario).

A ciascuna modalità di impatto la Scheda di Analisi dei Rischi (**Cfr. Allegato D**) dedica una sola domanda, con un set di risposte predeterminate. Come nel caso della probabilità, anche nella scheda di analisi alle risposte è associato un punteggio (da 0 a 5), che consente di assegnare a tutte le modalità di impatto un valore numerico. Le domande e i punteggi sono riassunti nelle tabelle seguenti.

**Tab. 4.1: IMPATTO ORGANIZZATIVO**

Rispetto al totale del personale, impiegato nel singolo ufficio competente a svolgere il processo, quale percentuale di personale è impiegata nel processo? (qui il valore in Agenzia, alla luce del suo funzionigramma e dell'esigua dotazione organica della stessa, è equiparato, d'ufficio, al valor massimo)	
VALORE	PROBABILITA'
1	Fino a circa il 20%.
2	Fino a circa il 40%.
3	Fino a Circa il 60%.
4	Fino a circa l'80%.
5	Fino a circa il 100%.

**Tab. 4.2: IMPATTO ECONOMICO**

Nel corso degli ultimi 5 anni, sono state pronunciate sentenze della corte dei conti a carico di dipendenti e dirigenti dell'amministrazione, o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti dell'amministrazione, per la medesima tipologia di evento o per tipologie analoghe?	
VALORE	PROBABILITA'
1	NO
5	SI



**Tab. 4.3: IMPATTO REPUTAZIONALE**

Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati, su giornali o riviste, articoli aventi ad oggetto eventi di corruzione o di <i>maladministration</i> attribuiti, da giornalisti od opinionisti, all’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia?	
VALORE	PROBABILITA’
0	No.
1	Non ne abbiamo memoria.
2	Si, sulla stampa locale.
3	Si sulla stampa nazionale.
4	Si sulla stampa nazionale e locale.
5	Si, sulla stampa locale, nazionale e internazionale.

**Tab. 4.4: IMPATTO ORGANIZZATIVO, ECONOMICO E SULL’IMMAGINE**

A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso), ovvero: la posizione/il ruolo che il presunto responsabile riveste in Agenzia è elevata, media o bassa?	
VALORE	PROBABILITA’
1	A livello di singolo operatore.
2	A livello di collaboratore o funzionario.
3	A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di responsabile di Struttura Semplice.
4	A livello di dirigente di struttura generale (ad es. di Direzione Amministrativa, di Direzione di Area, di Struttura Complessa).
5	Direzione Generale.

#### **4. Sintetizzare il rischio corruttivo in A.Re.S. Puglia.**

Conoscendo la probabilità di un evento di corruzione e la sua magnitudo, se ne determina il livello di rischio. Il livello di rischio si ricava moltiplicando il valore della probabilità (P) e il valore dell'impatto (I), per ottenere un valore complessivo, che esprime il livello di rischio (L) dell'evento di corruzione ( $L = P \times I$ ). Il prodotto  $P \times I$  è un numero che descrive il livello di rischio di un evento di corruzione in termini quantitativi e che ci dice quanto è grande il rischio generato da tale evento.

Quindi,  $L = P \times I$  descrive il livello di rischio in termini di "Quantità di rischio".

La probabilità e l'impatto di un evento di corruzione dipendono da certe caratteristiche dei processi e nelle strutture organizzative dell'Agenzia (aree di direzione, servizi di supporto, strutture semplici, struttura complessa di direzione amministrativa ed uffici) in cui l'evento potrebbe accadere: discrezionalità, valore economico, controlli, numero di persone addette al governo del processo, ruolo di soggetti che, in quell'unità organizzativa potrebbero attuare l'evento, ecc.

Pertanto, l'analisi del rischio – determinando il livello di rischio degli eventi di corruzione – consente anche di individuare i processi, le Aree, i Servizi, gli Uffici e i soggetti maggiormente esposti al rischio di corruzione.

## 4.1. La matrice del rischio.

L'insieme dei possibili valori della Quantità di rischio a cui l'Agenda è attualmente esposta verrà sintetizzato e reso in forma matriciale come raffigurato nella seguente figura .

Fig. 2: Matrice del rischio 5x5 (14 livelli di rischio)

AReS Puglia | Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione - PTPC 2016-2018

5	5	10	15	20	25
4	4	8	12	16	20
3	3	6	9	12	15
2	2	4	6	8	10
1	1	2	3	4	5
	1	2	3	4	5

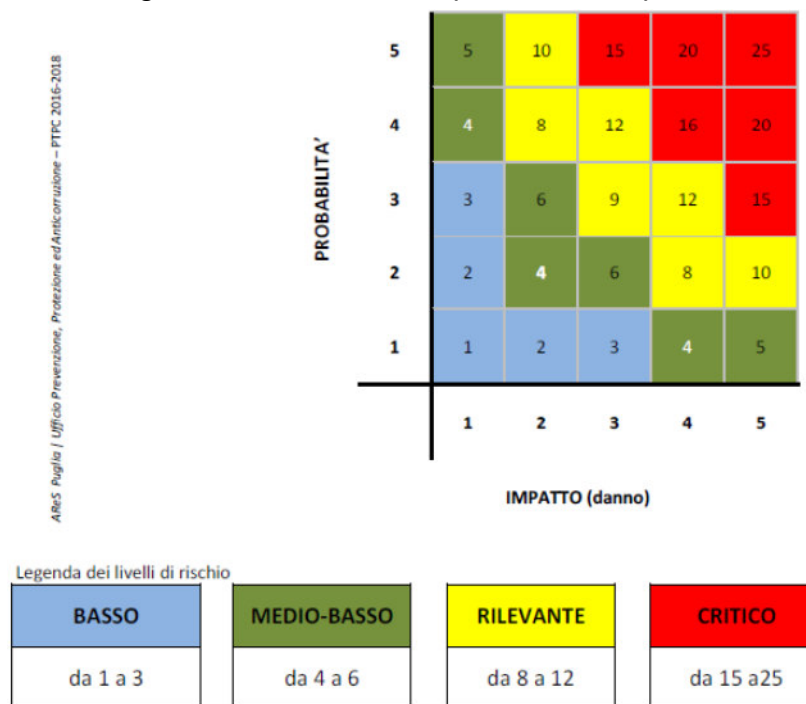
IMPATTO (danno)

Leggendo la matrice, risulta evidente che il livello di rischio minimo di un evento di corruzione è 1, mentre 25 rappresenta livello di rischio massimo. In totale, il livello di rischio di un evento può essere rappresentato da 14 diversi valori numerici (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 20 e 25) che individuano **14 diversi livelli di rischio** differenti.

Il Piano Nazionale non fornisce altre indicazioni per analizzare il rischio, oltre quella di considerarlo una quantità numerica. Tuttavia, per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi di corruzione, può essere utile “raggruppare” i valori della matrice indicando, con colori differenti, quali valori individuano un livello di rischio trascurabile, quali un livello di rischio medio - basso, quali un livello di rischio rilevante e quali, infine, un livello di rischio critico.

Questa “semplificazione” – similmente a quanto in uso nell’ambito della sicurezza sul lavoro – può essere operata utilizzando una Matrice del Rischio che prevede solo 4 (e non 14) livelli di rischio differenti, come quella riprodotta di seguito.

Fig. 3: Matrice del rischio 5x5 (4 livelli di rischio)



I quattro colori della matrice del rischio (e gli aggettivi ad essi corrispondenti) descrivono il livello di rischio in Termini di Modalità di Rischio. Le quattro graduazioni del rischio (Modalità) descrivono non solo quanto il rischio è elevato, ma anche il modo in cui le due “dimensioni fondamentali del rischio” (probabilità e impatto) interagiscono e si combinano, determinando il livello di rischio (Quantità).

Dunque, disponendo dei valori dell’impatto (DANNO) e della probabilità di un evento di corruzione, dalla Matrice è possibile desumere sia la sua Quantità di Rischio, che la sua Modalità di Rischio. Infatti, eventi di corruzione con la medesima Modalità di Rischio, possono avere Quantità di Rischio differenti.

Guardando, ad esempio, la distribuzione del numero 4 nell’area del livello di rischio medio-basso (numero bianco su sfondo verde in Fig. 2) si nota che eventi con la medesima Quantità e Modalità di rischio, possono avere valori di probabilità e impatto differenti, rispettivamente: (4x1), (2x2) e (1x4).

Tab. 5: Quantità di rischio (Pxl) relativa a ciascuna Modalità

BASSO	MEDIO-BASSO	RILEVANTE	CRITICO
(1 x 1), (2 x 1), (1 x 2), (3 x 1), e (1 x 3)	(2 x 2), (4 x 1), (1 x 4), (1 x 5), (5 x 1), (3 x 2) e (2 x 3)	(4 x 2), (2 x 4), (3 x 3), (5 x 2), (2 x 5), (4 x 3) e (3 x 4)	(5 x 3), (3 x 5), (4 x 4), (5 x 4), (4 x 5) e (5 x 5)

- Dal punto di vista pragmatico il Responsabile Anticorruzione e l’Ufficio fanno corrispondere direttamente in questa fase di Analisi del rischio:
  - alla **zona rossa** specifiche azioni organizzative INDILAZIONABILI (Nel Piano di Trattamento sono tutte in **I fascia** di priorità);
  - alla **zona gialla** specifiche azioni organizzative da PROGRAMMARE CON URGENZA (nel Piano di trattamento sono tutte in **II fascia** di priorità);
  - alla **zona verde** specifiche azioni organizzative COORRETTIVE e/o MIGLIORATIVE da programmare nel breve termine (nel Piano di Trattamento tendenzialmente confluiscono quasi tutte in **II fascia** di priorità);
  - alla **zona celeste** specifiche azioni organizzative MIGLIORATIVE da valutare in fase di programmazione delle attività (nel Piano di Trattamento sono tutte in **III fascia** di priorità).

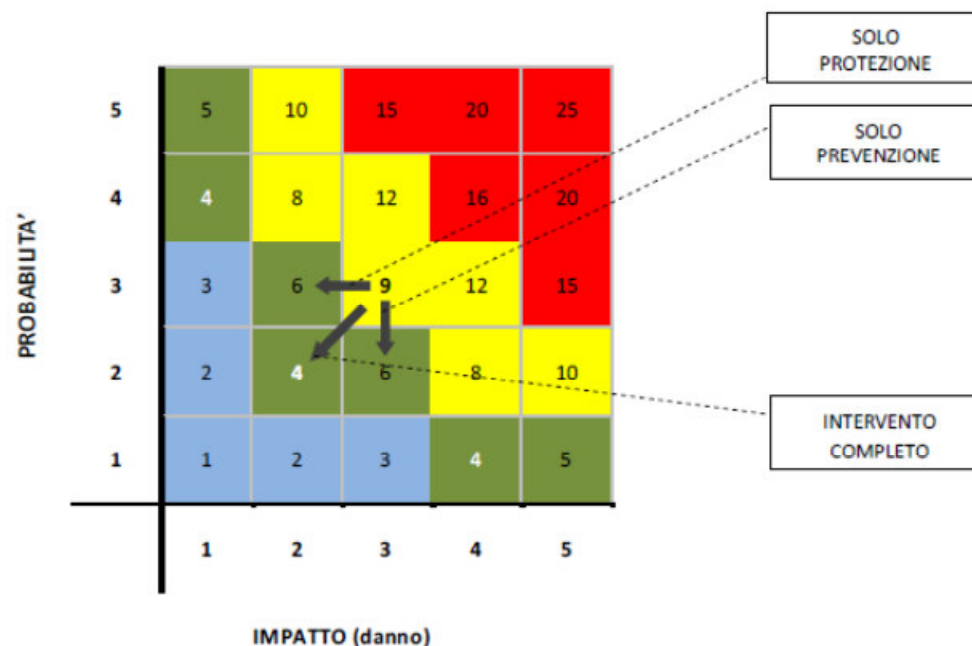
In concreto, appena il Responsabile Anticorruzione effettua la valutazione, ovvero appena ricevuta informazione da parte dell’Ufficio P.P.A., dispone il blocco dell’attività come sino ad allora veniva svolta e la sua pronta riorganizzazione. Infatti, in Agenzia nessun processo complesso che esprime un Livello di Rischio superiore a 15 può proseguire a meno lo stesso processo complesso non sia caratterizzato da un Livello di controllo di grado “assoluto”.

La lettura della matrice non può però dirsi completa se non venisse esplicitato come viene concretamente gestito ogni evento alla luce della sua specifica modalità. Tra gli obiettivi di questo Piano vi è anche quello di individuare pronti correttivi organizzativi al fine di ABBASSARE la QUANTITÀ di RISCHIO degli eventi osservati.

Gli attori della tutela dell'Integrità hanno apparentemente solo due strade innanzi a loro: **minimizzare il danno potenziale** per l'Amministrazione; **abbassare la probabilità che quel danno venga inflitto**.

Ipotizzando di aver a che fare nella matrice con un evento con quantità di rischio pari a **nove (3x3)**, i provvedimenti dell'Amministrazione possono produrre una riduzione della probabilità che l'evento si verifichi (**da 3 a 2 il valore della probabilità**) ponendo così in essere un'attività di PREVENZIONE attraverso la pronta modifica delle procedure e l'organizzazione del lavoro. A fronte dell'evento, questo intervento di prevenzione dell'Amministrazione fa guadagnare la riduzione della quantità di rischio dall'originario 9 al più apprezzabile **6 (2x3)** attraverso l'uscita VERSO IL BASSO dalla modalità di rischio RILEVANTE evidenziata in giallo nella sottostante figura.

Fig. 4: Come "uscire" dalla matrice del rischio



AReS Puglia | Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione – PTPC 2016-2018

Oppure l'Amministrazione può trascurare le procedure e l'organizzazione del lavoro e destinare i propri sforzi ad aumentare le "protezioni" dei suoi dipendenti da quello stesso rischio (**da 3 a 2 il valore dell'impatto**) investendo, attraverso la formazione e l'esempio, nel ripristino/mantenimento dell'eticità dell'agire e nell'incorruttibilità dei suoi funzionari e dirigenti; questa, infatti, si configura come un'attività di PROTEZIONE. A fronte dell'evento, questo intervento di protezione dell'Amministrazione fa guadagnare la riduzione della quantità di rischio dall'originario 9 al medesimo valore **6 (3x2)**, questa volta attraverso l'uscita ORIZZONTALE VERSO SINISTRA dalla modalità di rischio RILEVANTE.

Le due strade che si aprono innanzi all'Amministrazione non sono però mutuamente escludentesi. In Agenzia, pertanto, vengono perseguite contemporaneamente entrambe le vie.

A fronte del medesimo evento, quest'Amministrazione interviene ponendo in essere attività di PREVENZIONE, attraverso la pronta modifica delle procedure e l'organizzazione del lavoro, ed insieme di PROTEZIONE, con un'esemplare investimento sulla qualità professionale ed umana dei propri membri e sul benessere organizzativo. Per questa composita e virtuosa via, i fenomeni che il presente piano presidia vengono affrontati, minimizzandone il danno ed, insieme, la probabilità che si verifichino.

Tornando all'esempio precedente, quindi, questo duplice intervento di PROTEZIONE E PROTEZIONE dell'A.Re.S. fa guadagnare la riduzione della quantità di rischio dall'originario 9 all'ancora più basso valore **4 (2x2)**, quest'ultima volta con l'uscita IN DIAGONALE dalla modalità di rischio RILEVANTE e puntando, così, decisamente verso la zona di sicurezza (modalità di rischio BASSO) a cui tutte le attività che pone in essere l'Agenzia Regionale sanitaria della Puglia ambiscono.

La breve disamina delle modalità di gestione delle iniziative atte a governare i fenomeni a rischio mette anche in luce quanto le differenze nella definizione di eguali Modalità di rischio inerenti a diversi processi siano rilevanti nella fase di Ponderazione del Rischio. Infatti, nella fase di Ponderazione (l'ultima fase del processo di valutazione del rischio) il Responsabile della Prevenzione ed il preposto Ufficio hanno *scelto* quali eventi di corruzione è necessario prevenire (e con quanta urgenza) e quali no (fase dell'assegnazione delle priorità correttive) da cui ricavare il definitivo **Piano di trattamento della *maladministration* e del rischio di corruzione dell'A.Re.S. Puglia** (ultimo allegato, All. E).

Alla fine della fase di Analisi del Rischio gli attori della prevenzione della corruzione dell'Agenzia dovranno finire di compilare l'Allegato C "Registro dei Rischi", trascrivendo, per ciascun evento, il Livello di controllo rilevato, la probabilità, l'impatto, il valore numerico del livello di rischio (Quantità) e la sua descrizione (Modalità).

La complessa procedura di valutazione dei rischi permette di individuare quegli specifici eventi di maladministration/corruzione che possono manifestarsi all'interno di determinate aree, servizi, strutture, uffici e processi dell'Agenzia Regionale Sanitaria che ancora animano il funzionamento della nuova A.Re.S.S. in assenza del nuovo Atto Aziendale, e la cui probabilità di verificarsi dipende da fattori di tipo organizzativo ed umano che pertanto – riconosciuti come causalmente non estranei all'amministrazione – possono essere *organizzativamente* quanto *culturalmente* affrontati e, così, minimizzati.

## 5. Sinergie con il Ciclo della Performance e con il Piano per la Trasparenza.

Quanto alle sinergie tra misure per la prevenzione della corruzione e la trasparenza ed integrità, da un lato, e Piano della performance, dall'altro, auspicato dal legislatore al fine di amplificare l'efficacia delle prime responsabilizzando dirigenti e dipendenti tutti, il presente Piano rappresenta il punto conclusivo del primo ciclo di programmazione integrato condotto dall'Agenzia.

L'approvazione del Piano per la prevenzione della corruzione, per gli anni 2016-2018, segue, infatti, l'avvenuto compiuto adeguamento dell'ordinamento interno dell'Agenzia alle innovative previsioni in tema di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza delle pubbliche amministrazioni, di cui al d. lgs. 150/2009 ed alla l. r. Puglia 1/2011, per effetto:

- a. della nomina del primo Organismo Indipendente di Valutazione dell'Agenzia, disposta con deliberazione del Direttore Generale n. 67 del 3/6/2015;
- b. della definizione del primo organico Sistema di misurazione e valutazione della performance dell'Agenzia, con deliberazione del Direttore Generale n. 88 del 22/7/2015;
- c. dell'adozione del Piano della performance 2015-2017, avvenuta con deliberazione del Direttore Generale n. 129 del 3/12/2015.

In coerenza con tali atti e nel rispetto dei principi di piena integrazione della fase di programmazione e di gradualità/miglioramento continuo, il presente aggiornamento testimonia l'impegno dell'Agenzia per una sempre più stretta interconnessione tra i distinti ambiti legati alla:

- Prevenzione e contrasto della corruzione;
- *Performance* e valutazione della qualità dei servizi erogati e delle attività;
- Trasparenza ed Integrità.

**Il presente aggiornamento 2017 del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza, pertanto, richiama, come interamente costituenti le apposite Sezioni relative alla trasparenza ed alle interazioni con il ciclo della performance, tutti i contenuti (previsti dal D.Lgs. 33/2013- art. 10, cc. 1 e 3, così come modificati dal D.Lgs. 97/2016) adottati a stralcio del presente Piano – su proposta dell'Ufficio Comunicazione e Trasparenza – con la Deliberazione del Commissario Straordinario dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia n. 85 del 02 maggio 2017.**

Prendendo le mosse dalla Deliberazione del C.S. A.Re.S. Puglia 02/05/2017, n. 85, l'Agenzia ritiene di individuare, quale direttrice di miglioramento, la ulteriore promozione di sinergie tra ambito della *performance* e strategie per prevenire e contrastare il verificarsi di fenomeni di corruzione, anche mediante:

1. il pronto rispetto delle misure inerenti al presente aggiornamento 2017 del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione, così da tenere conto delle specifiche indicazioni fornite – con testuale riferimento al Servizio Sanitario – dall'Aggiornamento al Piano Nazionale



- Anticorruzione, adottato dall’A.N.A.C. con propria determinazione;
2. lo svolgimento, al fine della scientifica comprensione delle nuove dinamiche, dell’attività di interazione con i nuovi stakeholder esterni dell’Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.) da svolgere in ambiente di ricerca sociale (Focus Group), a cura del responsabile dell’Ufficio P.P.A.;
  3. le future risultanze dell’attività di valutazione ed analisi *di primo impianto* del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2018-2020;
  4. la garanzia di una migliore fruibilità (completezza/tempestività) delle informazioni prodotte, tramite sviluppo delle potenzialità offerte dal nuovo Portale istituzionale/sezione Amministrazione trasparente della nuova Agenzia.

Quanto all’unificazione dei ruoli di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile per la Trasparenza nella figura del dirigente del Servizio Analisi Domanda e Offerta di Salute e Sistemi Informativi, Dott.ssa Lucia Bisceglia, (**Deliberazione di nomina n. 84 del 28 aprile 2017**) si ricorda che, con l’entrata a regime della nuova Agenzia regionale per la Salute ed il Sociale, il Responsabile elabora, con cadenza semestrale, entro il 30/06 ed entro il 31/12 di ciascun anno – e comunque successivamente, in fase di primo impianto, all’adozione e piena attuazione del nuovo Atto Aziendale dell’A.Re.S.S. – una relazione sullo stato di attuazione del programma, che verrà pubblicata sul portale istituzionale dell’A.Re.S.S. Puglia, entro la fine del mese solare successivo e trasmessa all’Ufficio/i che supporterà/anno il lavoro del RPCT.

A tal fine si prevede, nel mese successivo alla redazione della reportistica in discorso un incontro congiunto tra i collaboratori degli Attori coinvolti, sotto l’egida del RPCT, finalizzato allo studio di soluzioni migliorative e sempre più adatte alle nuove attività dell’A.Re.S.S.. Nell’ambito di tali incontri, che potranno seguire anche l’elaborazione della Relazione del RPCT saranno affrontate le tematiche più rilevanti rivenienti dalla complessiva attuazione del Piano e del suo impatto con le attività istituzionali della nuova Agenzia.

### ***5.1. Piano Triennale per la Trasparenza e l’Integrità dell’A.Re.S. Puglia per il triennio 2017-2019***

L’aggiornamento al Programma Triennale deve avere cadenza annuale. Il Direttore Generale vi provvede, nell’ambito del Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione, entro il 31/01 di ciascun anno, con propria Deliberazione, su proposta e impulso del Responsabile per la Trasparenza e con il supporto tecnico-amministrativo dell’Ufficio Comunicazione e Trasparenza, afferente al Settore Prevenzione e Trasparenza, funzionalmente dipendente dalla Struttura di Direzione Amministrativa.

Come diffusamente specificato, costituisce **Sezione del presente Aggiornamento del Piano, e sono da ritenersi pertanto qui interamente richiamate ed integrate, le previsioni ed i contenuti allegati alla Deliberazione del Commissario Straordinario dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia n. 85 del giorno 02 maggio 2017.**

Si precisa che della vigenza di queste Sezioni è stata data informazione a tutti i Dipendenti dell’A.Re.S. e che esse sono debitamente pubblicate sul Sito istituzionale dell’Agenzia.

## 6. Il sistema delle misure e delle azioni trasversali alla tutela dell'integrità.

Oltre all'approvazione del presente Aggiornamento 2017 del Piano triennale A.Re.S., nelle more dell'emanazione dell'Atto Aziendale dell'Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S. Puglia) che prevede l'identificazione delle misure di prevenzione attraverso la gestione del rischio e le modalità di interfaccia con il *Ciclo della performance* e con il *Piano per la trasparenza*, vengono censite specifiche azioni, richieste dalla legge 190/2012, che riguardano nello specifico:

- Formazione e Diffusione di buone pratiche e valori;
- Tutela dipendente che effettua segnalazioni (*whistleblower*);
- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- Conferimento incarichi per particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage*); Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali; regolamentazione dello svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
- Attività successiva a cessazione rapporto di lavoro (*revolving doors*);
- Patti di integrità negli affidamenti attraverso la centrale di committenza regionale EmPULIA;
- Rotazione del personale;
- Aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo;
- Monitoraggio dei tempi procedurali.

### 6.1. *La formazione e diffusione di buone pratiche e valori.*

L'Amministrazione predisporrà un calendario di incontri ed eventi formativi sul tema della corruzione, della *maladministration*, dell'integrità e della legalità, rivolgendosi tanto al personale specificatamente addetto al supporto del Responsabile (nonché a quest'ultimo e all'Organo di indirizzo), con corsi settoriali, quanto a tutti i dipendenti in servizio, con corsi e master di I e II livello aventi portata rilevante ai fini dell'elevamento delle competenze e delle consapevolezze necessarie a porre in essere un'azione amministrativa proba ed autorevole. L'iniziativa adottata, resa viepiù necessaria in previsione dello sforzo di adattamento culturale e procedurale richiesto a tutti i dipendenti in occasione della attivazione delle nuove funzioni dell'Agenzia strategica Regionale per la Salute ed il Sociale, è sedimentata nella Deliberazione del Commissario Straordinario A.Re.S.S. n. 57/2017, a cui si rimanda.

Si evita, in questa sede, una compiuta calendarizzazione non essendo ancora note le proposte formative 2018 relative alla richiamata Deliberazione: la presente programmazione codifica, tuttavia, la necessità di preferire per tutti i Dipendenti, la scelta di approcci formativi basati

prevalentemente su una didattica di tipo pratico ed empirico, avendo riscontrato crescenti interesse e sensibilizzazione da parte del personale dell’Agenzia, proprio a mezzo dello studio di casi giurisprudenziali e di fattispecie organizzative reali.

Sono stati programmati e deliberati altresì corsi *in house* per tutti i dipendenti dell’Agenzia (cfr. Programmi in Allegato 1 al presente Aggiornamento). In particolare:

- n°1 corso in house in tema di anticorruzione (gennaio 2018);
- n°1 corso in house in tema di trasparenza amministrativa e diritto di accesso (febbraio 2018).

È stato altresì programmato per il 2018 lo svolgimento delle seguenti azioni formative che la Regione Puglia – Ufficio del Responsabile Regionale Anticorruzione presso il Segretariato Generale della Presidenza della Giunta Regionale ha inteso condividere con il proprio Network dei RPCT delle Agenzie Regionali strategiche, delle Aziende ed Enti del SSR nonché delle Società Controllate dalla Regione:

- N. 2 giornate formative sul tema gestito dall’Ufficio del Responsabile regionale della Trasparenza e della Prevenzione della Corruzione rivolte agli Uffici regionali, alle Agenzie regionali tutte ed alle Società partecipate;
- Un Corso specifico gestito dall’ANAC (richiesta già inviata) rivolto ai Componenti del citato Network.

Si precisa, altresì, che i dipendenti dei vari Uffici dell’Agenzia hanno anche usufruito per il 2017 la possibilità di partecipare – a richiesta – a numerosi corsi di **formazione e aggiornamento normativo settoriali**, grazie ad un’apposita formula abbonamento con società di formazione; tra questi il personale di entrambi gli uffici di supporto allo RPCT ha partecipato ai corsi:

- Anticorruzione: nuovo PNA e Linee Guida ANAC;
- Come redigere il piano Triennale 2018/2020: inquadramento normativo ed adempimenti operativi.

È, infine, ancora garantita la disponibilità di una banca dati giuridica, ovvero la possibilità di far acquisire dall’Agenzia abbonamenti annuali a riviste specialistiche in Discipline economiche, sociologiche, giuridiche ed organizzative a sostegno dell’impegno a contrastare la maladministration investendo, come innanzi ribadito, in professionalizzazione e competenza.

## 6.2. *La tutela del whistleblowing ed il raccordo con il “Comitato Unico di Garanzia per le Pari Opportunità, la Valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le Discriminazioni” (CUG).*

La legge prevede che il pubblico dipendente che denuncia all'autorità giudiziaria o alla Corte dei conti, o riferisce al superiore gerarchico condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro, non può essere sanzionato, licenziato o sottoposto ad una misura discriminatoria, diretta o indiretta, avente effetti sulle condizioni di lavoro per motivi collegati direttamente o indirettamente alla sua denuncia. [P.N.A., pagg. 46 e segg.; art. 54, D.Lgs. 165/2001]

Il consolidato approccio di Agenzia, anticipato nel Par. 2.1. “**I Dipendenti dell’Agenzia Regionale Sanitaria e quelli assegnati alle Aree di Rischio**”, come già esplicitato nelle precedenti stesure del Piano, trova supporto nelle più recenti previsioni di cui alla **Legge 30 novembre 2017, n. 179** dal titolo “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*” recante disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito anche di un rapporto di lavoro pubblico. Quest’Amministrazione rinnova e rinforza, pertanto, il proprio impegno a garantire la riservatezza dell’identità del segnalante.

Per questa via, l’Agenzia conferma la prevalenza dell’interesse dei dipendenti e dei Cittadini all’integrità dell’agire di quest’Amministrazione e specifica che questa natura di *interesse preminente* consente – a, meglio, impone – ai dipendenti e Cittadini informati sui fatti la segnalazione/denuncia degli stessi senza che (previsione di **tutela forte** per il segnalante *dipendente pubblico*) tale rilevazione/denuncia configuri le ipotesi di “rilevazione di segreto d’ufficio” (ex art. 622 c.p.) ovvero di violazione dell’obbligo di fedeltà del lavoratore.

Inoltre, il dipendente che ritiene di aver subito una discriminazione per il fatto di aver effettuato una segnalazione di illecito, può darne notizia al Comitato Unico di Garanzia (CUG) aziendale.

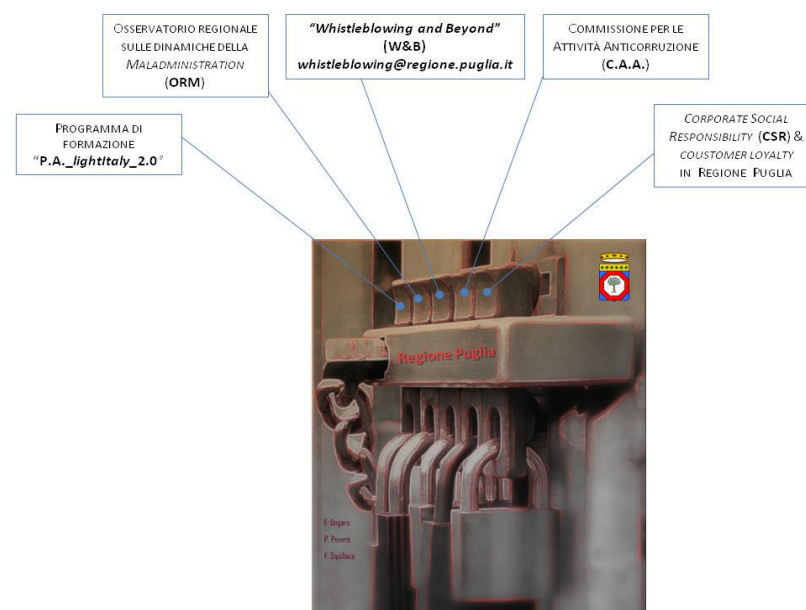
Il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e per la trasparenza, ai fini della tutela del dipendente che effettua segnalazioni, garantisce l’obbligo di riservatezza. Egli esclusivamente gestirà le informazioni ricevute, con la collaborazione ed il supporto del preposto Ufficio P.P.A., riconducendo opportunamente a codice alfanumerico i dati identificativi del *whistleblower*. E’ previsto un canale differenziato e riservato per ricevere le segnalazioni, che infatti possono essere effettuate via mail (***whistleblower@arespuglia.it***), per posta ordinaria ovvero oralmente; in ogni caso, le segnalazioni devono presentarsi adeguatamente circostanziate e sostenute da incontrovertibili elementi di fatto (prove documentali, video ed audio-registrazioni, molteplicità coerente di testimonianze, ecc.).

Si prevederà altresì, con la nuova Agenzia regionale per la Salute ed il Sociale, a dar forma sperimentale all'idea progettuale, sviluppata dallo stesso Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione, denominata **APVLIA ANTICORRUPTION SYSTEM (A.A.S.)**.

L'iniziativa progettuale sperimentale ruota intorno all'esigenza di **sviluppare in maniera virtuosa le relazioni** che l'Ente intesse con la società civile e con il mondo professionale ed imprenditoriale della sanità e – in forza della sua rinnovata *mission* – anche con il proteiforme mondo che presidia le funzioni socio-sanitarie, mediante l'impiego di tecniche di *Stakeholder engagement* (investendo cioè nella motivazione e nell'*empowerment* delle risorse umane, rendendo trasparenti alcuni processi decisionali secondari<sup>1</sup>, affermando i principi della meritocrazia e della legalità nella P.A., ecc.).

Contemporaneamente, la proposta risponde alla necessità di **tutelare** e di **coinvolgere attivamente i whistleblower** nel processo di gestione del rischio corruttivo e di *maladministration*, fornendo loro – auspicabilmente nel corso del 2018 - **una piattaforma informatica dedicata – con garanzia di anonimato** – utile alla gestione aziendale ed al monitoraggio centralizzato di tutte le eventuali situazioni di illecito.

#### APVLIA ANTICORRUPTION SYSTEM (A.A.S.)



<sup>1</sup> E' dimostrato che da parte datoriale è invalsa l'abitudine a coinvolgere gli stakeholder non controllanti solamente a fronte di processi decisionali non strategici o di scarsa rilevanza per l'organizzazione di lavoro (Cfr. Matteo Bartolomeo, Carolina Pacchi, *La responsabilità sociale delle imprese*, in *Notizie di Politeia*, n. 74, 2004, p. 148) eppure le sfide poste dall'organizzazione del lavoro richiedono una definizione concorde delle politiche di formazione e riqualificazione dei lavoratori che ben si inserisce in un'evoluta visione del capitale umano e nella sua valorizzazione responsabile.

Tale duplice processo di *avvicinamento* alle concrete prassi di azione a rischio di corruzione consiste in una rilettura degli obiettivi dei diversi attori del “Sistema Salute e Sociale” nell’ottica di una loro omogeneizzazione nell’ambito dell’**implementazione di modalità che garantiscano un controllo, efficace ed evolutivo, delle dinamiche anticorruptive.**

Su queste sintetiche argomentazioni può quindi già scorgersi il **core di un proteiforme Sistema sperimentale potenzialmente estendibile al livello regionale, volto alla promozione dell’integrità in Agenzia ed a stimolare nei dipendenti una sempre maggiore identificazione con la mission istituzionale**

I firmatari tecnici della presente proposta (Povero P., Squillace F., Ungaro F.) hanno, pertanto, impostato un percorso che trova stabilità e continuità d’azione nell’istituzione sperimentale:

- ❖ di una piattaforma unitaria, *web based*, denominata “**Whistleblowing and Beyond – W&B**” per la raccolta e la gestione delle informazioni tratte dall’attività di *whistleblowing* che si sviluppa A.Re.S.S. ma anche – *oltre e più costruttivamente* – per la raccolta e l’utilizzazione delle *buone prassi* organizzative e procedurali specifiche che i dipendenti – con il medesimo approccio *bottom-up* – vorranno suggerire all’Osservatorio. Questo importante strumento è posto nelle mani del Responsabile Anticorruzione dell’Agenzia per la salute ed il Sociale e del suo Ufficio P.P.A. di supporto e sarà strutturato per garantire la tutela della riservatezza delle informazioni fornite dai whistleblower e per garantire la sicurezza dall’operazione di compilazione dei *form online* fino alla conservazione, accesso e trattamento dei dati stessi;
- ❖ [in caso di estensione al livello regionale dell’iniziativa sperimentale di Agenzia] dello “**Osservatorio regionale sulle dinamiche della maladministration**”. Presieduto dal Responsabile Anticorruzione regionale e composto da esperti nel contrasto di tale fenomeno e tecnici del settore;
- ❖ [in caso di estensione al livello regionale dell’iniziativa sperimentale di Agenzia] della “**Commissione per le attività anticorruzione della Regione Puglia**”. Presieduta dall’Assessore competente, o suo delegato, è volta a favorire periodiche occasioni di incontro, confronto e informazione tra gli *stakeholder* che animano il funzionamento del Sistema Puglia della Salute e del Sociale ovvero allo sviluppo di proposte correttive/migliorative di respiro regionale e sistemico;
- ❖ [in caso di estensione al livello regionale dell’iniziativa sperimentale di Agenzia] dell’estensione ai dipendenti di altri enti – e non solo a quello delle ASP pugliesi [cfr. **FormASP – Plant seeds** (Deliberazione della Giunta regionale n. 931 del 12 maggio 2015) – del **Programma di Formazione P.A. *lightItaly* 2.0** rivolto ai Responsabili Anticorruzione aziendali, ai funzionari istruttori ed ai dirigenti delle Aree a rischio di cui al P.N.A. e di quelle ulteriori (specifiche di ogni organizzazione di lavoro)];
- ❖ dell’implementazione di un **Piano aziendale di iniziative strutturate** volte sia a **concretizzare i temi della Corporate Social Responsibility (CSR)** divulgati della Commissione Europea, sia ad **espandere la “customer loyalty” dei dipendenti/cittadini** stessi dal ruolo rivestito nell’ambito dell’Istituzione di appartenenza alla società per il cui bene essa opera (cfr. Deliberazione del Commissario Straordinario A.Re.S.S. n. 57 del 17 novembre 2017).

Nell'ambito dell'Apulia Anticorruption System, la piattaforma informatica di quest'Agenzia strategica regionale è stata ideata con l'obiettivo specifico di **andare oltre l'attività di denuncia conclusa nel concetto di whistleblowing**. Infatti, essa risponde da un lato alle esigenze e previsioni della L. 190/2012 e, dall'altro lato, all'esigenza organizzativa di **intercettare, da parte dei concreti attori del proprio funzionamento, i suggerimenti costruttivi**, le proposte di miglioramento, le idee vincenti per l'ottimizzazione dell'azione dell'Agenzia intorno al tema del contrasto alla *maladministration* ed alla corruzione.

Infatti, l'ANAC chiede esplicitamente di conoscere se le amministrazioni hanno attivato **procedure per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile** riguardo ad eventuali fatti corruttivi che coinvolgono dipendenti e/o altri soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione distinguendo le eventuali segnalazioni pervenute tra quelle effettuate da dipendenti e quelle effettuate da non dipendenti.

Il sistema **Apulia Anticorruption System (A.A.S.)**, con la sua piattaforma informativa **"W&B"** potrà rispondere alle esigenze normative in materia<sup>2</sup> e muove oltre, sviluppando la dimensione costruttiva e dello *empowerment* organizzativo a fronte della dimensione invece solo "repressiva" prescritta dalle norme.

Più in dettaglio, **il sistema informativo regionale "W&B" (Whistleblowing and Beyond)** potrà basarsi:

- ❖ sulla costituzione di una completa **"anagrafica funzionale"** dei dipendenti, con possibilità di agire sul sistema anche per utenti non-dipendenti;
- ❖ sulla costituzione di **Profili protetti** suddivisi in tre categorie [in caso di estensione al livello regionale dell'iniziativa sperimentale di Agenzia]: *segnalanti* (dipendenti e non, con accesso alle proprie segnalazioni), *Amministratori di Ente* (responsabili anticorruzione aziendali e loro staff), *Amministratori di Sistema* (Responsabile Anticorruzione della Regione Puglia e Componenti dell'Osservatorio regionale);
- ❖ su una **Piattaforma informatica** che:
  - assista il dipendente-segnalante nello svolgimento di **due tipologie di segnalazione**: **"whistleblowing"** (segnalazioni di illeciti) ed **"empowerment organizzativo"** (consigli e soluzioni costruttive per il contrasto della *maladministration*).

Ciò attraverso appositi *form online* strutturati sulla base dei campi descrittivi voluti da ANAC e da quelli ulteriori (correttivi urgenti, migliorie, empowerment organizzativo, ecc.) definiti, in forma continua e dinamica, dallo "Osservatorio regionale sulle dinamiche della *maladministration* di quest'Agenzia" (presieduto dal Responsabile Anticorruzione e/o dai co-progettisti del Sistema in discorso). Il segnalante avrà la possibilità, all'atto dell'invio, di ascrivere la propria segnalazione ad ulteriori categorie pre-determinate dall'Osservatorio per la pronta lettura dei dati aggregati relativi a ciascuna delle due macro-categorie;

---

<sup>2</sup> Cfr. "Linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)" determinazione ANAC n. 6 del 28/04/2015.



- registri, criptandole in uno, le informazioni fornite e separi l'identità del segnalante dal contenuto della segnalazione da questi resa, nel pieno rispetto delle esigenze della *tutela forte* dell'identità del segnalante (dipendente pubblico) dettata dalla Legge 30 novembre 2017, n. 179;
- consenta l'**accesso e la consultazione agli Amministratori di Ente<sup>3</sup> delle sole segnalazioni** (senza possibilità di accesso all'identità del segnalante) in una fase istruttoria preliminare a cui possono seguire sia l'archiviazione, sia "richieste di integrazioni" al segnalante (ancora anonimo);
- consenta all'Amministratore di Ente, in caso di apertura di un procedimento disciplinare interno, di chiedere il **consenso al disvelamento** dell'identità del segnalante ovvero, per casi particolarmente gravi (condizioni previste dalla legge), di ottenere dal Sistema W&B il **disvelamento forzato** dell'identità del segnalante pur nella **garanzia della conservazione separata delle informazioni** ("quello che si è denunciato" dovrà essere archiviato separatamente da "chi lo ha denunciato").

❖ Sullo sviluppo di **statistiche sulle segnalazioni aziendali**:

- (trimestrali ed annue, per tipologia di illecito, per area organizzativa o dei servizi, ecc.), ad uso dell'Amministratore di Ente e degli Amministratori di Sistema (solo dati aggregati);
- [in caso di estensione al livello regionale dell'iniziativa sperimentale di Agenzia] sviluppo delle stesse statistiche (e di altre) ma inerenti all'intero sistema di organizzazioni di lavoro aderenti (Enti del SSR, ASP di Puglia, ...) che aderiscono a **W&B**, ad esclusivo uso degli Amministratori di Sistema.

In sintesi, le proposte sinteticamente contenute nell'**Apulia Anticorruption System (A.A.S.)** possono rappresentare il nucleo intorno a cui strutturare un proteiforme intervento di contrasto delle dinamiche corruttive e della *maladministration* nonché, in uno, occasione per lo sviluppo e la valorizzazione delle *buone prassi* invalse presso qualsiasi Ente del Sistema Salute e Sociale della Puglia. Altresì, l'ipotesi progettuale più ampia – che prevede un'ipotetica estensione al livello regionale dell'iniziativa sperimentale di Agenzia – di strutturare una piattaforma unica garantisce, in sé, economicità, efficacia ed una visione sistemica fondamentale per la costruzione di scenari decisionali verosimili.

<sup>3</sup> Gli Amministratori di Sistema non possono accedere ai dettagli del singolo procedimento a meno che questo non riguardi il *proprio* Ente (in questo caso agiscono in qualità di Amministratori di Ente).



### 6.3. *Conflitto di interesse*

Il P.N.A. raccomanda una particolare attenzione da parte dei responsabili del procedimento sulle situazioni di conflitto di interesse, evidenziando come la Legge 190 abbia inserito nell'ambito della legge sul procedimento amministrativo (L. n. 241 del 1990), il nuovo art. 6 bis, denominato appunto "Conflitto di interessi". [art. 6 bis, L. 241/1990]

In A.Re.S. la dichiarazione di cui trattasi è inserita in ogni provvedimento.

Per conflitto di interessi, reale o potenziale, si intende qualsiasi relazione intercorrente tra un soggetto facente parte a vario titolo del personale dell'A.Re.S. Puglia e un soggetto esterno tale per cui possa risultare un pregiudizio al corretto svolgimento dell'azione amministrativa.

Si tratta, in particolare, di quei casi in cui sussista il rischio che un interesse secondario o privato possa condizionare gli atti riguardanti un primario interesse istituzionale:

- qualora il dirigente o il membro del personale di comparto si avvalga della propria posizione all'interno dell'A.Re.S. Puglia, per favorire, a pregiudizio della stessa o meno, un soggetto o una struttura esterna, nella quale è in qualche modo interessato;
- qualora possa essere messa in dubbio l'imparzialità del dirigente o funzionario nell'assumere decisioni verso soggetti esterni, che hanno con l'Agenzia rapporti convenzionali, contrattuali o di fornitura di beni e/o servizi.

La segnalazione del conflitto deve essere indirizzata al proprio Dirigente (per il comparto) o al Responsabile Anticorruzione (per la dirigenza) il quale, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo. La determinazione finale, motivata, in merito alla ricorrenza di una causa di conflitto di interesse è competenza del dirigente o del RPC, il quale applica, per analogia, anche l'art. 51 c.p.c. (oltre che le deliberazioni ANAC a tal riguardo e il Codice di comportamento nazionale ed integrativo).

Nel caso in cui sia necessario sollevare il dipendente dall'incarico questo dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Dirigente dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Qualora il conflitto riguardi lo stesso Dirigente RPC, a valutare le iniziative da assumere sarà il Direttore Generale dell'A.Re.S. Puglia.

La violazione sostanziale della norma, che si realizza con il compimento di un atto illegittimo, dà luogo a responsabilità dirigenziale/disciplinare del dipendente, suscettibile di essere punita con l'irrogazione di sanzioni all'esito del relativo procedimento, oltre a poter costituire fonte di illegittimità del procedimento e del provvedimento conclusivo dello stesso, quale sintomo di eccesso di potere sotto il profilo dello sviamento della funzione tipica dell'azione amministrativa.

A tale scopo, la strategia di prevenzione del rischio di corruzione approntata dal legislatore prevede che il dipendente renda accessibili, al proprio responsabile ed all'amministrazione, attraverso una serie di dichiarazioni e comunicazioni, determinate informazioni, ai fini della

valutazione dell'assenza del conflitto di interessi e di cause di incompatibilità e inconferibilità (cfr. il paragrafo seguente), in relazione alla propria posizione lavorativa in un'ottica di efficienza nei processi di verifica e di organicità nella gestione delle informazioni riguardanti il personale.

Fra queste ricordiamo:

- Dichiarazioni di interessi finanziari e potenziale conflitto di interesse;
- Comunicazione di adesione o appartenenza ad associazioni od organizzazioni operanti in ambito sanitario;
- Comunicazioni relative all'obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse, anche potenziale (art. 6 bis, L. 241/90);
- Dichiarazione circa l'insussistenza delle cause di incompatibilità specifiche relative a cariche politiche (art. 12, D.Lgs. 39/2013);
- Dichiarazione circa l'insussistenza delle cause di incompatibilità specifiche relative a incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati (art. 9 D.Lgs. 39/2013);
- Dichiarazione circa l'insussistenza delle cause di inconferibilità per posizioni dirigenziali in caso di condanna per reati contro la P.A. (art. 3, D.Lgs. 39/2013).

#### ***6.4. Indirizzi per l'attribuzione degli incarichi extra-istituzionali e per la gestione di incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi (pantouflage)***

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

L'A.Re.S. Puglia si è dotata di un regolamento aziendale che specifica i criteri per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi, soprattutto extra-istituzionali [art. 53, D.Lgs. 165/2001], in modo da evitare che si realizzino situazioni di cumulo di incarichi che possano compromettere il buon andamento dell'attività, il quale sarà, nel corso dell'anno prossimo, oggetto di doveroso aggiornamento nel rispetto delle innovazioni che il DL 69/2013 (Decreto del Fare), in particolare con l'art. 29-ter, propongono al decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 ovvero *“In sede di prima applicazione, con riguardo ai casi previsti dalle disposizioni di cui ai capi V e VI del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 gli incarichi conferiti e i contratti stipulati prima della data di entrata in vigore del medesimo decreto legislativo in conformità alla normativa vigente prima della stessa data, non hanno effetto come causa di incompatibilità fino alla scadenza già stabilita per i medesimi incarichi e contratti”*.

Il regolamento dovrà prevedere puntualmente tutti gli adempimenti amministrativi ed il regime sanzionatorio per i casi di inconferibilità-incompatibilità.

Ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, per “incompatibilità” si intende quindi “l'obbligo per il soggetto cui viene conferito l'incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di 15 giorni, tra la permanenza nell'incarico e l'assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche

in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l'incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l'assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico”.

Le situazioni di incompatibilità sono previste nei Capi V e VI del D.Lgs n. 39/2013. A differenza del caso di inconfiribilità, la causa di incompatibilità può essere rimossa mediante rinuncia dell'interessato ad uno degli incarichi che la Legge considera incompatibili tra di loro.

Le condizioni ostative all'assunzione o al mantenimento di una carica dirigenziale di vertice sono da riportare a due differenti ipotesi: quella dell'*inconfiribilità*, volta ad interdire, a monte, l'accesso a tali incarichi; e quella dell'*incompatibilità*, volta a impedire, a valle, che coloro che occupano posizioni dirigenziali ritenute incompatibili con altre nomine o assegnazioni, possano mantenere entrambi i ruoli di vertice [P.N.A., pagg. 40 e segg.].

Ai sensi del recente D.Lgs. 39/2013, esistono tre ordini di cause di inconfiribilità, temporanea o permanente, degli incarichi dirigenziali:

- in caso di condanna, anche non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione;
- la provenienza da Enti di diritto privato regolati o finanziati da una pubblica amministrazione;
- la provenienza da organi di indirizzo politico.

Le cause di incompatibilità riguardano invece l'impossibilità di mantenere l'incarico dirigenziale nel caso di assunzione e svolgimento di incarichi e cariche ulteriori a quelle istituzionali nel rispetto dei principi di esclusività del dipendente pubblico e del buon andamento della pubblica amministrazione, già sanciti nella Costituzione, mediante la verifica dell'insussistenza di incompatibilità organizzativa e la vigilanza sul divieto di cumulo degli impieghi.

Per effetto dell'adozione, con deliberazione del Direttore Generale n. 122/2014, del funzionigramma della soppressa Agenzia Regionale Sanitaria e della profonda riorganizzazione da questo impressa alle strutture amministrative interne che ancora sostengono le attività della nuova Agenzia regionale per la Salute ed il Sociale, anche mediante rafforzamento della struttura "a matrice" delle stesse, si è verificato l'effetto di accentrare, in capo alla Struttura complessa di Direzione Amministrativa, sia la direzione del Settore Appalti che del Settore Bilancio e Contabilità.

Questa situazione appare, d'altro canto, inevitabile in considerazione dell'attuale presenza in servizio di un solo dirigente amministrativo, in servizio in posizione di comando da altro Ente Pubblico, e non può ancora prevedersi se la situazione sarà destinata a perpetuarsi atto che non è stato ancora emanato l'atto aziendale di riorganizzazione della nuova A.Re.S.S..

Allo scopo di evitare, ove possibile, la creazione ed il consolidarsi di posizioni di potere in capo a singoli individui, lo stesso Piano Nazionale Anticorruzione dispone che le amministrazioni pubbliche prevedano criteri per realizzare la rotazione del personale dirigenziale e del personale con funzioni di responsabilità (ivi compresi i responsabili del procedimento), operante nelle aree a più elevato rischio di corruzione, salvo motivati impedimenti connessi alle caratteristiche organizzative dell'amministrazione.

In ragione delle richiamate e peculiari circostanze attualmente caratterizzanti la struttura amministrativa e la compagine dirigenziale dell'Agenzia, risulta impossibile, allo stato, porre in essere misure quali la rotazione del personale.

Al medesimo tempo, appare cionondimeno necessario evitare l'ulteriore confluire – in capo ad una sola persona fisica – di compiti/attività connotati da elevato rischio corruttivo, quale la partecipazione alle commissioni giudicatrici di appalti pubblici, da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più favorevole, ai sensi dell'art. 83, d. lgs. 163/2006.

Conseguentemente, si ritiene necessario confermare anche in questo PTPC, quale **misura di prevenzione** alternativa alla rotazione del personale ipotizzata dal Piano Nazionale Anticorruzione:

- ❖ una vera e propria ipotesi di incompatibilità tra la responsabilità della Struttura di Direzione Amministrativa e la partecipazione alle commissioni giudicatrici di appalti pubblici, indetti dall'Agenzia e da aggiudicare ai sensi dell'art. 83, d. lgs. 163/2006 (offerta economicamente più vantaggiosa).

A detta incompatibilità si accompagna, inoltre:

- l'obbligo per il responsabile del Settore Contratti e Appalti, ove contestualmente responsabile della Struttura complessa di Direzione Amministrativa tout court, di nominare, quali presidenti di commissioni giudicatrici di appalti da aggiudicarsi con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa, indetti dall'Agenzia, dirigenti di altre pubbliche amministrazioni aggiudicatrici aventi specifica competenza in materia di appalti pubblici.
- invece, per la generalità dei dipendenti A.Re.S. Puglia, il Dirigente della Struttura complessa di Direzione Amministrativa, in qualità di Dirigente del Personale, verifica la sussistenza di eventuali situazioni di incompatibilità nei confronti dei titolari di incarichi previsti nei Capi V e VI del D.Lgs n. 39/2013 per le situazioni contemplate nei medesimi Capi.

Il controllo viene effettuato:

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

Se la situazione di incompatibilità emerge al momento del conferimento dell'incarico, la stessa deve essere rimossa prima del conferimento.

Se la situazione di incompatibilità emerge nel corso del rapporto, il Responsabile Anticorruzione contesta la circostanza all'interessato ai sensi degli artt. 15 e 19 del D.Lgs n. 39/2013 e vigila affinché siano prese le misure conseguenti.

A tale fine, l'Amministrazione assicura che:

- negli interpelli per l'attribuzione degli incarichi siano inserite espressamente le cause di incompatibilità o il riferimento al d.lgs. 39/2013;

- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, con cadenza annuale, preferibilmente nel mese gennaio di ogni anno.

Al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione spettano le funzioni di vigilanza di cui all'articolo 15 del D. Lgs. 39/2013 sulla eventuale insorgenza di cause di inconferibilità o incompatibilità, provvedendo a contestare all'interessato l'esistenza o l'insorgenza delle situazioni di cui al medesimo decreto.

Pertanto, quale necessaria **misura di prevenzione** integrativa del precedente, questo PTPC 2016-2018 dispone l'attivazione di:

- ❖ controlli, da parte del Settore Personale, sulla veridicità delle dichiarazioni inerenti all'insussistenza di cause di inconferibilità rese dai beneficiari di incarichi dirigenziali di cui al D.Lgs 39/2013;
- ❖ controlli diretti ed indiretti, da parte del Settore Personale, della eventuale presenza di situazioni di incompatibilità (ex D.Lgs. 39/2013 relative a particolari posizioni dirigenziali (ad . es. iscrizioni ad Ordini professionali, ecc.)

Infine, circa la formazione di commissioni, l'assegnazione di Uffici o incarichi a dipendenti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per delitti contro la Pubblica Amministrazione [art. 35 bis, D.Lgs. 165/2001], il Settore Personale controlla le dichiarazioni relative ai carichi pendenti dei dipendenti assunti ai sensi del d.p.r. 445/2000 nonché richiede ai componenti delle diverse Commissioni Esaminatrici di dichiarare ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001, di non aver riportato condanne per i delitti di cui al capi I, Titolo II, Libro II del Codice Penale (propri dei dipendenti pubblici).

## **6.5. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving doors)**

Come l'A.Re.S., precedentemente, anche l'attuale A.Re.S.S. garantisce l'effettiva preclusione al proprio personale di svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di impiego, attività lavorativa o professionale presso l'Agenzia stessa nel rispetto dell'art. 53, comma 16 *ter*, D.Lgs. 165/2001, prevedendo, in particolare:

- *nei contratti di assunzione del personale* **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;
- *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, nei loro confronti, per conto dell'A.Re.S. Puglia per il triennio successivo alla cessazione del rapporto;
- **l'esclusione dalle procedure di affidamento** nei confronti dei soggetti per i quali sia emersa la situazione di cui al punto precedente;

- **di agire in giudizio per ottenere il risarcimento del danno** nei confronti degli ex dipendenti di cui sopra.
- **la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti** in violazione di quanto previsto ai punti precedenti e **il divieto** per soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti, **di contrattare con l’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale della Puglia** per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.

Inoltre l’Agenzia garantisce in ogni suo conferimento di incarico – anche di consulenza e studio e quale che sia il titolo o la fonte di finanziamento – il rispetto del generale divieto di attribuire incarichi dirigenziali a soggetti in quiescenza nel rispetto del Decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90 *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l’efficienza degli uffici giudiziari”* (convertito, con modificazioni, dalla L. 11 agosto 2014, n. 114) e della Circolare ministeriale del 4 dicembre 2014, n. 6, ad oggetto *“Interpretazione e applicazione dell’articolo 5, comma 9, del decreto-legge n. 95 del 2012, come modificato dall’articolo 6 del decreto-legge 24 giugno 2014, n. 90”*.

## 6.6. *Patti di integrità*

La l. 190/2012, all’art. 1, c. 17 ed il Piano Nazionale Anticorruzione, al paragrafo 1.13, hanno previsto che le stazioni appaltanti possano prevedere negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito che il mancato rispetto delle clausole contenute nei protocolli di legalità o nei patti di integrità costituisce causa di esclusione dalla gara, con ciò espressamente conferendo a tale tipologia di accordi rilevanza giuridica nell’ambito delle procedure selettive finalizzate all’aggiudicazione di appalti pubblici.

Gli accordi di cui alla l. anticorruzione, in particolare, integrano la *lex specialis* di gara e le condizioni del conseguente contratto di appalto, sancendo il comune impegno della amministrazione appaltante e dell’operatore economico fornitore ad assicurare la legalità e la trasparenza nell’esecuzione di un dato contratto pubblico, principalmente al fine di prevenire, controllare e contrastare eventuali tentativi di infiltrazione mafiosa, nonché di verificare sicurezza e regolarità dei luoghi di lavoro.

Quanto a questi, l’Agenzia – anche in considerazione della profonda riorganizzazione amministrativa attuata con il funzionigramma, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 122/2014, ed il conseguente accentramento in capo al solo Ufficio Appalti e Contratti di tutte le procedure ad evidenza pubblica di competenza dell’Agenzia – intende promuovere, avvalendosi della facoltà riconosciuta dal legislatore nazionale, la sottoscrizione di patti di integrità tra l’Amministrazione appaltante e gli operatori economici partecipanti alle gare indette a decorrere dal 2016, da stipularsi ai sensi del detto art. 1, c. 17, l. 190/2012.

Su un piano parzialmente diverso dai protocolli di legalità appena richiamati, operano i patti previsti dall’art. 16, l. r. Puglia 15/2008 che, all’indomani dell’entrata in vigore del codice degli appalti, ha previsto l’impegno esplicito dei partecipanti alle gare economicamente più rilevanti indette, tra l’altro, dalle Agenzie regionali, ad astenersi da comportamenti aventi l’effetto, diretto o indiretto, di limitare la concorrenza o modificare le condizioni di eguaglianza sia in fase di gara che durante la successiva esecuzione del contratto. Con il presente Piano triennale per

la prevenzione della Corruzione, l’Agenzia – da sempre rispettosa dei principi generali di concorrenza e par condicio tra i partecipanti alle procedure d’appalto – intende introdurre l’obbligo per le proprie strutture interne di prevedere, quale clausola obbligatoria delle gare aventi un valore a base d’asta superiore ad € 150.000,00, l’esplicito impegno delle parti contraenti ad evitare ogni tipo di comportamento potenzialmente lesivo dei citati principi di concorrenzialità e parità tra i partecipanti alle procedure d’appalto.

## 6.7. *Rotazione del personale*

L’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale eredita dall’A.Re.S. (Agenzia Regionale Sanitaria) una dotazione organica esigua e coperta solo parzialmente che, in origine, dalla lettura della Legge n. 24/01 – istitutiva della soppressa Agenzia sanitaria – e soprattutto delle sue ss.mm.ii. prevede n. **36 figure professionali**, distinte tra n. **27 di comparto** e n. **9 dirigenziali**. In questo frangente, in assenza di un Atto che quantifichi e qualifichi la dotazione organica della nuova Agenzia per la Salute ed il Sociale, la dotazione organica di comparto che attualmente sostiene le attività di Agenzia è pari a n. 19 figure di comparto, in prevalenza assegnate formalmente, seppur in una configurazione organizzativa “a matrice” con le Aree di Direzione medica, i Servizi ed i Settori, alla Struttura di Direzione Amministrativa.

Questi, da soli, sono apparsi in passato elementi sufficienti a motivare l’apparente inadempienza in ordine alla mancanza di uno specifico provvedimento regolamentare inerente alla rotazione del personale sugli incarichi (come anche tracciato dalla legge di stabilità per il 2016), invece; infatti, in Agenzia si è scelto di affrontare la disposizione di della L. 190/2012 attraverso provvedimenti di tipo organizzativo.

Dal punto di vista organizzativo, quindi, la soppressa A.Re.S., con la Deliberazione DG n. 122 del 2014, si è data un’organizzazione finalizzata ad andare incontro alle esigenze delle sue Aree di Direzione e dei Servizi.

Detta strutturazione mirava organizzativamente a comporre obiettivi apparentemente incompatibili:

- la gerarchizzazione dei ruoli (prevalente nelle strutture c.d. “funzionali”); ivi la primazia degli organi di governo aziendali è certa ed evidente;
- l’elasticità organizzativa propria dei modelli “divisionali” concretizzata in Agenzia dalla “alta specializzazione tecnica” delle Aree e dei Servizi e, grazie a questa nuova organizzazione, anche dei servizi amministrativi;
- l’alta professionalizzazione dei gruppi di lavoro (tipica dei modelli funzionali c.d. “a progetto”), necessaria senza dubbio alla realizzazione della complessa *mission* dell’A.Re.S Puglia.

Pertanto, sovrapponendo il modello organizzativo “per progetto” a quello “divisionale”, l’A.Re.S. Puglia, a più di dieci anni dalla sua istituzione, alla fine dell’anno 2014 ha voluto adottare l’efficace ed efficiente strutturazione “a matrice” che è tutt’ora in vigore (seppur eterodossa rispetto a quella proposta da Ansoff e Brandenburg nel celebre “*A Language for Organizational Design*” del 1973) – e perciò definibile “a matrice modificata” – delle sue attività tecnico-scientifiche ed amministrative; affermando, al contempo, il rispetto di chiare gerarchie, procedure ed attribuzioni di responsabilità che deve caratterizzare ogni organizzazione di lavoro pubblica.

Peraltro, l’Agenzia ha già sviluppato in passato, con la deliberazione del Direttore Generale n. 308 del 27 luglio 2011, il tentativo di darsi una strutturazione a matrice “classica” (cfr. Par. nn. 6.1.3 e 6.1.4, Del. DG n. 308/2011).

La stessa traiettoria organizzativa ha seguito il Legislatore regionale allorché ha previsto per tutte le Agenzie regionali “strategiche” l’adozione dell’organizzazione “a matrice” (cfr. Deliberazione di Giunta Regionale n. 1158 del 31/07/2015 recante “*Approvazione del modello organizzativo denominato Modello Ambidestro per l’Innovazione della macchina amministrativa regionale – MAIA. Approvazione atto di alta organizzazione*” e ss.mm.ii.”).

Quindi, circa la rotazione del personale essa, così come prevista dalla normativa, assume un duplice obiettivo:

- da un lato fa sì che l’alternanza tra più professionisti nell’assunzione delle decisioni e nella gestione delle procedure favorisca una riduzione del rischio e che possano crearsi relazioni particolari tra amministrazione, o parti specifiche di essa, e portatori di interessi;
- dall’altro può favorire, almeno in teoria ovvero in dipendenti con una particolare predisposizione in tal senso, un maggior livello di benessere organizzativo permettendo al dipendente di trovare nuovi stimoli e opportunità di crescita professionale che potrebbero perdersi nel momento in cui una persona particolarmente dinamica venga costretta a svolgere per molti anni la stessa attività nello stesso ufficio.

Può, però, qui affermarsi che in Agenzia sanitaria il primo obiettivo sia stato assicurato dal rispetto del presente Piano mentre che il secondo obiettivo abbia trovato certo soddisfacimento nella significativa primazia alla *specializzazione verticale* delle mansioni di ciascun funzionario che la strutturazione “a matrice modificata” ha consentito e consente, pur senza minare quell’impostazione formale dell’agire burocratico (qui da intendersi nell’accezione positiva del termine) necessaria a garantire certezza dell’azione ed uniformità degli atti.

La combinazione delle due modalità di gestione delle mansioni lungo le due dimensioni della specializzazione delle stesse [cfr. Mintzberg, Waters, *Of Strategies, Deliberate and Emergent*, 1985] ha risposto altresì all’obiettivo di sviluppare appieno le esigenze di *job enlargement* dei dipendenti [cfr. Herzberg, Mausner & Snyderman, *The Motivation to Work*, 1959] in virtù della minimizzazione della parcellizzazione burocratica delle mansioni ed il conseguente tedio dei dipendenti. Pericolo che, anche attraverso la Rotazione degli incarichi, si ambisce a ridurre.

In A.Re.S. Puglia, invece, è stato lo stesso provvedimento di *rebuilding* organizzativo di cui trattasi a dar forma ad una dinamica compagine amministrativa altamente professionalizzata che, sviluppando la proprie competenze professionali trasversalmente a quelle delle Aree di Direzione e dei Servizi, ha concretizzato una percorribile alternativa all’assoluta necessità – invero poco praticabile nei piccoli Enti – della mera rotazione del personale sugli incarichi [art. 1, c. 5, let. b), L. 190/2012].

Ciò nonostante, **in ossequio alla Del. Anac 831/2016**, la nuova Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale assicurerà la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree funzionali a più elevato rischio di corruzione/maladministration tenendo conto dell’impatto organizzativo del suo emanando Atto Aziendale.



Le funzioni interessate dai provvedimenti di rotazione del personale saranno, in modo specifico:

Gestione del Personale; Contratti e Appalti; Patrimonio; Gestione Cassa economale; Ufficio Ragioneria; Gestione amministrativo-contabile dei Progetti nonché le nuove aree di attività ed i processi complessi che caratterizzeranno le nuove attività istituzionali e la rinnovata mission dell'A.Re.S.S. Puglia.

Nell'ambito di queste funzioni, la rotazione deve essere prevista anche per i responsabili dei procedimenti.

La rotazione, per i responsabili delle strutture che il nuovo Atto Aziendale definirà come deputate allo svolgimento delle funzioni sopra citate e dei relativi procedimenti, sarà attuata ogni cinque anni dall'emanazione dell'Atto aziendale stesso e, successivamente, ogni cinque anni dalla data dell'atto di incarico.

La rotazione può essere disposta solo al termine dell'incarico.

L'attuazione della misura deve preferibilmente avvenire in modo da tener conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa termine dell'incarico, ma non può essere un motivo ostativo all'effettuazione della rotazione – potendosi, infatti, ampiamente prevedere, tramite appositi provvedimenti di organizzazione del Responsabile della Struttura di Direzione Amministrativa, anche lunghi periodi di affiancamento preparatorio e/o disporre la frequenza di specifici Corsi di aggiornamento, riqualificazione, formazione, ecc.

### **La rotazione dei Dirigenti e dei Responsabili di Servizio/Settore**

La rotazione di queste figure si attua ogni 3 anni a decorrere, come sopra, in sede di prima applicazione dall'emanazione dell'Atto Aziendale dell'A.Re.S.S. Puglia e successivamente dal provvedimento di nomina.

La **rotazione non si applica per le figure infungibili**; sono dichiarati “infungibili” i profili professionali per i quali è previsto il possesso di lauree specialistiche possedute da una sola unità lavorativa tra quelle in servizio. Nell'atto di attribuzione dell'incarico, qualora non si applichi la rotazione, dovrà essere espressamente motivata l'infungibilità.

### **La rotazione dei responsabili degli Uffici e dei procedimenti**

Il Dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa dispone la rotazione dei dipendenti responsabili di uffici e di procedimenti appartenenti ad uno degli uffici in cui sarà articolato il funzionamento dell'A.Re.S.S.

La rotazione si attua ogni 5 anni a decorrere, in sede di prima applicazione, dall'emanazione dell'Atto aziendale dell'Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale (A.Re.S.S.) e, successivamente, ogni cinque anni dalla data dell'atto di assegnazione.

La rotazione non si applica per le figure infungibili.

Sono dichiarate infungibili quelle figure per le quali è previsto il possesso di titoli di studio specialistico e/o di particolari abilitazioni possedute da una sola unità lavorativa tra quelle in servizio in Agenzia.

Il Dirigente amministrativo, nel caso in cui reputi la figura non fungibile, dovrà darne espressa motivazione, alla scadenza del termine dell'assegnazione ovvero di un periodo di permanenza nella funzione non superiore a cinque anni.

In caso di infungibilità delle figure professionali, al funzionario istruttore del procedimento amministrativo andrà affiancato (periodicamente e/o a campione) 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.

### **Informativa sindacale**

Le OO.SS. verranno opportunamente informate dei suddetti criteri di rotazione successivamente all'emanazione dell'Atto Aziendale.

### **Elaborazione della proposta di regolamento per disciplinare gli incarichi e le attività non consentite**

Al fine di evitare la concentrazione di potere su un unico centro decisionale e dunque il cumulo in capo ad un medesimo dirigente/funzionario di numerosi incarichi, soprattutto se extraistituzionali, con il rischio di situazioni di conflitto di interesse che possano compromettere il buon andamento dell'azione amministrativa e dar vita alla verifica di fatti corruttivi, un apposito regolamento – predisposto dal Responsabile della Prevenzione della corruzione e dal Dirigente Amministrativo, da emanare entro il primo anno di sperimentazione dell'emanando Atto Aziendale – disciplinerà gli incarichi e le attività non consentite ai dipendenti della nuova Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale.

Tale regolamento terrà conto dei seguenti criteri e principi direttivi:

- in sede di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extra-istituzionali, secondo quanto previsto dall'art. 53, comma 7, del D.Lgs. n. 165/2001, l'amministrazione deve valutare gli eventuali profili di conflitto di interesse, anche quelli potenziali. Pertanto, l'istruttoria circa il rilascio dell'autorizzazione dovrà essere svolta in maniera molto accurata e puntuale, tenendo presente che, talvolta, lo svolgimento di incarichi extra-istituzionali costituisce per il dipendente un'opportunità – in special modo se

dirigente/funziario con responsabilità di Ufficio/Settore – di arricchimento professionale utile a determinare una positiva ricaduta nell'attività istituzionale ordinaria;

- il dipendente è tenuto a comunicare formalmente all'amministrazione anche l'attribuzione di incarichi gratuiti (art. 53, c. 12); tali incarichi, che non sono soggetti ad autorizzazione, potrebbero nascondere situazioni di conflitto di interesse anche potenziali e pertanto costringere l'amministrazione a negare lo svolgimento dell'incarico (gli incarichi a titolo gratuito da comunicare all'amministrazione sono solo quelli che il dipendente è chiamato a svolgere in considerazione della professionalità che lo caratterizza all'interno dell'amministrazione);
- continueranno a rimanere estranei al regime di autorizzazione o comunicazione l'espletamento degli incarichi di cui all'art. 53 c. 6 lettere da a) ad f bis);
- dovrà essere disciplinata espressamente un'ipotesi di responsabilità erariale per il caso di omesso versamento del compenso da parte del dipendente pubblico indebito percettore, con espressa indicazione della competenza giurisdizionale della Corte dei Conti.

## **6.8. Aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo**

Secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, del d.lgs. n. 165 del 2001 e dall'art.1, comma 2, del Codice, ciascuna amministrazione deve definire, con procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio del proprio O.I.V., un proprio Codice di comportamento. A tal fine, l'ANAC ha definito criteri, linee guida e modelli uniformi per singoli settori o tipologie di amministrazione.

Nel corso dell'anno, il Settore Personale, in stretta collaborazione con l'UPD, provvederà ad aggiornare il Codice di Comportamento integrativo dell'Agenzia (D.D.G. n. 37/2014), e a porre regole comportamentali differenziate a seconda delle specificità professionali, delle aree di competenza e delle aree di rischio.

## **6.9. Monitoraggio dei tempi procedurali**

A seguito della piena operatività e messa a regime dell'Atto Aziendale che caratterizzerà l'assetto organizzativo e funzionale della nuova Agenzia dovranno essere attivate procedure di monitoraggio dei tempi procedurali in quanto attraverso tale azione emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi. L'Agenzia potrebbe occuparsi soltanto di pochi procedimenti amministrativi che rientrino nel paradigma di cui alla legge n. 241/90, ciò per l'effetto della peculiare funzione di *exploration* (sperimentazione) assegnata dalla Giunta regionale a tutte le Agenzie regionali "strategiche" (a fronte della funzione di *exploitation* riservata, invece, alle corrispondenti Strutture burocratiche assessorili); tuttavia, ad esito del completamento della mappatura dei processi e procedimenti (*in itinere* ai fini dell'adempimento di cui al d.lgs. 33/2013 relativo alla sotto sezione "Attività e procedimenti" - "Tipologia di procedimento" e "Dati Aggregati Attività amministrativa", della sezione "Amministrazione Trasparente) e dei relativi termini (per lo più ordinatori) di conclusione degli stessi - analisi che sta coinvolgendo tutti i dirigenti in servizio per le attività di propria competenza - in sede di aggiornamento, e, prima

ancora, di prassi applicativa, sarà predisposto un modello per un compiuto monitoraggio, da parte del RPCT, sul rispetto dei tempi e sulle cause di eventuali scostamenti significativi.

## 7. Le Aree ed i rischi specifici dell'A.Re.S. Puglia ancora vigenti nella neo-istituita A.Re.S.S.

Come già innanzi precisato, presso l'A.Re.S. è implementata un'organizzazione "a matrice" delle attività amministrative. Questo sistema organizzativo comporta l'iscrizione della quasi totalità delle unità di personale amministrativo alla Struttura di Direzione Amministrativa. Le Aree di Direzione ed i Servizi di supporto appaiono, pertanto, apparentemente sguarnite di personale.

Proprio in virtù di tale organizzazione, invece, tutte le attività delle Aree e dei Servizi vengono garantite dal fluido disporsi dei funzionari dell'Agenzia a copertura delle differenziate, peculiari, attività della stessa. I funzionari riescono in tal maniera, quindi, a gestire sia le incombenze degli uffici loro assegnati sia le attività "altre" che connotano il funzionamento delle strutture aziendali.

L'attività di analisi del rischio in Agenzia ha risentito di tale organizzazione a matrice ed è pertanto divisa in due parti. Nella prima parte **sono stati individuati i micro-processi intrinsecamente esposti al rischio "canonico" di cui al P.N.A. [Par 7.1.]** Nella seconda parte, invece, **sono stati mappati, dettagliatamente descritti ed aggiornati all'anno in corso (2017) i macro-processi – in termini di flusso – che caratterizzano la natura delle Aree e dei Servizi dell'Agenzia [Par 7.2.]** che dalla soppressa Agenzia Regionale Sanitaria sono transitati – tal quali – nella nuova Agenzia regionale per la Salute ed il Sociale e che presentano rischi corruttivi specifici ulteriori a quelli risultanti dalla mera aggregazione di micro-processi dalla natura tipicamente amministrativa (affidamenti di lavori, di incarichi e consulenze, ecc.).

Pur se, per questa via, l'analisi ed il suo aggiornamento ha subito un'evidente aggravamento, con questo approccio metodologico si è provato a ri-costruire l'evoluzione del funzionamento organizzativo *in itinere* corrispondenti ad aree processuali complesse di attività che perderebbero di senso facilmente, se parcellizzate in quei micro-processi a rischio corruttivo che comunque concorrono a concretizzarne gli esiti.

Si è trattato di **un'attenta scelta metodologica** che poggia su due elementi: da un lato, **l'alto livello istituzionale dell'Agenzia e la valenza regionale della sua rinnovanda *mission*** e, dall'altro lato **l'organizzazione "a matrice" del personale dell'Agenzia, comunque confermato**, che sviluppa il suo agire amministrativo "trasversalmente" alle attività delle Aree e dei Servizi imbibendole di contenuti operativi e, insieme, del portato di rischio ad essi potenzialmente connesso.

Possiamo quindi dire che con *l'analisi comprendente* posta in essere si è tentato di gettare un *largo sguardo* su quelle aree processuali che connotano l'agire istituzionale dell'Agenzia, sui rischi ad esse associati, e sui correttivi, anch'essi complessi, che si sono palesati come necessari, se non indifferibili. Ebbene, può anticiparsi che se questa ponderata scelta metodologica non fosse stata fatta – se fosse stata pedissequamente utilizzata la sola ottica *micro* che garantisce comunque l'adempimento – probabilmente non sarebbero stati colti importanti ambiti di miglioramento per il *sistema d'Agenzia tutto* che, invece, sono risultati evidenti con l'ottica *di flusso*, o *macro*, utilizzata.

Dal punto di vista tecnico – ovvero della tecnica di rilevazione della ricerca sociale – per la redazione del PTPC 2015-2017 il responsabile dell'Ufficio P.P.A. ha effettuato colloqui volti a confermare, integrare o smentire il portato informativo delle interviste in profondità semi-

strutturate (Corbetta 1999, p. 405) effettuate in occasione della prima mappatura a *tutto* il personale dirigente dell’A.Re.S. Puglia, compreso i Direttori di Area ed il Direttore Generale, volte all’approfondimento orizzontale del contesto organizzativo e delle relazioni personali, di lavoro e di interesse. Le interviste sono state spesso accompagnate da analisi documentale, per i necessari riscontri oggettivi e per il consolidamento dei dati *non-standard* emersi.

Ad integrazione dell’attenta ricostruzione effettuata sono stati coinvolti i funzionari amministrativi con funzioni di rispetto in ambito corruttivo/maladministration ma non si è resa necessaria, come ipotizzato in via generale, l’osservazione etnografica del lavoro dei funzionari di cui perciò sono state raccolte opinioni e dettagliate descrizioni delle attività svolte che hanno corroborato, in larga misura, i dati tratti dalle interviste ai dirigenti.

L’adesione al piano di rilevazione è stata totale. In particolare, la partecipazione degli intervistati è stata piena e generosa, anche innanzi alla richiesta, quando le necessità dell’analisi lo hanno reso necessario, di reiterare l’intervista o di ottenere copia di atti formali d’ufficio. Pertanto, si coglie l’occasione per ringraziare i funzionari, i dirigenti, i direttori d’Area, il Dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa – Avv. Caterina Navach – ed il Commissario Straordinario dell’Agenzia – Dott. Giovanni Gorgoni – per l’importante collaborazione offerta ai lavori dell’Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione ed al RPCT.

Ad esito della fase di analisi *non-standard*, pertanto, sono state elencate le micro-aree canoniche ad elevato rischio di corruzione ed i corrispondenti procedimenti. Ad ogni area corrisponde lo specifico catalogo dei rischi di tipo “micro”. Detti rischi sono, come sopra argomentato, da considerarsi ologrammaticamente presenti nelle macro-aree di rischio specifico che, ad esito dell’indagine su cui il precedente Piano ed il presente poggiano, sono apparse caratterizzare l’attività dell’Agenzia in questo eccezionale processo organizzativo e funzionale di trasformazione.

Ci si riserva, in ogni caso, di rivedere il presente *Aggiornamento 2017* del vigente Piano e di proporre il *Piano triennale 2018-2020 dell’A.Re.S.S. Puglia* non appena le importanti innovazioni istituzionali ed organizzative che aspettano quest’Agenzia vedranno la loro piena concretizzazione.

## 7.1. Aree di rischio “canonico” e relativi “cataloghi dei rischi di tipo micro”

### a) Area affidamento di lavori, servizi e forniture

1. Definizione dell’oggetto dell’affidamento;
2. Individuazione dello strumento/istituto per l’affidamento;
3. Requisiti di qualificazione;
4. Requisiti di aggiudicazione;
5. Valutazione delle offerte;
6. Verifica dell’eventuale anomalia delle offerte;
7. Procedure negoziate;
8. Affidamenti diretti;
9. Revoca del bando;
10. Redazione del cronoprogramma;
11. Varianti in corso di esecuzione del contratto;
12. Subappalto;
13. Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.

I procedimenti svolti dall’A.Re.S. ascrivibili a tale *area canonica di rischio* ed ai relativi *processi di tipo micro*, racchiusi nel seguente “catalogo dei rischi di tipo micro”, vengono catalogati per la successiva valutazione (in termini di possibilità e di impatto del rischio).

A seguito della fase di rilevazione sul campo – e di attenta e costruttiva interazione con i competenti funzionari preposti allo svolgimento delle funzioni e del Dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa, Avv. Caterina Navach – i cataloghi dei processi pre-impostati dall’Ufficio durante la fase *desk* della ricerca hanno, quindi, subito argomentate modifiche ed integrazioni (la base empirica di questa fase, completamente ispezionabile, è conservata agli atti dell’Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione).

Circa la semantica cromatica adottata per dar conto di tali modifiche ed integrazioni si precisa che: i processi, laddove ritenuti NON APPLICABILI alle specificità dell’A.Re.S., sono evidenziati in **rosso**; le modifiche apportate, anche alla loro declaratoria sono evidenziate in **verde**.

Si coglie l’occasione per porre in evidenza che la presenza di tali modifiche ed integrazioni rappresenta la concreta forma dell’ammirevole collaborazione offerta da parte di tutto il personale di Agenzia intervistato al fine di condividere appieno, e così di far proprio, anche la realizzazione del presente Aggiornamento 2017 del Piano in questa delicata fase di re-building organizzativo ed istituzionale dell’Agenzia.

lett. – n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio
A - 1	Settore Contratti e Appalti	Definizione oggetto affidamento		Alterazione concorrenza a mezzo di errata/non funzionale individuazione dell'oggetto, violazione del divieto di artificioso frazionamento
A - 2	Settore Contratti e Appalti	Individuazione strumento per l'affidamento		Alterazione della concorrenza
A - 3	Settore Contratti e Appalti	Requisiti di qualificazione		Violazione dei principi di non discriminazione e parità di trattamento; richiesta di requisiti non congrui al fine di favorire un concorrente
A - 4	Settore Contratti e Appalti	Requisiti di aggiudicazione		Determinazione di criteri di valutazione in sede di bando/avviso al fine di favorire un concorrente
A - 5	Settore Contratti e Appalti	Valutazione delle offerte		Violazione dei principi di trasparenza, non discriminazione, parità di trattamento, nel valutare offerte pervenute
A - 6	Settore Contratti e Appalti	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte		Alterazione da parte del RUP del sub-procedimento di valutazione anomalia con rischio di aggiudicazione ad offerta viziata
A - 7	Settore Contratti e Appalti	Procedure negoziate		Alterazione della concorrenza; violazione divieto artificioso frazionamento; violazione criterio rotazione; abuso di deroga a ricorso procedure telematiche di acquisto ove necessarie
A - 8	Settore Contratti e Appalti	Affidamenti diretti		Alterazione concorrenza (mancato ricorso a minima indagine di mercato; violazione divieto artificioso frazionamento; abuso di deroga a ricorso procedure telematiche di acquisto ove necessarie)
A - 9	Settore Contratti e Appalti	Revoca del bando		Abuso di ricorso alla revoca al fine di escludere concorrente indesiderati; non affidare ad aggiudicatari o provvisorio
A - 10	Settore Contratti e Appalti	Redazione cronoprogr.		Indicazione priorità non corrispondente a reali esigenze
A - 11	Settore Contratti e Appalti	Varianti in corso di esecuzione del contratto		Il RUP, a seguito di accordo con l'affidatario, certifica in corso d'opera la necessità di varianti non necessarie
A - 12	Settore Contratti e Appalti	Subappalto		Autorizzazione illegittima al subappalto; mancato rispetto iter art. 118 Codice Contratti; rischio che operino ditte subappaltatrici non qualificate o colluse con associazioni mafiose
A - 13	Settore Contratti e Appalti	Utilizzo di rimedi di risoluzione controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante esecuzione contratto		Illegittima attribuzione di maggior compenso o illegittima attribuzione diretta di ulteriori prestazioni durante l'effettuazione della prestazione



**b) Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.**

Le attuali funzioni dell'ARES che ancora persistono, anche in vigore della nuova ARESS, non ricomprendono l'adozione di provvedimenti amministrativi a contenuto vincolato, vincolati nell'an, vincolati nell'an e a contenuto vincolato ovvero discrezionali nell'an. L'analisi, pertanto, si è soffermata sulle categorie di provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale e di quelli discrezionali nell'an e nel contenuto.

Anche sulla scorta della precedente analisi, pertanto, la presente catalogazione riguarderà l'ampia sottoarea di rischio – comune a tutte le strutture di Agenzia – inerente alla *concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi ovvero vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati*.

I procedimenti svolti dall'A.Re.S. ascrivibili a tale area ed ai relativi processi sono:

- Le attività oggetto di concessione e di erogazione di sovvenzioni, contributi e vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici o privati nell'ambito delle attività riconducibili ai temi salute e sociale;

Il "catalogo dei rischi di tipo micro" inerente a quest'area b) è il seguente:

lett. – n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio
B - 1	Tutti gli uffici	Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale	Concessione di contributi e benefici economici a privati	Mancato rispetto del disciplinare ove esistente o errato svolgimento del procedimento per procurare vantaggi a privati
B - 2	Tutti gli uffici	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto	Concessione di contributi e benefici economici a privati	Mancato rispetto del disciplinare ove esistente o errato svolgimento procedimento

**c) Area gestione/controllo delle risorse economiche, finanziarie e strumentali dell'Ente.**

Provvedimenti di carattere gestionale con particolare riferimento ai processi di spesa;

I procedimenti svolti osservati ascrivibili a tale area ed ai relativi processi sono:

- Gestione economica e finanziaria in fase di emissione di mandati di pagamento;

Il "catalogo dei rischi di tipo micro" inerente a quest'area c) è il seguente:

lett. - n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio
C - 1	Settore Ragioneria e Bilancio	Processi di spesa	Emissione mandati di pagamento	Pagamenti non dovuti o influenza sui tempi di pagamento

#### d) Area acquisizione e progressione del personale.

Si richiama preliminarmente il precedente catalogo dei possibili rischi di *maladministration*/corruzione inerente a quest'area d) riveniente dal pregresso Piano:

- previsioni di requisiti di accesso appositamente confezionati sulle caratteristiche di eventuali candidati "favoriti";
- insufficiente previsione di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione di ricoprire allo scopo di reclutare candidati particolari;
- abuso nei processi di stabilizzazione finalizzato al reclutamento di candidati particolari;
- inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione;
- progressioni economiche accordate illegittimamente;
- motivazioni generiche o tautologiche circa la sussistenza dei presupposti di legge per il conferimento di incarichi professionali;
- attività istruttoria preordinata all'autorizzazione di incarichi extra-istituzionali senza la complessiva valutazione di tutti i profili di conflitto di interesse, anche potenziale;
- motivazioni generiche o tautologiche circa l'insussistenza di cause di inconferibilità ed incompatibilità di cui al D.lgs. n. 38/2013.

La presente catalogazione è invece esito della riconduzione delle minute fattispecie innanzi richiamate alle seguenti corrispondenti sottoaree di rischio attualmente trattate in Agenzia:

1. Reclutamento;
2. Progressioni di carriera;
3. Conferimento di incarichi di collaborazione.

In particolare, i procedimenti osservati ascrivibili alla sottoarea 1. sono:

- a. Espletamento procedure concorsuali o di selezione (anche da short list);
- b. Assunzione tramite procedure di stabilizzazione;
- c. Assunzione tramite centri impiego;
- d. Mobilità tra enti (comando, distacco, convenzione, trasferimento compartimentale/intercompartimentale)

Il “catalogo dei rischi di tipo micro”, in questa fase di transizione dell’A.Re.S. in A.Re.S.S., inerente a quest’area d) è pertanto il seguente:

lett. – n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio
D - 1	Settore Personale	Reclutamento	Espletamento procedure concorsuali o di selezione (anche da short list)	Alterazione dei risultati
D - 2	Settore Personale	Reclutamento	Assunzione tramite centri impiego	Alterazione dei risultati
D -3	Settore Personale	Reclutamento	Assunzione tramite procedure di stabilizzazione	Alterazione dei risultati
D -4	Settore Personale	Reclutamento	Mobilità tra enti (comando, distacco, convenzione, trasferimento compartimentale/intercompartimentale)	Alterazione dei risultati
D -5	Settore Personale	Progressioni di carriera	Progressioni orizzontali/verticali	Alterazione dei risultati
D -6	Settore Personale e altre strutture	Conferimento di incarichi di collaborazione	Attribuzione incarichi occasionali o cococo ex art.7 D.Lgs.n.165/01	Alterazione dei risultati

**e) Area gestione/controllo delle risorse di derivazione progettuale.**

Provvedimenti di carattere gestionale con particolare riferimento ai processi di rendicontazione amministrativo-contabile *a valenza esterna*.

Nell’ambito delle funzioni dell’A.Re.S. Puglia che ancora convivono in A.Re.S.S., l’ufficio Gestione Progetti e Commesse dell’Agenzia si occupa – essenzialmente – come da ordine di servizio n. 162 del 20/01/2015, della gestione contabile ed amministrativa dei progetti dell’ARESS di rilievo nazionale e comunitario, ai fini della loro rendicontazione agli organi competenti regionali, nazionali o comunitari, a seconda della natura del progetto da realizzare.

Conseguentemente, in linea di massima, non fanno capo all’ufficio in commento profili di discrezionalità di rilievo ai fini del presente Piano, poiché suo compito – così come organizzativamente delineato – si sostanzia nella registrazione degli effetti contabili di scelte ed azioni

(relativamente, ad esempio, a procedure di selezione, ad acquisti, a missioni), la cui competenza afferisce ad altri organi/uffici dell’Agenzia, così come sedimentate nei cataloghi innanzi riportati.

Dal punto di vista dei rischi di mala-amministrazione, proprio perché l’Ufficio è – nell’attuale funzionamento di Agenzia – chiamato a trattare soltanto dati “secondari” prodotti dai preposti uffici/strutture di Agenzia, non può purtroppo di fatto svolgere alcuna significativa funzione preventiva di eventuali fenomeni di maladministration che possano aver ricadute sulle risorse comunitarie pubbliche generalmente attinte per la realizzazione dei progetti di Agenzia. Inoltre, ogni azione amministrativo-contabile di registrazione *ex post* può scontare, di per sé, gli effetti dell’eventuale caoticità organizzativa dell’ente, che si possono verificare – ed anche affastellare – in tutte le fasi di passaggio come quelle che sta vivendo attualmente l’ARESS.

Non potendo entrare nel merito delle scelte manageriali e nelle dinamiche organizzative implicite al funzionamento integrato degli Uffici della Struttura di Direzione Amministrativa, in questa sede rileva l’assenza di profili di rischio di maladministration e/o di corruzione a carico delle funzioni presidiate dall’Ufficio Progetti e Commesse dell’A.Re.S.S. Puglia che, perciò, non sarà oggetto di valutazione finché non subentrerà attivamente ed utilmente nella concreta impostazione e gestione, anche *ex ante*, dei progetti e delle commesse di Agenzia.

Tuttavia, qualora l’attività e le funzioni attualmente svolte presso l’Ufficio (peraltro attualmente retto da un Dottore di Ricerca in Ricerca Sociale e progettazione ed analisi delle politiche di welfare) dalla rendicontazione contabile ed amministrativa dei progetti e delle commesse, dovesse ampliarsi e/o modificarsi fino a comprendere la fase della progettazione, da declinarsi sia dal punto di vista scientifico che finanziario, allora i profili di rischio corruttivo potrebbero, in ragione di ciò, assumere nuovi connotati meritevoli di una specifica ed attenta valutazione che, perciò, potrà essere sviluppata successivamente all’emanazione e concretizzazione del nuovo Atto Aziendale dell’ARESS.

**f) Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario.**

Anche in questa fase di re-building organizzativo, quest’Agenzia regionale non adotta provvedimenti riconducibili alla fattispecie, ad esclusione della concessione (discrezionale) del proprio Patrocinio e dell’eventuale utilizzo del Logo istituzionale – in ogni occasione, sempre a titolo gratuito – in corrispondenza dell’organizzazione di Conferenze o Eventi divulgativi, formativi, ecc. di particolare rilevanza istituzionale: l’attività contemplata non presenta rischi.

## 7.2 *Catalogo dei processi complessi e delle strutture esposte al rischio corruzione per Macro-Area di rischio – All. A*

### **AREA di PROGRAMMAZIONE SANITARIA<sup>2</sup>**

Le Aree di Direzione rivestono un'importanza strategica nel caratterizzare l'impatto istituzionale dell'Agenzia sanitaria sulle attività di programmazione sanitaria della Puglia. A tale ruolo corrisponde, secondo inversa proporzionalità, la riduzione delle attività gestionali che appaiono caratterizzare maggiormente l'attività dei Servizi. Risulta pertanto più difficile individuare, nell'ambito delle macro aree di attività delle Aree di Direzione, processi caratterizzati da rischi peculiari. Risulta arduo finanche individuare processi complessi che siano, viceversa, almeno caratterizzati dall'articolato affastellarsi di ordinarie attività amministrative solitamente accompagnate dai rischi corruttivi canonici dichiarati dal P.N.A.

Le Aree coordinano/svolgono comunque attività progettuali, di studio e ricerca. Per queste attività restano valide tutte le precisazioni sviluppate di seguito per i Servizi dell'ARES.

Quest'Area, in particolare, per il tramite del suo Direttore medico, Dott. Ettore Attolini, continua a fornire il supporto tecnico all'Assessorato per attività di livello alto-istituzionale di interesse regionale, tra cui:

- La partecipazione al Comitato Ministeriale Tecnico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), attività che ruota essenzialmente intorno all'elaborazione del questionario LEA (basata, a sua volta, su dati ed informazioni provenienti dagli Uffici dell'Assessorato e dai DD.GG. delle AA.SS.LL.);
- La Partecipazione al Tavolo Congiunto ministeriale (Tavolo Adempimenti e Comitato LEA) per la valutazione delle Regioni sottoposte a Piano di Rientro;
- La partecipazione alle attività della Commissione Nazionale LEA del Ministero della Salute (su designazione della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome) per l'aggiornamento degli stessi LEA;
- Governo delle dinamiche di attuazione del Piano di Rientro e del successivo Piano Operativo 2013-2015 con particolare riferimento alla realizzazione di un Progetto regionale di governo clinico che si articola nella costruzione delle reti cliniche, con riferimento alle patologie tempo dipendenti (infarto del miocardio, ICTUS, trauma) ed alla rete oncologica regionale (ROP), nonché alla progettazione di percorsi diagnostico terapeutico assistenziali (PDTA);
- Partecipazione al Gruppo di Lavoro Agenas nell'ambito del Programma Nazionale Esiti . Il gruppo, insediato in Agenas, si compone dei rappresentanti delle Regioni italiane e si occupa di discutere e definire gli indicatori di volume ed esito utilizzati dal Programma di Valutazione; compete alla sola Agenas, poi, la valutazione delle strutture;
- Riorganizzazione della Rete regionale dei Punti Nascita (pubblici e privati), in quanto Componente del Tavolo Regionale "Percorso Nascita", sulla scorta delle linee di indirizzo ministeriali (gli indicatori per la riorganizzazione sono oggettivi e dati: con un numero < 500 parti annui un punto nascita non può restare aperto). La riorganizzazione è volta alla promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e, per questa via, alla riduzione dei tagli cesarei;

- Partecipazione al governo delle Liste di Attesa attraverso il monitoraggio di percorsi diagnostico-terapeutici complessi anche ai citati fini del monitoraggio LEA e per la compilazione del questionario innanzi citato. I dati provengono dai flussi “Edotto” e dalla competente struttura dell’Assessorato;
- Componente del Tavolo ministeriale “Attuazione e monitoraggio DM 70”.

<b>MACRO-AREA DI RISCHIO</b> (confermata in Dic 2017): <b>Attivazione/Riorganizzazione di Reti assistenziali per patologia</b>			
<p><b>PROCESSI:</b></p> <p>Il Ministero richiede l’attivazione/ri-definizione di reti per patologia con riferimento alle modalità di presa in carico globale dei pazienti.</p> <p>Più in particolare, la definizione, ad esempio, della rete Oncologica, comporta la necessità di definire Percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali (PDTA) omogenei per determinate patologie oncologiche. L’obiettivo che il Ministero chiede che l’ARES persegua è quindi quello di garantire ai pazienti uniformi modalità assistenziali sul territorio regionale. L’impegno tecnico dell’Agenzia si traduce, così, nell’ottimizzazione dei protocolli e nella corrispondente riduzione degli interventi inappropriati, ovvero in risparmi per il SSR ed in migliori prestazione per i pazienti.</p> <p><b>NOTA:</b></p> <p>Ipotizzare rischi corruttivi in quest’attività, sulla sola base delle finalità a cui ambisce il complesso processo, può risultare controintuitivo. La ricostruzione delle fasi e degli attori coinvolti viene comunque posta in essere per il processo complesso “Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)”.</p>	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO</b>		
	<p><b>Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)</b></p> <p>Fasi/descrizione:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Istituzione di Tavoli tecnici con esperti della specifica materia (medici, primari, ecc.) per la definizione del PDTA;</li> <li>2. Il PDTA così definito viene trasmesso e discusso innanzi a Tavoli tecnico-istituzionali appositamente costituiti o alla Commissione Appropriata dell’Assessorato che lo valutano al fine della sua eventuale approvazione. In caso positivo i competenti uffici dell’Assessorato lo propongono per l’adozione definitiva attraverso apposita Deliberazione di Giunta Regionale.</li> </ol>		<p><b>CONTROLLI</b></p> <p>La valutazione è di tipo collegiale ed è operata da professionisti che compongono la Commissione Appropriata dell’Assessorato.</p> <p>Vaglio amministrativo da parte del Settore competente a proporre l’eventuale Deliberazione di Giunta.</p> <p>Non esiste, però, un controllo da parte di altre autorità tecniche (<i>peer review</i> esterna) eventualmente competenti a farlo. L’eventuale previsione di detta procedura appare, a chi scrive, comunque ridondante ai fini dell’economia generale del processo di cui trattasi.</p>
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>		<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. ARES – Area Programmazione sanitaria;</li> <li>2. Tavoli Tecnici appositi;</li> <li>3. Commissione Appropriata dell’Assessorato e relativi uffici amm.vi.</li> </ol>		<p>Generalmente, tutte le eventuali influenze che la definizione di nuove reti può apportare sul sistema pubblico e/o privato dell’erogazione di prestazioni derivano da parametri o indici obiettivi formalizzati in atti (leggi nazionali, regionali, ecc.) di cui l’Area cura la traduzione in azioni o prassi operative. Non si rilevano, per questo genere di attività, rischi corruttivi specifici.</p>

## AREA EMERGENZA SANITARIA, FENOMENI SANITARI DI PARTICOLARE RILIEVO E COLLABORAZIONE ALLA PROMOZIONE DEL GOVERNO CLINICO

Le Aree di Direzione medica dell'ARES, come già precisato, rivestono un'importanza strategica nel caratterizzare l'impatto istituzionale dell'Agenzia sanitaria sulle attività di programmazione sanitaria della Puglia. Anche per questa complessa area, pertanto, si attagliano le precisazioni sviluppate per l'Area Programmazione Sanitaria. Anche per l'Area che presidia attività macro-istituzionali ed organizzative inerenti alle emergenze sanitarie ed al governo clinico nella pratica risulta difficile individuare, pertanto, processi caratterizzati da rischi peculiari. Per questa via, risulta arduo finanche individuare processi complessi che siano, viceversa, almeno caratterizzati dall'articolato affastellarsi di ordinarie attività amministrative solitamente accompagnate dai "rischi corruttivi canonici" dichiarati dal P.N.A. Ciò anche perché l'Area Emergenza Sanitaria non dispone – di fatto – di personale proprio atto a sviluppare in concreto attività tra quelle contemplate da P.N.A. (ad eccezione di un unico funzionario di ruolo al 50% del proprio orario di lavoro che riveste il ruolo di responsabile del settore Formazione e Ricerca) ma sviluppa essenzialmente attività di tipo intellettuale, tecnico-scientifiche e di innovazione organizzativa.

Qualora le Aree di direzione medica dell'ARES coordinino/svolgano attività progettuali su fonti di finanziamento regionale, nazionale o comunitario, esse pongono in essere – attraverso il personale dell'Agenzia disposto "a matrice" – attività specifiche "a rischio canonico" per le quali restano valide tutte le precisazioni sviluppate per i Servizi dell'ARES.

Il Direttore dell'Area in questione ha assunto il ruolo nel settembre 2010 e dirige *ad interim* – senza oneri aggiuntivi – l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità della Regione Puglia – ORFS (poi trasferito formalmente dal Policlinico di Bari in Agenzia ex Deliberazione di Giunta regionale 12 gennaio 2017, n. 4, recante "*Organismo Regionale per la Formazione in Sanità, istituito con deliberazione della Giunta Regionale n. 93 del 3/2/2009 – Incardinamento funzionale presso l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia e provvedimenti finanziari conseguenti*").

Più nello specifico, quest'Area è istituita per fornire supporto tecnico all'Assessorato realizzando ovvero monitorando/coordinando attività di livello alto-istituzionale di interesse regionale, tra cui, ad esempio:

- istituzione e coordinamento del "Comitato tecnico regionale dell'Emergenza-Urgenza" (giusta DGR n.2413 del 10/12/2013);
- riorganizzazione e monitoraggio della Rete dell'Emergenza-Urgenza della Regione Puglia;
- coordinamento scientifico, organizzazione e attivazione, in collaborazione formale con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e la Regione Basilicata, di Programmi di alta Formazione manageriale per la dirigenza ed i funzionari del Sistema Sanitario, tra i quali:
  - Corso di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria per Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori Amministrativi;
  - Corso di formazione manageriale in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria" per dirigenti sanitari incaricati della Direzione di Strutture Complesse che operano all'interno delle strutture sanitarie;



- Corso di formazione “P.A.\_lightItaly\_2.0” rivolto ai Responsabili dell’Anticorruzione ed a dirigenti e funzionari delle aree a rischio corruttivo delle Aziende per i Servizi alla Persona della Puglia;
- ecc.
- definizione di percorsi di formazione/addestramento in linea con la mission dell’Area e con gli obiettivi del Programma Operativo per l’inserimento nel corrispondente “Piano di Formazione Cultura alla Salute”;
- attualmente l’Area garantisce il governo scientifico-progettuale del Programma di Ricerca-Intervento denominato “FormASP – *Plant seeds*” (giusta DGR n. 931/2015) progettato interamente presso la stessa Area ed attualmente corso di svolgimento nella sua Fase di ricerca empirica sul campo attraverso la partecipazione diretta dei co-progettisti del programma stesso (Paola Povero, ASL Lecce e Francesco Squillace, ARESS Puglia). Il programma è rivolto all’high management ed al personale sanitario ed amministrativo delle Aziende per i Servizi alla Persona (ASP) della Puglia ed ambisce a contribuire al re-building organizzativo e strutturale di tali enti;

Ai fini dell’analisi di cui al presente Piano appare però necessario porre in evidenza che il Direttore medico della stessa, Dott. Felice ungaro, ha rivestito presso l’A.Re.S. - Agenzia Regionale sanitaria della Puglia, il ruolo di Commissario Straordinario; insediandosi per l’esercizio della carica il giorno 04/03/2016, giusto Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 102 del 26/02/2016. In questo periodo il Direttore Ungaro ha retto *ad interim* la direzione dell’Area di cui era già Direttore titolare e, così, lo stesso ORFS. Egli ha quindi terminato i suoi mandati al termine dei sei mesi previsti per essere quindi distaccato presso la Presidenza della Giunta Regionale al fine di svolgere la funzione di *Responsabile regionale dei processi di e-Procurement ed Health Marketplace in ambito sanitario*; incarico a tutt’oggi rivestito. La direzione dell’Area *Emergenza-Urgenza, Governo clinico e fenomeni sanitari di particolare rilievo* è stata quindi assunta *ad interim* dai Commissari Straordinari dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia che si sono succeduti (Dott. Giancarlo Ruscitti e Dott. Giovanni Gorgoni), quindi dall’attuale Commissario Straordinario dell’Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale, Dott. Giovanni Gorgoni.

Tra le complesse attività di competenza dell’Area *de qua* risultano di una certa importanza potenziale ai fini che muovono la presente indagine, qualora ne fossero prontamente scaturite procedure amministrative di cui all’Area “Affidamento di lavori, servizi e forniture”, le Relazioni tecniche/Progetti generali recanti “*Sistema Radiomobile regionale per il Servizio di Emergenza-Urgenza 118 della Regione Puglia*” (trasmesso al Commissario Straordinario con nota prot. n. 2107 del 28/09/2016) e “*Sistema di Elisoccorso Sanitario della Regione Puglia – ELISAN*” (trasmesso al Commissario Straordinario con nota prot. n. 200 del 31/01/2017).

Le attività dell’Area e dell’ORFS stesso, per il periodo preso in considerazione e per i motivi alto-istituzionali innanzi tratteggiati, posti sotto l’egida diretta dei Commissari Straordinari che si sono susseguiti nel tempo, anche nel momento in cui si scrive, non hanno posto in essere attività giudicabili rilevanti ai fini della presente analisi.

## AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

### Ufficio PHT<sup>3</sup> (Area non coperta da Direttore – tutte le funzioni dell'Ufficio PHT trasferite in ASL Bari)

L'Ufficio si occupava – come anticipato in premessa (cfr. Par. 1.1. “Obiettivi generali e specifici”) – della gestione e distribuzione in nome e per conto della regione dei farmaci A-PHT. Con la Deliberazione della Giunta Regionale 19 luglio 2016, n. 1109 recante “*Misure urgenti in ambito sanitario finalizzate all'attuazione del nuovo modello organizzativo regionale ambidestro MAIA, al governo ed alla razionalizzazione della spesa farmaceutica regionale*”, è stata individuata la ASL BA quale Azienda Sanitaria capofila subentrante all'A.Re.S. Puglia, a far data, nella gestione globale e centralizzata dei farmaci PHT in Distribuzione per Conto regionale; per le attività svolte dell'Ufficio PHT in A.Re.S. Puglia fino al giorno dal 01/10/2016 vale la descrizione delle attività effettuata in occasione del precedente piano e che qui, pertanto, vengono richiamate ai soli fini compiativi, seppur non riportate interamente per ragioni di leggibilità del documento.

Le principali linee di azione:

1. VALUTAZIONE FARMACO-ECONOMICA DI FARMACI CANDIDATI A RIENTRARE NEL PRONTUARIO REGIONALE PHT;
2. RICHIESTE DI ACQUISTO DI NUOVI FARMACI A-PHT;
3. RICHIESTE ACQUISTI FARMACI A-PHT A REGIME;
4. GESTIONE E MONITORAGGIO DEL BUDGET PROVVISORIO;
5. GESTIONE E MONITORAGGIO DELLE CRITICITA' NEL CONSUMO;
6. GESTIONE E MONITORAGGIO DELL'ANDAMENTO DEL CONSUMO DEI FARMACI PHT IN BASE ALLE CLASSI ANATOMICO – CHIMICO E TERAPEUTICHE;
7. GESTIONE AMMINISTRATIVO-CONTABILE DEL PROCESSO INCLUSA L'EMANAZIONE DEI MANDATI DI PAGAMENTO.

<b>MACRO-AREA DI RISCHIO:</b> <i>Valutazioni farmaco-economiche ed amministrative per accesso di nuovi farmaci al Prontuario</i>		
<b>PROCESSI:</b> VALUTAZIONI FARMACO-ECONOMICHE E DI CORRISPONDENZA A LEGGI E REGOLAMENTI volte, in particolare, a candidare un farmaco per l'accesso a prontuario regionale.	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO A:</b> <i>Valutazioni farmaco-economiche per l'ammissione di nuovi farmaci A-PHT al Prontuario regionale PHT</i>	<b>CONTROLLI:</b> Quelli dell'Ufficio regionale del Farmaco da cui scaturisce, o meno, il responso finale di ammissione.
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>	<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	1. Assessorato al Welfare – Area Politiche della Salute – Ufficio del Farmaco;	Il processo appare ottimamente gestito in ARES seppur nelle mani di un solo dirigente farmacista, responsabile

	2. Ufficio PHT dell'ARES	dell'Ufficio PHT. L'Ufficio regionale, sua controparte, ne equilibra le iniziative e le valutazioni assumendosi la responsabilità della decisione finale.
<i>Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino</i>	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO B:</b> <i>Richiesta acquisto straordinario farmaci A-PHT di nuovo inserimento nel prontuario PHT</i>	<b>CONTROLLI:</b> Quelli del DG e del DA che adottano gli atti di gara del Provveditorato e di aggiudicazione (vedi Area di rischio specifica) sulla scorta della relazione dell'Uff. PHT  <u>NOTA SUI CONTROLLI DI SISTEMA TRASVERSALI ai processi C e B:</u> Sia per ordini inerenti a farmaci di nuova immissione nel Prontuario PHT, sia per farmaci per i quali è già sedimentato uno storico dei consumi, il dirigente AD OGNI RIORDINO effettua, dal sistema Web DPC, n. 2 estrazioni relative a d autonomie e giacenze residue che il sistema elabora sulla base dei consumi storici DISPONIBILI (anche di soli 10-20 gg.), per i farmaci di nuovo inserimento, e sullo storico CONSOLIDATO (ULTIMI 60/90 gg.) per tutti gli altri farmaci del Prontuario. Le due estrazioni consentono al dirigente del PHT di ottenere, per i nuovi farmaci, indici di rotazione più attendibili – per quanto basati sulla loro breve vita in seno al prontuario – di quelli che si otterrebbero definendo un solo periodo storico di 2-3 mesi che intercetterebbe i soli farmaci consolidati in prontuario. Tutte le estrazioni sono conservate agli atti informatici dell'ufficio e vengono valutate attentamente prima di effettuare i riordini.
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>	<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	1. Uff. PHT 2. DA e DG ARES	Non si rilevano rischi corruttivi ma appare necessario, onde evitare inefficienze, supportare il Dirigente

		<p>dell'Ufficio di personale farmacista per l'onerosa fase di monitoraggio dei consumi, in modo da ottimizzare gli ordini nella fase di stabilizzazione della domanda. La tecnica di gestione del magazzino appare "alla prima vendemmia" eccellente e più che adeguata ad innestare un circolo virtuoso di collaborazione e mutuo controllo degli attori del sistema extra-ARES. L'Ufficio PHT ha modificato meccanismi organizzativi sia inerenti alla gestione del magazzino sia inerenti alla gestione delle ricette (notule). Nel primo caso l'Ufficio ha diffidato tutti i distributori intermedi dall'accettare consegne in difformità dagli ordini introducendo all'uopo la stringenti misure di tipo economico che hanno immediatamente interrotto le, precedentemente invase, cattive pratiche. Parimenti, nel secondo caso, le farmacie territoriali sono state utilmente persuase a modificare alcuni aspetti inerenti alla gestione di farmaci A-PHT non ritirati dai pazienti, riducendo <i>ab origine</i> il rischio che per questa via detta, complessivamente cospicua mole di farmaci, potesse divenire oggetto di furto, riciclo, traffico illecito, smarrimento, generazione di scaduti, ecc. (vedi note tecniche esplicative e circolari allegate).</p>
	<p><b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO C:</b>  <i>Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel Prontuario PHT da più di tre mesi.</i></p>	<b>CONTROLLI</b>
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>	<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uff. PHT</li> <li>2. Distributori</li> </ol>	

<i>Gestione amministrativo-contabile inerente alla liquidazione delle fatture</i>	<p><b>PROCESSO COMPLESSO:</b>  <i>Gestione del flusso: ordini di farmaci A-PHT, documenti di trasporto, fatture, determinazioni di liquidazione e</i></p>	<b>CONTROLLI</b>
---	---	------------------

	<b>mandati di pagamento.</b>	
Al tempo in cui è stata sviluppata la precedente analisi era in corso di attuazione un nuovo assetto contrattuale tra ARES-REGIONE ed i 18 Distributori intermedi consistente, oltre in uno sconto sul costo corrisposto dalla Regione Puglia a detti distributori per la presa in carico della singola confezione di farmaci, anche nell'impegno di questi ultimi a caricare i Documento Di Trasporto (DDT) nel sistema Web-DPC. Ciò, a regime, avrebbe consentito all'Ufficio PHT la sola verifica di qualità dei flussi di dati dai Distributori all'ARES e un più agevole allineamento degli stessi con le fatture. Il nuovo processo, integrato con il sistema di magazzino e contabilità EUSIS GPI e con quello della fatturazione elettronica, consentirà all'Ufficio PHT tempi medi di liquidazione delle fatture prossimi ai quindici giorni.		
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>	<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistema dei 18 Distributori intermedi</li> <li>2. Ufficio PHT</li> </ol>	

## SERVIZIO INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA<sup>4</sup>

Il Servizio ha svolto attività di supporto alla pianificazione e programmazione di politiche di assistenza e di integrazione territoriale così come dettagliatamente descritto con il precedente Piano. Il Servizio è rimasto scoperto con la nomina in qualità di Direttore generale dell'ASL di Foggia del suo Dirigente ed è, quindi, stato assegnato, per le finalità della sua riorganizzazione nell'ambito della nuova Agenzia per la Salute ed il Sociale al Dott. Antonio Bisceglie – già Dirigente medico della Struttura ad alta valenza strategica "UVARP" dell'ASL Bari – che, nell'ambito del suo periodo di comando in Agenzia (dal giorno 16/05/2016 a tutt'oggi) ha trattato attività di studio ed approfondimento tecnico che non presentano rilevanza ai fini della redazione del presente Piano Anticorruzione.

Il Servizio, infatti, si è occupato della redazione di proposte tecniche inerenti all'Adeguamento del modello riorganizzativo e funzionale del Distretto socio-sanitario; dell'attivazione di forme multi professionali di Assistenza Primaria per la presa in carico delle persone a rischio di fragilità e/o affette da patologie croniche a lungo termine, ovvero dello studio e redazione di proposte di Linee Guida sull'organizzazione e riorganizzazione delle Cure Primarie e dei Punti Territoriali di Assistenza (PTA).

Le attività dell'Area, per il periodo preso in considerazione e per i motivi alto-istituzionali innanzi tratteggiati, non rivestono rilevanza ai fini anticorrittivi.

La mappatura effettuata con il Precedente Piano è, pertanto, da ritenersi superata; di seguito si riporta per sommi capi la precedente descrizione delle macro Aree di rischio ai soli fini compilativi.

<b>MACRO-AREA DI RISCHIO:</b> <i>Implementazione processi e modelli gestionali</i>		
<b>PROCESSI:</b> IMPLEMENTAZIONE PROCESSI E MODELLI GESTIONALI volti, in particolare, alla realizzazione in ambito regionale del processo di presa in carico dei pazienti cronici (es. CARE PUGLIA)	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO:</b> <b>Attiva partecipazione all'impostazione di Accordi Integrativi Regionali (AIR) con ordini prof.li</b>	<b>CONTROLLI:</b> nessuno
<b>Stipula accordi di programma e convenzioni con Enti del SSR</b>	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO:</b> <b>Stipula Accordi di Programma con Enti del SSR</b>	<b>CONTROLLI:</b> nessuno
<b>PROCESSI:</b> Il Servizio, dopo aver svolto le fasi tecniche inerenti alla precisazione a livello regionale delle indicazioni nazionali ed aver sviluppato le bozze di accordo con i rappresentanti dei professionisti (AIR), <b>stipula appositi accordi di programma</b> con gli enti (ASL) presso cui il nuovo processo dovrà essere effettuato.		
<b>Progetti in generale</b>	<b>PROCESSO COMPLESSO: Progetti (studio e ricerca) con enti pubblici nazionali e sovranazionali</b>	<b>CONTROLLI:</b> 1. Quelli scientifici ed amministrativo-contabili del LP 2. Quelli amministrativo-contabili dell'Ufficio Progetti e Commesse dell'ARES
<b>Progetti di sperimentazione di DM con enti privati</b>	<b>PROCESSO COMPLESSO: Progetti di sperimentazione di dispositivi medici (DM) con le case farmaceutiche e realtà imprenditoriali private in generale</b>	<b>CONTROLLI:</b> nessuno

## SERVIZIO VALUTAZIONE INTEGRATA IN SANITÀ<sup>5</sup>

Il Servizio diretto dalla Dott.ssa Graps attualmente si occupa, in breve, di:

- **valutazione di tecnologie sanitarie (HTA)** ove per tecnologie si intendono attrezzature sanitarie, dispositivi medici, farmaci, sistemi diagnostici, procedure mediche e chirurgiche, percorsi assistenziali, assetti strutturali, modelli organizzativi e manageriali nei quali viene erogata l'assistenza sanitaria;
- **ricerca sanitaria** in qualità di rappresentante della Puglia nel gruppo interregionale della ricerca sanitaria in Commissione Salute e di supporto del Destinatario Istituzionale (Sezione Programmazione sanitaria del Dipartimento salute) per le attività inerenti alla supervisione di progetti di ricerca ammessi a finanziamento dal Ministero, interfacciandosi con l'Ufficio 4 - Programmazione ricerca e bandi per la ricerca finalizzata e con la Direzione generale della ricerca e dell'innovazione in sanità del Ministero Salute.
- **dispositivi medici** in qualità di rappresentante della Puglia nel TER (tavolo esperti regionali) coordinato dal Ministero della Salute-Ufficio 3 - Dispositivi medici e dispositivi medici impiantabili attivi, per gli aspetti di classificazione, nomenclatura e aggiornamento della CND (classificazione nazionale dispositivi medici), e in qualità di esperto in affiancamento al Direttore Dipartimento Salute Benessere sociale e Sport per tutti, membro della Cabina di regia del Programma nazionale HTA per i Dispositivi medici, interfacciandosi con la Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico del Ministero salute.
- **gestione di progetti nazionali ed internazionali in tema di HTA** con compiti tecnico scientifici e/o di coordinamento operativo;

In particolare, per le attività di Health Technology Assessment (HTA), il Servizio opera a livello nazionale nell'ambito della Rete Italiana HTA coordinata da Agenas e a livello regionale attraverso il coordinamento del Gruppo di Lavoro HTA (ex Del DG nn. 133/99, 30/2013, 86/2015) e di numerosi tavoli tecnici HTA istituiti con criteri di multidisciplinarietà su tematiche cogenti e d'impatto sulla programmazione sanitaria.

A livello nazionale il Servizio partecipa alle attività di segnalazione e prioritizzazione di tecnologie emergenti, alla stesura condivisa di report HTA e di horizon scanning, partecipa a survey coordinate dall'Area Funzionale Innovazione Sperimentazione e Sviluppo di Agenas.

A livello regionale, il Servizio produce o favorisce la circolazione di documenti valutativi (tra cui "mini report HTA", "rapid HTA report" etc.) su tecnologie in ogni fase del loro ciclo di vita (tecnologie emergenti, di utilizzo corrente, obsolete); tali prodotti sono basati sullo studio delle evidenze di letteratura e sull'analisi epidemiologica dei bisogni, sono redatti secondo la metodologia tipica della valutazione d'impatto della tecnologia nei diversi domini (sicurezza, efficacia, organizzativo, economico, etc.), e forniscono RACCOMANDAZIONI ai policy-maker (nel caso dell'AReSS il principale è il corrispondente Dipartimento Salute). I prodotti HTA, infatti, hanno l'intrinseca capacità di RIDURRE L'ARBITRIO in forza dell'analisi tecnica, fornendo ai policy maker elementi obiettivi ed evidenze scientifiche a supporto delle decisioni strategiche. Questi documenti POSSONO essere oggetto di formale recepimento con deliberazione del DG ARES ai fini DISSEMINATIVI e di "trasferimento forte" al Dipartimento, sono inoltre pubblicati sul sito dell'Agenzia, ma NON SONO VINCOLANTI. L'attività di valutazione spesso riguarda modelli organizzativi all'interno di settori del SSR; in questo caso, è cruciale il coordinamento dei tavoli tecnici HTA su tematiche

specifiche, all'interno dei quali, secondo la metodologia HTA, i professionisti sono "ingaggiati" e coinvolti nella produzione di documenti valutativi, previa sottoscrizione di una dichiarazione di eventuali interessi secondari.

Tutte le innanzi citate attività vengono poste in essere dal dirigente del Servizio, Dott.ssa Graps, che dispone di un solo collaboratore di ruolo al 50% (contemporaneamente responsabile dell'Ufficio Progetti e Commesse dell'ARES) e, fino al primo trimestre 2018, di due esperti esterni con incarico di collaborazione autonoma professionale senza vincolo di subordinazione. I professionisti dei tavoli tecnici HTA collaborano con il servizio su base volontaria.

I tavoli tecnici HTA sono costituiti in base a criteri trasparenti in modo da renderli MULTIDISCIPLINARI, MULTISTAKEHOLDER e rappresentativi dell'intero territorio regionale. I componenti sono chiamati a compilare la dichiarazione sul conflitto di interesse all'atto d'insediamento del Tavolo tecnico che viene istituito con Delibera Agenziale. Il GdL HTA, è formalmente coordinato dalla Responsabile del Servizio Valutazione integrata ma, allo stato attuale, necessita di un aggiornamento della sua composizione, oltre che una definizione di un opportuno investimento dedicato, pertanto la sua attività è di fatto svolta dal Servizio.



<b>MACRO-AREA DI RISCHIO:</b>		
<b>Valutazioni di Tecnologie Sanitarie</b>		
<b>PROCESSI:</b> VALUTAZIONI HTA in forma di differenti prodotti fra cui “mini-report HTA” o “rapid HTA report” che possano fungere da guida per un’eventuale acquisizione di nuova tecnologia (ambito degli “investimenti”) ovvero per il contrasto dell’obsolescenza di quella di cui si dispone attualmente (ambito dei “disinvestimenti”).	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO</b>	<b>CONTROLLI</b>
	<b>Valutazioni HTA</b>  Fasi/descrizione: 1. segnalazione di tecnologia da sottoporre a valutazione (bottom –up; top –down) 2. prioritizzazione su criteri dichiarati (elevato impatto dei costi, rilevanza epidemiologica, coerenza con iniziative regionali, etc. 3. costituzione tavolo tecnico HTA (multiprofessionale e multistakeholder) 4. definizione dei quesiti di ricerca, del PICO, disamina letteratura, stesura documenti valutativi, revisione nel gruppo, consolidamento documento e pubblicazione sul sito agenziale; trasmissione al Dipartimento salute.	La valutazione è di tipo collegiale ed è operata da professionisti. In alcuni casi sono coinvolti rappresentanti delle associazioni dei pazienti. Non esiste però un controllo esterno di alcuna natura ( <i>peer review</i> o autorità tecniche eventualmente competenti). Il Servizio da tempo si è dotato di uno strumento per governare il conflitto d’interesse chiedendo ai componenti dei tavoli tecnici HTA di dichiarare eventuali interessi secondari (secondo una format condiviso con AGENAS all’atto costitutivo del tavolo) all’atto di insediamento ed in occasione della valutazione di specifiche tecnologie.
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>	<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	1. Servizio Valutazione integrata in sanità 2. Tavoli tecnici HTA	La discrezionalità del processo sarà superata con la messa a regime del Programma nazionale HTA sui dispositivi medici del Ministero della Salute, secondo quanto previsto dal documento strategico licenziato dalla Cabina di regia ex L. 190/2014 e approvato in conferenza Stato Regioni il 21 settembre 2017. Il documento rappresenta un riferimento metodologico cui attenersi per la produzione di valutazioni e identifica metodologie inerenti alle diverse fasi del processo valutativo (segnalazione, prioritizzazione, valutazione, <i>appraisal</i> ).  Dalla data di approvazione dell’Accordo e, meglio, da quella, imminente, di approvazione del regolamento della Cabina di Regia (CdR) si potrà far riferimento certo

		ed unitario per le procedure di valutazione dei Dispositivi medici (DM); il regolamento detta altresì modalità di gestione degli interessi secondari per la partecipazione dei componenti. Pertanto, il livello di controllo delle procedure di cui trattasi non può che prevedersi più che adeguato ad arginare in Agenzia fenomeni corruttivi.
	<b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO</b>	<b>CONTROLLI</b>
VALUTAZIONI HS volte, in particolare, a “stimare” l’impatto delle tecnologie ancora da immettere sul mercato.	<p><b>Valutazioni HS</b></p> <p>Fasi/descrizione:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Collaborazione alla stesura di report HS, insieme ad altre regioni, con il coordinamento di Agenas.</li> </ol>	<p>Agenas, in virtù di un accordo di collaborazione con il Ministero, lancia periodicamente call di prioritizzazione su tecnologie emergenti e chiama le regioni a collaborare alla stesura di documenti valutativi. La metodologia di lavoro è elicitata nel manuale delle procedure HTA redatto da Agenas che tra le altre, contempla la gestione del conflitto di interesse, la pubblicazione della bozza del lavoro prodotto per il recepimento delle osservazioni degli stakeholders, la validazione definitiva e la pubblicazione sul sito dell’Agenzia nazionale.</p>
	<b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b>	<b>PROPOSTA CORRETTIVA</b>
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Servizio Valutazione integrata in sanità</li> <li>2. Agenzia nazionale - Agenas</li> </ol>	IDEM C.S.
	<b>PROPOSTA CORRETTIVA GENERALE e note</b>	
	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dall’intervista alla Dirigente del dicembre 2017 emerge la fortemente argomentata esigenza di definire investimenti dedicati per la costituzione in Agenzia di un centro regionale (come previsto dalla legge di stabilità 2016) che svolga attività di HTA, con personale di ruolo, di elevato e differente profilo tecnico. Il Servizio Valutazione integrata in sanità, infatti, proprio in virtù del suo ruolo, non utilizza alcun tipo di finanziamento esterno all’Agenzia che non provenga da fonti Istituzionali (Ministero della Salute, Agenas, Regione); ciò, da un lato lo rende oggettivamente “debole” dal punto di vista delle modalità operativo gestionali e di reclutamento di risorse, dall’altro lato amplia i controlli e la platea di Attori istituzionali che ne presidiano l’impiego. Le funzioni che il Servizio presidia possono giovare della sperimentazione di un assetto organizzativo-strutturale capace di tenere insieme, senza rinunce, entrambi gli aspetti citati.</li> <li>2. Frutto del programma nazionale HTA sarà un albo dei centri collaborativi al programma, che potranno svolgere valutazioni con impatto anche sui LEA, con il coordinamento della Cabina di Regia nazionale.</li> </ol>	

---

## SERVIZIO ANALISI DOMANDA E OFFERTA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI<sup>6</sup>

Il Servizio svolge attività di analisi dei dati sanitari a supporto di valutazioni sanitarie. Attualmente, in quest'ultimo ambito il Servizio sviluppa le sua attività attraverso:

1. la gestione del REGISTRO TUMORI PUGLIA (Registro per patologia);
2. la collaborazione al coordinamento del "Registro malformazioni congenite" ed al "Registro delle cardiocirurgie".

In particolare, nell'ambito della linea 1, il Servizio sviluppa il coordinamento organizzativo ai sensi della Deliberazione di Giunta Regionale n. 2040/2016. Il Servizio, a titolo gratuito, coordina altresì i 6 Registri provinciali allocati in ogni ASL di Puglia. In breve, l'attività tecnico-scientifica del Centro Tumori Puglia, seppur con ricadute in termini di allocazione di risorse, è svolta presso il Servizio Analisi Domanda e Offerta di Salute e Sistemi Informativi, mentre quella amministrativa *stricto sensu* di supporto all'attività di cui trattasi è svolta in Agenzia dalla Struttura di Direzione Amministrativa. Nel dettaglio, saranno appresso analizzati i processi inerenti alle innanzi sommariamente citate "indicazioni tecniche non vincolanti" offerte dal Servizio essenzialmente nell'ambito del Registro Tumori Puglia.

Come generalmente fanno gli altri Servizi dell'ARES, anche quello di cui trattasi svolge inoltre attività ordinarie *no budget*, tra queste:

- produzione di PARERI e partecipazione a commissioni e tavoli di lavoro per la stesura di atti di programmazione;
- analisi di dati a supporto dell'Assessorato;
- analisi di dati per attività (di propria iniziativa) volta alla costruzione di scenari generali (ad es. "Banca dati Assistito", riconosciuto strumento di programmazione regionale);
- partecipazione alla realizzazione di progetti europei e non.

Come tutte le attività inerenti alla **costruzione di scenari decisionali**, quelle poste in essere dal Servizio in oggetto hanno carattere eminentemente tecnico-scientifico. Ciò nonostante, in occasione della prima mappatura delle attività, ci si è dilungò nella fase di analisi al fine di svelare eventuali influenze indirette che, proprio in virtù dell'ampiezza delle analisi di Agenzia, possa in qualche modo sofisticare la potestà gestionale della Regione esponendola a rischio corruttivo o di *maladministration*.

In quest'occasione viene aggiornata la mappatura dei processi riconducibili all'unica area di rischio che si può confermare tra quelle ascrivibili al "*Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale*", ovvero al "Caso del Registro Tumori Puglia". Il caso in commento sarà quindi considerato nell'ambito di processi di *Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti*.

La risalente analisi comprendente è stata oggetto di riflessione e modifica con il Responsabile dell'Ufficio P.P.A. anche in quest'occasione non ha svelato per i casi in parola l'esistenza di peculiari fattori di rischio che possano essere considerati aggiuntivi o caratteristici rispetto a quelli, ordinari, connessi alle micro attività amministrative che, in varia misura, concorrono allo svolgimento di base dell'attività (selezione del personale, attività economiche necessarie

all'approvvigionamento di beni e servizi, ecc.) e che, pertanto, rientrano tra quelle di competenza della Struttura di Direzione Amministrativa e delle sue articolazioni funzionali.

In conclusione, le attività ascritte all'ampia area *“Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale”* – che connota, tra le altre, l'agire processuale, ampio e complesso, dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia – **non appaiono caratterizzate da fattori di rischio distintivi** ma solo riguardate da rischi canonici inerenti alle ordinarie attività gestionali/amministrative mappate nell'apposita sezione dei questo Piano, a cui si rimanda.

<p><b>MACRO-AREA DI RISCHIO:</b> <i>coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale</i></p>		
<p><b>PROCESSI:</b> IMPLEMENTAZIONE PROCESSI E MODELLI ORGANIZZATIVI volti, in particolare, alla realizzazione in ambito regionale delle indicazioni della Legge Regionale n. 21/2012 inerente alla valutazione del DANNO SANITARIO. In particolare, viene confermata la sola analisi del processo A inerente alla gestione organizzativa del Registro Tumori Puglia (RTP). Nel dettaglio, il RTP è governato da un Comitato scientifico diretto dal Commissario Straordinario/Direttore Generale dell'ARESS. Il funzionamento del modello organizzativo relativo è presente sul sito istituzionale della sanità di Puglia ed è aggiornato al 24 marzo 2015. Esso si basa sui sei Registri provinciali e realizza un sistema organizzativo definito dalla dirigente “orizzontale”. NOTA TECNICA: I casi di tumore vengono selezionati sulla scorta di una procedura di selezione informatizzata di flussi di dati sanitari codificata nel “Manuale delle Procedure RTP” (recepito con delibera di GR). Questo programma individua, analizzando flussi informativi provenienti da fonti diverse, nuovi casi sospetti di tumore che</p>	<p><b>DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO A</b></p> <p><b>Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti. Caso del Registro Tumori Puglia.</b></p> <p>Fasi/descrizione:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. analisi dei casi (vedi NOTA TECNICA);</li> <li>2. riunioni periodiche;</li> <li>3. Riunioni Tavoli di Coordinamento;</li> <li>4. Produzione di Rapporti di attività annuali (tutto pubblicato sul Sito istituzionale);</li> <li>5. Le ASL traducono in azioni concrete il portato dell'attività istituzionale pur non avendo queste ultime un valore vincolante né il RTP, ed i suoi Tavoli, potere sanzionatorio alcuno.</li> </ol>	<p><b>CONTROLLI</b></p> <p>Il Registro Tumori ed i suoi Tavoli Tecnici non rendono conto delle indicazioni che producono in quanto argomentano secondo i crismi delle Discipline le conclusioni cui addiungono. Tutti i report vengono pubblicati sul sito istituzionale dell'ARESS</p>
	<p><b>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. RTP e suoi Tavoli tecnici;</li> <li>2. Nessun ufficio o struttura contribuisce all'emanazione delle indicazioni da parte delle ASL, che le recepiscono in piena autonomia.</li> </ol>	<p><b>PROPOSTA CORRETTIVA</b></p> <p>NON SI RILEVANO RISCHI intercettabili dagli usuali indici per la valutazione della probabilità e dell'impatto di corruzione.</p>

appartengano a quella, e solo a quella, vendemmia e che riguardino cittadini residenti in Puglia. I risultati della lunga fase di analisi dopo tre anni vengono inviata al centro nazionale AIRTUM che valuta la reale capacità dei centri territoriali (sei in regione, uno per ogni ASL) e lo certifica come parte accreditata della rete nazionale AIRTUM.

--	--

## 8. REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI MICRO PROCESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ AMMINISTRATIVE DI AGENZIA – All. C (*micro*)

### Area affidamento di lavori, servizi e forniture [lett. a)]

lett. – n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio	Livello di controllo*	Probab.	Impatto	Valutazione e classificazione rischio
A - 1	Settore Contratti e Appalti	Definizione oggetto affidamento		Alterazione concorrenza a mezzo di errata/non funzionale individuazione dell'oggetto, violazione del divieto di artificioso frazionamento	3	4	3	12
A - 2	Settore Contratti e Appalti	Individuazione strumento per l'affidamento		Alterazione della concorrenza	2	3	3	9
A - 3	Settore Contratti e Appalti	Requisiti di qualificazione		Violazione dei principi di non discriminazione e parità di trattamento; richiesta di requisiti non congrui al fine di favorire un concorrente	2	3	3	9
A - 4	Settore Contratti e Appalti	Requisiti di aggiudicazione		Determinazione di criteri di valutazione in sede di bando/avviso al fine di favorire un concorrente	2	3	3	9
A - 5	Settore Contratti e Appalti	Valutazione delle offerte		Violazione dei principi di trasparenza, non discriminazione, parità di trattamento, nel valutare offerte pervenute	2	4	3	12
A - 6	Settore Contratti e Appalti	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte		Alterazione da parte del RUP del sub-procedimento di valutazione anomalia con rischio di aggiudicazione ad offerta viziata	2	3	3	9
A - 7	Settore Contratti e Appalti	Procedure negoziate		Alterazione della concorrenza; violazione divieto artificioso frazionamento; violazione criterio rotazione; abuso di deroga a ricorso procedure telematiche di acquisto ove necessarie	2	4	3	12
A - 8	Settore Contratti e Appalti	Affidamenti diretti		Alterazione concorrenza (mancato ricorso a minima indagine di mercato; violazione divieto artificioso frazionamento; abuso di deroga a ricorso procedure telematiche di acquisto ove necessarie)	2	4	3	12

A - 9	Settore Contratti e Appalti	Revoca del bando		Abuso di ricorso alla revoca al fine di escludere concorrente indesiderati; non affidare ad aggiudicatari o provvisorio	2	3	3	9
A - 10	Settore Contratti e Appalti	Redazione cronoprogr.		Indicazione priorità non corrispondente a reali esigenze				
A - 11	Settore Contratti e Appalti	Varianti in corso di esecuzione del contratto		Il RUP, a seguito di accordo con l'affidatario, certifica in corso d'opera la necessità di varianti non necessarie				
A - 12	Settore Contratti e Appalti	Subappalto		Autorizzazione illegittima al subappalto; mancato rispetto iter art. 105 D.Lgs. 50/2016 Codice Contratti; rischio che operino ditte subappaltatrici non qualificate o colluse con associazioni mafiose	2	2	3	6
A - 13	Settore Contratti e Appalti	Utilizzo di rimedi di risoluzione controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante esecuzione contratto		Illegittima attribuzione di maggior compenso o illegittima attribuzione diretta di ulteriori prestazioni durante l'effettuazione della prestazione				
A - 14	Settore Contratti e Appalti	Verifica della conformità di beni e servizi alle caratteristiche tecniche minime richieste negli atti di gara		Alterazione della verifica di conformità di beni e servizi al fine di favorire forniture difformi, ma anche al fine di elevare il margine di competitività di uno specifico concorrente a monte, già in fase di indicazione dei prezzi in offerta	2	3	3	9

### Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario [lett. b)]

lett. - n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio	Livello di controllo *	Probab.	Impatto	Valutazione e classificazione rischio
B - 1	Tutti gli uffici	Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale (es.: Adesione a Convenzioni)	Concessione di contributi o benefici a privati o ad altri enti	Mancato rispetto del disciplinare ove esistente o errato svolgimento del procedimento per procurare vantaggi a privati	4	4	3	12
B - 2	Tutti gli uffici	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto (es.: stipula contratti di sponsorizzazione)	Concessione di contributi o benefici a privati o ad altri enti	Mancato rispetto del disciplinare ove esistente o errato svolgimento procedimento	2	3	3	9

### Area gestione/controllo delle risorse economiche, finanziarie e strumentali dell'Ente [lett. c)]

lett. – n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio	Livello di controllo *	Probab.	Impatto	Valutazione e classificazione rischio
C - 1	Settore Ragioneria e Bilancio	Processi di spesa	Emissione mandati di pagamento	Pagamenti non dovuti o influenza sui tempi di pagamento	2	2	3	6

### Area acquisizione e progressione del personale [lett. d)]

lett. – n.	Strutture amministrative interessate	Sottoaree	Processo	Esemplificazione rischio	Livello di controllo *	Probab.	Impatto	Valutazione e classificazione rischio
D - 1	Settore Personale	Reclutamento	Espletamento procedure concorsuali o di selezione (anche da short list) - <b>Attribuzione incarichi occasionali o cococo ex art.7 D.Lgs.n.165/01</b>	Alterazione dei risultati	2	3	3	9
<b>D - 2</b>	<b>Settore Personale</b>	<b>Reclutamento</b>	<b>Assunzione tramite centri impiego</b>	<b>Alterazione dei risultati</b>				
D -3	Settore Personale	Reclutamento	Assunzione tramite procedure di stabilizzazione	Alterazione dei risultati	2	3	3	9+
D -4	Settore Personale	Reclutamento	Mobilità tra enti (comando, distacco, convenzione, trasferimento compartimentale/intercompartimentale)	Alterazione dei risultati	2	3	3	9
D -5	Settore Personale	Progressioni di carriera	Progressioni orizzontali/verticali	Alterazione dei risultati	2	2	3	6
<b>D -6</b>	<b>Settore Personale e altre strutture</b>	<b>Conferimento di incarichi di collaborazione</b>	<b>Attribuzione incarichi occasionali o cococo ex art.7 D.Lgs.n.165/01</b>	<b>Alterazione dei risultati</b>				

\*: Livelli di controllo assegnati dal Dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa.



## 9. REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI PROCESSI COMPLESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI AGENZIA – All. C (macro)

<b>Implementazione di Processi e Modelli gestionali di livello regionale</b>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(1) 1		<b>SERVIZIO INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</b> <b>Attiva partecipazione all'impostazione di Accordi integrativi regionali (AIR) con ordini professionali ed associazioni di categoria</b>					
(1) 2		Stipula Accordi di Programma e Convenzioni con Enti del SSR (AA.SS.LL.) <b>NOTA: trasversale; vedi anche rischi <i>micro</i></b>	3 (efficace)	3	3	6	9 (RILEVANTE)
<b>Gestione di progetti/sperimentazioni</b>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(2) 1		Gestione Progetti (di studio e ricerca) con Enti Pubblici naz. e sovranazionali <b>NOTA: trasversale</b>	2 (molto efficace)	3	3	7	9 (RILEVANTE)
(2) 2		<del>Co-progettazioni di attività per la sperimentazione di dispositivi medici stipulate con case farmaceutiche</del>					
<b>Valutazioni di tecnologie sanitarie</b>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(3) 1		<u>SERVIZIO VALUTAZIONE INTEGRATA IN SANITÀ</u> Valutazioni HTA	2 (molto efficace)	3	3	9	9 (RILEVANTE)
(3) 2		Valutazioni HS	2 (molto efficace)	3	3	10	9 (RILEVANTE)

<b>Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale</b>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(4) 1		<p><b><u>SERVIZIO ANALISI DOMANDA E OFFERTA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI</u></b></p> <p><b>Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti: Caso “Centro Salute e Ambiente Puglia” (CSAP)</b></p>					
<b>Attivazione/riorganizzazione di Reti Assistenziali per patologia</b>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(5) 1		<p><b><u>AREA DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA</u></b></p> <p><b>Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)</b></p>	1 (assoluto)	3	3	12	9 (RILEVANTE)
<b>Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture</b>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(6) 1		<p><b><u>AREA EMERGENZA SANITARIA E GOVERNO CLINICO</u></b></p> <p><b>Riorganizzazione di reti di servizi ESISTENTI: Rete dell’Emergenza Urgenza (“118”)</b></p>					
(6) 2		<p><b>Creazione o organizzazione EX-NOVO di reti e di servizi:</b></p> <p><b>Programma di Ricerca-Intervento “FormASP – Plant Seeds”</b></p>					

## 10. Ponderazione del Rischio e Piano di Trattamento della *maladministration*/rischio di corruzione dell'A.Re.S. Puglia – All. E

Dichiarare la propria modalità di ponderazione del rischio è fondamentale ai fini dell'interpretazione dello stesso e della scelta dei provvedimenti conseguenti. Con la Figura a destra quest'Agenda regionale esplicita le proprie scelte dichiarando che presso di essa non possono persistere processi complessi che sviluppino un complessivo Livello di rischio pari o superiore a 15 su 25 (cfr. Fig. 4 e corrisp. Legenda) a meno che non siano caratterizzati da un corrispondente Livello di controllo "assoluto".

Da contro – date le peculiarità delle attività dell'A.Re.S. Puglia innanzi sommariamente ripercorse – si è reputato opportuno considerare accettabili quei processi complessi caratterizzati da una quantità di rischio compreso tra 8 e 12 (cfr. Fig. 4 e corrisp. Legenda) se, e solo se, sono accompagnati da un livello di controllo "assoluto" o "molto efficace", pur senza sopprimere la tensione al miglioramento costante dei processi e delle procedure.

		QUANTITA' DI RISCHIO		
		da 1 a 6 (BASSO E MEDIO-BASSO) 1	da 8 a 12 (RILEVANTE) 2	da 15 a 25 (CRITICO) 5
LIVELLO DI CONTROLLO	ASSENTE 5	DA PREVENIRE	DA PREVENIRE	INACCETTABILE
	MINIMO 4	ACCETTABILE	DA PREVENIRE	INACCETTABILE
	EFFICACE 3	ACCETTABILE	DA PREVENIRE	INACCETTABILE
	MOLTO EFFICACE 2	ACCETTABILE	ACCETTABILE	DA PREVENIRE
	ASSOLUTO 1	ACCETTABILE	ACCETTABILE	DA PREVENIRE

AReS Puglia | Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione – PTPC 2016-2018

Fig. 6: Matrice di Ponderazione del rischio accettabile/da prevenire/inaccettabile.

Più nel dettaglio, nella Matrice di Ponderazione del rischio (Fig. 6), in colonna vengono raggruppate in tre categorie le quantità di rischio espresse attraverso 25 gradazioni crescenti (1-25): 6 per il rischio codificato “basso” e “medio-basso”, 5 per il rischio codificato come “rilevante” ed 11 (pari alla somma delle due gradazioni precedenti) per il rischio codificato come “critico”.

Convenzionalmente, quest’Agenzia ascrive Peso pari ad 1 alla prima categoria; peso pari a due alla seconda categoria (rilevante); peso pari a 5 alla categoria di rischio più severo. In riga, invece, viene riportato il livello di controllo declinato (cfr. Tab. 3) in 5 gradazioni: nodale ai fini della qualificazione del rischio.

Dall’incrocio dei valori in riga ed in colonna, quindi, la Matrice sviluppa una nuova ripartizione in altrettante 25 modalità che, a loro volta, consentono la qualificazione ed il raggruppamento del rischio con la conseguente individuazione di tre diverse Fasce di Priorità di Trattamento dei principali Processi complessi di Agenzia analizzati, così come espresso dalla seguente legenda:

Legenda delle **Fasce di Priorità di Trattamento** dei Processi Complessi di Agenzia correlate alla qualificazione della ponderazione del rischio

<b>III fascia ACCETTABILE</b>	<b>II fascia DA PREVENIRE</b>	<b>I fascia INACCETTABILE</b>
da 1 a 4	da 5 a 10	da 15 a 25

Pertanto, di seguito si sviluppa i Piani di Trattamento del rischio di maladministration/corruzione a carico dei macro e dei *micro* processi di Agenzia nei quali vengono *ordinati* – in base alla sopra argomentata ponderazione del rischio (e dei valori attribuiti al livello di controllo e di rischio) – i più rilevanti processi semplici e complessi di Agenzia analizzati in quest’occasione ed insieme *declina* – specificando misure da attivare, responsabili, risorse, indicatori e tempistiche – i relativi sistemi di Trattamento.

**Piano di Trattamento del rischio di *maladministration*/corruzione inerente ai più rilevanti *processi complessi* dell'Agazia**

\* vedi registro dei rischi All. C macro

N. - n. *	MACRO-AREA DI RISCHIO	PROCESSO COMPLESSO	PONDERAZIONE		Sistemi di Trattamento del rischio di <i>maladministration</i> /corruzione				
			Fascia di priorità F. - ord.		Misure da attivare	Indicatori	Responsabili	Risorse	Tempi
(1) - 2	<b>Implementazione di Processi e Modelli gestionali di livello regionale</b>	<b>Stipula Accordi di Programma e Convenzioni con Enti del SSR (AA.SS.LL.)</b>	<b>II - 1</b>		REGOLAMENTO QUADRO inerente alle modalità di individuazione dei partner, alla stipula ed alla gestione di ACCORDI DI PROGRAMMA e di CONVENZIONI con A.Re.S.S.	ADOZIONE DEL REGOLAMENTO Aziendale valido per le azioni tecnico scientifiche delle Aree e dei Servizi e Settori di Agenzia sia per gli Uffici della Struttura di funzionamento amministrativo	Commissario Straordinario e Dirigente Struttura di Direzione Amministrativa	interne	4 mesi dall'adozione Atto Aziendale A.Re.S.S.
(3) - 1	<b>Valutazioni di tecnologie sanitarie</b>	<b>Valutazioni HTA</b>	<b>II - 2</b>		DEFINIZIONE DELLA METODOLOGIA PER LO SVILUPPO DELLA PEER-REVIEW	SI/NO	Dott.ssa Graps (Dirigente del Servizio)	interne	6 mesi
(2) - 1	<b>Gestione di progetti/sperimentazioni</b>	<b>Gestione Progetti (di studio e ricerca) con Enti Pubblici nazionali e sovranazionali</b>	<b>III - 1</b>		A.Re.S.S. studia strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(3) - 2	<b>Valutazioni di tecnologie sanitarie</b>	<b>Valutazioni HS</b>	<b>III - 4</b>		solo monitoraggio	--	--	interne	--
(5) - 1	<b>Attivazione/riorganizzazione di Reti Assistenziali per patologia</b>	<b>Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)</b>	<b>III - 4</b>		solo monitoraggio	--	--	interne	--

## Piano di Trattamento del rischio di *maladministration*/corruzione inerente ai più rilevanti *processi semplici* dell'Agenzia

\* vedi registro dei rischi All. C *micro*

N. - n. *	MACRO-AREA DI RISCHIO	PROCESSO semplice	PONDERAZIONE		Sistemi di Trattamento del rischio di <i>maladministration</i> /corruzione				
			Fascia di priorità F. - ord.	Misure da attivare	Indicatori	Responsabili	Risorse	Tempi	
B - 1	<b>Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</b>	Provvedimenti amministrativi a contenuto discrezionale (es. adesione/stipula Convenzioni)	I - 1	Adozione Regolamento di Agenzia	SI/NO	Commissario Straordinario e Dirigente Struttura di Direzione Amministrativa	interne	6 mesi dall'adozione Atto Aziendale A.Re.S.S.	
A - 1	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Definizione oggetto affidamento	I - 2	Adozione con Delibera del CS di un Sistema di verifica <i>ex ante</i>	SI/NO	Commissario Straordinario e Dirigente Struttura di Direzione Amministrativa	interne	6 mesi dall'adozione Atto Aziendale A.Re.S.S.	
A - 5	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Valutazione delle offerte	I - 3	Adozione Deliberazione per la esternalizzazione dei processi di valutazione	SI/NO	Commissario Straordinario e Dirigente Struttura di Direzione Amministrativa	interne	6 mesi dall'adozione Atto Aziendale A.Re.S.S.	
A - 7	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Procedure negoziate	II - 1	Adozione con Delibera del CS di un Sistema di verifica <i>ex ante</i> ed <i>ex post</i>	SI/NO	Commissario Straordinario e Dirigente Struttura di Direzione Amministrativa	interne	6 mesi dall'adozione Atto Aziendale A.Re.S.S.	
A - 8	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Affidamenti diretti	II - 2	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.	
B - 1	<b>Area acquisizione e progressione del personale</b>	Assunzione tramite procedure di stabilizzazione	II - 3	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.	
A - 2	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Individuazione strumento per l'affidamento	II - 4	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.	
A - 3	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Requisiti di qualificazione	II - 5	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.	
A - 4	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Requisiti di aggiudicazione	II - 6	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.	
A - 6	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	II - 7	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.	

	<i>servizi e forniture</i>							
A - 9	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Revoca del bando	<b>II - 8</b>	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.
A - 14	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Verifica della conformità di beni e servizi alle caratteristiche tecniche minime richieste negli atti di gara	<b>II - 9</b>	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.
B - 2	<b>Area provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario</b>	Provvedimenti amministrativi discrezionali nell'an e nel contenuto (es.: stipula contratti di sponsorizzazione)	<b>II - 10</b>	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.
D - 1	<b>Area acquisizione e progressione del personale</b>	Espletamento procedure concorsuali o di selezione (anche da short list) - Attribuzione incarichi occasionali o co.co.co. ex art.7 D.Lgs.n.165/01	<b>II - 11</b>	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.
D - 4	<b>Area acquisizione e progressione del personale</b>	Mobilità tra enti (comando, distacco, convenzione, trasferimento compartimentale/intercompartimentale)	<b>II - 12</b>	Idem c.s.	SI/NO	Idem c.s.	Idem c.s.	Idem c.s.
A - 12	<b>Area affidamento di lavori, servizi e forniture</b>	Subappalto	<b>III - 1</b>	Solo monitoraggio	--	--	Idem c.s.	--
D - 5	<b>Area acquisizione e progressione del personale</b>	Progressioni orizzontali/verticali	<b>III - 2</b>	Solo monitoraggio	--	--	Idem c.s.	--
C - 1	<b>Area gestione/controllo delle risorse economiche, finanziarie e strumentali dell'Ente</b>	Emissione mandati di pagamento	<b>III - 3</b>	Solo monitoraggio	--	--	Idem c.s.	--





TABELLA DI ANALISI DEL RISCHIO – AII. D

Evento:	
Struttura/ufficio:	Processo:
<b>Indici per la valutazione della PROBABILITA' (P)</b>	<b>Indici per la valutazione dell'IMPATTO (I)</b>
<b>Discrezionalità</b>	<b>Valore economico accertato</b>
Il processo è discrezionale?	Nel corso degli ultimi 5 anni, sono state pronunciate sentenze della corte dei conti a carico di dipendenti e dirigenti dell'amministrazione, o sono state pronunciate sentenze di risarcimento del danno nei confronti dell'amministrazione, per la medesima tipologia di evento o per tipologie analoghe?
<input type="checkbox"/> No. È del tutto vincolato.	<input type="checkbox"/> NO.
<input type="checkbox"/> E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari).	
<input type="checkbox"/> E' parzialmente vincolato solo dalla legge.	<input type="checkbox"/> SI.
<input type="checkbox"/> E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari).	
<input type="checkbox"/> E' altamente discrezionale.	
<b>Rilevanza esterna</b>	<b>Impatto reputazionale</b>
Il processo produce effetti diretti all'esterno dell'Agenzia?	Nel corso degli ultimi 5 anni sono stati pubblicati, su giornali o riviste, articoli aventi ad oggetto il medesimo evento di <i>maladministration</i> o eventi analoghi attribuiti, da giornalisti od opinionisti, all'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia?
<input type="checkbox"/> No. Ha come destinatario finale un ufficio interno.	<input type="checkbox"/> NO.
<input type="checkbox"/> Sì, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni all'Agenzia.	<input type="checkbox"/> Non ne abbiamo memoria.
	<input type="checkbox"/> Sì, sulla stampa locale.
	<input type="checkbox"/> Sì sulla stampa nazionale.
	<input type="checkbox"/> Sì sulla stampa nazionale e locale.
	<input type="checkbox"/> Sì, sulla stampa locale, nazionale e internazionale.
<b>Complessità del processo</b>	<b>Impatto organizzativo</b>
Si tratta di un processo complesso, che comporta il coinvolgimento di più amministrazioni (esclusi gli eventuali controlli) in fasi successive, per il conseguimento del risultato?	
<input type="checkbox"/> No, il processo coinvolge la sola Agenzia.	<b>Nota: d'ufficio viene assegnato il val. max</b>
<input type="checkbox"/> Sì, il processo coinvolge anche l'Ente Regione.	
<input type="checkbox"/> Sì, il processo coinvolge più di 2 amministrazioni (Regione, AA.SS.LL., ecc.).	

Evento:		
<b>Indici per la valutazione della PROBABILITA' (P)</b>	<b>Indici per la valutazione dell'IMPATTO (I)</b>	
<b>Valore economico</b>	<b>Impatto organizzativo, economico e sull'immagine</b>	
Qual è l'impatto economico del processo?	A quale livello può collocarsi il rischio dell'evento (livello apicale, livello intermedio o livello basso), ovvero la posizione/il ruolo che l'eventuale soggetto riveste nell'organizzazione è elevata, media o bassa?	
<input type="checkbox"/> Ha rilevanza esclusivamente interna (fondi di bilancio).	<input type="checkbox"/> A livello di singolo addetto.	
	<input type="checkbox"/> A livello di collaboratore o funzionario.	
<input type="checkbox"/> Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti).	<input type="checkbox"/> A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di responsabile di Struttura Semplice.	
	<input type="checkbox"/> A livello di dirigente di ufficio generale (ad es. di Direzione Amministrativa, di Direzione di Area, di Struttura Complessa).	
<input type="checkbox"/> Comporta l'attribuzione di notevoli vantaggi a soggetti esterni (es. affidamento appalto).	<input type="checkbox"/> A livello di Direttore Generale.	
<b>Frazionabilità</b>		
Il risultato finale del processo può essere raggiunto anche effettuando una pluralità di operazioni di entità economica ridotta, che, considerate complessivamente, assicurano lo stesso risultato (ad es. una pluralità di affidamenti ridotti)?		
<input type="checkbox"/> NO.		
<input type="checkbox"/> SI.		
<b>Efficacia dei controlli</b>		
Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?		
<input type="checkbox"/> Sì, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione.		
<input type="checkbox"/> Sì, è molto efficace.		
<input type="checkbox"/> Sì, per una percentuale approssimativa del 50%.		
<input type="checkbox"/> Sì, ma in minima parte.		
<input type="checkbox"/> No, il rischio rimane indifferente.		
<b>Valore della PROBABILITA'</b>	<b>Entità del RISCHIO</b>	<b>Valore dell'IMPATTO</b>



## 12. Allegati (documenti)

**Allegato n.1:** Programmi dei Corsi *in house* di gen e feb 2018

### **ANTICORRUZIONE E NUOVO PIANO NAZIONE ANTICORRUZIONE E LINEE**

#### **GUIDA ANAC**

**Adeguamento dei Piani anticorruzione:** le novità rilevanti

I tempi e modalità di intervento

I procedimenti di approvazione del Piano

I settori speciali individuati dal PNA 2016: edilizia, settore sanitario etc.

Analisi delle peculiarità per le società a partecipazione pubblica

Necessario raccordo con il sistema 231

Il ruolo del Responsabile anticorruzione e trasparenza

**Analisi dei processi e aspetti organizzativi nell'attività di prevenzione della corruzione**

**Il concetto di corruzione e di malamministrazione:** caratteristiche, contenuti, finalità, vantaggi

La mappatura quale strumento di elezione per la definizione del know-how aziendale

**Tecnica di mappatura dei processi** e la relativa individuazione

Le principali tecniche di mappatura dei processi

L'efficacia delle misure ed il relativo monitoraggio: l'importanza della reportistica

L'aggiornamento e il miglioramento del piano con particolare riguardo

all'eshaustività dei rischi individuati e all'efficacia delle relative misure

Gli obiettivi di efficienza ed efficacia nei procedimenti

Modalità di ricognizione e analisi dei processi: tempi e qualità

I rimedi attraverso gli interventi organizzativi

La identificazione delle responsabilità

La gestione dei flussi informativi

**Acquisti della Pubblica Amministrazione dopo il nuovo Codice degli appalti**

**(D.Lgs. 50/2016):** raccordo con le indicazioni recate dal PNA 201 e dal PNA 2016

**Le modalità di Gestione dei rischi corruzione**

L'individuazione delle aree a rischio

L'ISO 370001 e sua possibile applicazione

**La rotazione del personale quale** misura di prevenzione fondamentale

La tutela della professionalità e la formazione: attuazione pratica e mancata

rotazione

Il rischio della rotazione "punitiva"

Le motivazioni ostative alla rotazione

**Gestione del conflitto di interessi**

La sua definizione e i casi dubbi

Obbligo di segnalazione e obbligo di astensione

Analisi dell'art 6-bis della L. 241/90 e dell'art 42 del Codice appalti pubblici

**Revisione del codice di comportamento**

I criteri di adeguamento del Codice di comportamento dopo 4 anni di esperienza

Adeguamento al nuovo Piano 2017/2019

**Incompatibilità e inconfiribilità degli incarichi: cenni**

**Ruolo dell'ANAC, controlli e sanzioni**

I diversi poteri di intervento: ispettivi, regolamentari, sanzionatori

## **LA TRASPARENZA AMMINISTRATIVA ED IL DIRITTO DI ACCESSO**

La normativa in materia di trasparenza:

Dalla legge 241/90 al decreto legislativo 97/2016, attraverso la legge 190/2012, il decreto legislativo 33/2013, la Legge Madia (n. 124/2015) e il decreto legislativo 97/2016.

La public review e l'accountability, la pubblicazione, la trasparenza e la diffusione delle informazioni ed il Freedom of Information Act (FOIA).

Il diritto di accesso:

Le fonti, i soggetti attivi e passivi, i controinteressati, l'oggetto dell'accesso, esclusioni e limitazioni. L'interesse e le recenti riforme che lo riguardano. Il procedimento.

Le diverse forme di accesso previste dall'ordinamento:

- l'informazione ambientale (D. Lgs. 195/2005)
- il nuovo accesso digitale nella Legge 190/2012
- l'accesso nel nuovo codice dei contratti (D. Lgs. 50/2016).

Gli interventi del Garante della privacy in materia:

- di diffusione dei dati di concorsi e graduatorie
- di trattamento dei dati di salute
- di comunicazione di dati personali del dipendente o della conoscenza di suoi dati diagnostici
- di trattamento dei dati sensibili relativi a credo religiosi, mensa e asili nido

Il nuovo accesso civico:

Il nuovo art. 5 del Decreto Trasparenza:

confronto tra l'accesso con la L. 241/90 e l'art. 5 del decreto 33/2013 prima del D. Lgs. 97/2016

- i soggetti attivi e passivi
- i controinteressati
- l'oggetto dell'accesso (documenti, atti, dati)
- esclusioni e limitazioni
- il procedimento
- i primi interventi del Garante della Privacy ai sensi dell'art. 5, commi 7 e 8 del D.Lgs. 33/2013: i provvedimenti nn. 49 e 50 del 9 febbraio 2017 e n. 58 del 16 febbraio 2017
- gli altri interventi

Le finalità del nuovo accesso civico a confronto con le finalità dell'accesso ordinario.

La sentenza del Consiglio di Stato n. 3631/2016.

Gli obblighi delle Pubbliche Amministrazioni in materia di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni:

La nuova disciplina relativa agli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle Pubbliche Amministrazioni.

Le criticità relative alla pubblicazione web: aspetti soggettivi e oggettivi, procedurali e sanzionatori.

La casistica del D. Lgs. 33/2013 a seguito delle modifiche apportate dal D. Lgs. 97/2016:

- incarichi ad amministratori
- dirigenti
- determinazioni ed erogazioni di contributi
- varianti urbanistiche

Gli orientamenti dell'ANAC e le Linee Guida:

- la delibera 1309/2016: 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;
- la delibera 1310/2016: 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» e ne dispone la pubblicazione sul sito istituzionale dell'ANAC;
- la delibera 241/2017: Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 D.Lgs. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali".
- l'ordinanza cautelare del Tar Lazio n. 1030/2017. La delibera Anac n. 382/2017 di sospensione delle Linee Guida sull'attuazione dell'art. 14. I primi commenti al riguardo.
- l'affidamento di servizi legali: la bozza in consultazione
- la delibera 317/2017: il rapporto tra l'art. 53 d.lgs. 50/2016, l'accesso documentale ex L. 241/1990, l'art. 43 del TUEL e l'accesso civico ex art. 5, comma 2 d.lgs. 33/2013
- comunicato del Presidente del 17 maggio 2017
- la questione di legittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1 bis e 1 ter del d.lgs. 33/2013: l'ordinanza del Tar Lazio n. 9828/2017
- La circolare n. 2/2017 del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione e Casistica della giurisprudenza TAR

### 13. Bibliografia minima e Note

AA.VV., (1°) *Libro bianco sulla corruption in sanità*, ISPE, 2014

Ansoff H., Brandenburg G., A Language for Organizational Design, in *Management Science*, n. 12, 1971 pp. 5-28. Trad. it. "Definizione e programmazione delle strutture organizzative" in *Problemi di Gestione*, n. 3-4 e 5-6, 1973

Ferrarini A., Casarini G., *I Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione nelle amministrazioni comunali. Linee Guida operative*, ANCI Lombardia e ReteComuni, 2013

Gagliardi A.S. & Squillace F., *Felony! Anticorruzione, Trasparenza e Corporate Social Responsibility nella P.A.*, S.E.Ri.S. Academic and Scientific Ed., Napoli, 2014

Mintzberg H., Waters J. A., *Of Strategies, Deliberate and Emergent*, in *Strategic Management Journal*, John Wiley & Sons (ed.), Vol. 6, No. 3 (Jul. - Sep., 1985), pp. 257-272

Marradi A., *Esperimento, associazione, insieme non-standard?* in Gianfranco Bettin (a cura di), *Politica e società. Saggi in onore di Luciano Cavalli*, Cedam, Padova 1997

## Note

---

<sup>1</sup> per il 2015.

<sup>2</sup> Interviste in profondità del 12/07/2015 alla Dott.ssa MR (11,15 – 12,50), del 29/07/15 al Dott. EA (15,45 – 16,20) e aggiornamento del Dic 2017 con Dott. EA.

<sup>3</sup> Intervista in profondità del 24/06/2015 al Dott. PS (09,00 – 12,30) ED ANALISI DOCUMENTALE (Ufficio Trasferito; per il 2017 nessun aggiornamento).

<sup>4</sup> Intervista in profondità del 26/06/2015 alla Dott.ssa GDG (10,00 – 11,45); Servizio, in corso di riorganizzazione, analizzato d'ufficio nel Dic 2017.

<sup>5</sup> Intervista in profondità del 29/06/2015 alla dott.ssa EG (14,15 – 16,10) ED ANALISI DOCUMENTALE; aggiornamento del Dic 2017 con Dott.ssa EG.

<sup>6</sup> Interviste in profondità del 29/06/2015 alla Dott.ssa LB (12,30 - 14,15) e del 29/09/2014 (15,35 - 17,00); aggiornamento del Dic 2017 con Dott.ssa EG.