

Deliberazione del Direttore Generale

N. 07/2016

OGGETTO: Approvazione Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione – P.T.P.C – 2016 – 2018 e Aggiornamento 2016-2018 del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità P.T.T.I.

L'anno 2016 il giorno **29** del mese di **GENNAIO** in Bari, nella sede della Agenzia Regionale Sanitaria,

IL DIRETTORE GENERALE

VISTA la l. 241/1990, recante “Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”, e ss.mm.ii.;

VISTO il d.lgs. 502/92, recante “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421” e ss.mm.ii.;

VISTO il d.lgs. 165/2001, recante “Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”;

VISTO il d.lgs. 150/2009 e s.m.i., in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni

VISTA la l. 190/2012, recante “Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”;

VISTO il d.lgs. 33/2013, recante Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni;

VISTA la Legge Regionale n. 24/2001, recante “Istituzione dell’Agenzia Regionale Sanitaria Pugliese (ARES)”, così come successivamente integrata e modificata;

VISTA la circolare n. 1 del 25/01/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica contenente indicazioni in merito alle modalità di attuazione delle disposizioni di cui alla legge anticorruzione;

VISTA la delibera n. 72/2013 dell'A.N.A.C., recante "l'Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";

VISTA la determinazione A.N.A.C n. 12 del 28 ottobre 2015, ad oggetto "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";

VISTO il Programma del Governo regionale del 22 luglio 2015, che indica nella partecipazione e nella trasparenza gli strumenti cardini per la costruzione di un sistema efficace di prevenzione dei fenomeni corruttivi;

VISTA la Delibera di Giunta Regionale n. 218 del 20/02/2015, recante il conferimento delle funzioni di Direttore Generale dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

VISTA la Deliberazione del Direttore Generale n. 122/2014, avente ad oggetto il Funzionigramma dell'Agenzia, con cui viene anche istituito l'Ufficio "Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione" nell'ambito del Settore "Prevenzione e Trasparenza";

VISTA la Disposizione di servizio n. 163 del 20/01/2015, con cui si assegna la responsabilità dell'Ufficio "Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione" al Dott. Francesco Squillace;

VISTA la Deliberazione del DG A.Re.S. n. 101 del giorno 03/09/15 di nomina del Dott. Yanko Tedeschi quale Responsabile Anticorruzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria;

Sulla base dell'istruttoria del Responsabile per la prevenzione della Corruzione, coadiuvato dall'Ufficio "Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione" - Settore "Prevenzione e Trasparenza", all'uopo incaricato dalla Direzione Generale

HA ADOTTATO

Il seguente provvedimento

Assiste con funzioni di segretario la Sig.ra Cesira Mangia

Premesso che:

- con legge 6 novembre 2012, n. 190, sono state emanate "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", in attuazione dell'art. 6 della Convenzione dell'Organizzazione delle Nazioni Unite contro la corruzione – adottata dall'assemblea Generale dell'ONU il 31 ottobre 2003 e ratificata ai sensi della legge 3 agosto 2009, n. 116 – e degli artt. 20 e 21 della Convenzione Penale sulla Corruzione, sottoscritta a Strasburgo in data 27 gennaio 1999, e ratificata ai sensi della legge 28.06.2012, n. 110;
- detto intervento normativo, che trova applicazione nei confronti di tutte le pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del d.lgs. n. 165/2001, ha introdotto

- numerosi strumenti per contrastare la corruzione e l'illegalità nella pubblica amministrazione prevedendo misure preventive e repressive del fenomeno corruttivo e individuando i soggetti preposti ad adottare iniziative in materia;
- la legge n. 190/2012 presenta natura immediatamente precettiva, con riferimento agli adempimenti ed alle tempistiche poste a carico delle citate amministrazioni pubbliche e, fra questi:
 - a) l'approvazione da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione di un Piano Nazionale Anticorruzione predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica;
 - b) l'individuazione di un Responsabile della Prevenzione della corruzione per ogni Amministrazione Pubblica, sia centrale che territoriale;
 - c) l'approvazione da parte dell'organo di indirizzo politico di ciascuna amministrazione di un Piano Triennale di Prevenzione della corruzione su proposta del Responsabile della Prevenzione della corruzione;
 - con circolare n. 1 del 25/01/2013, il Dipartimento della Funzione Pubblica ha fornito le prime indicazioni in merito alle modalità di attuazione delle disposizioni di cui alla legge anticorruzione, con particolare riferimento al Responsabile della Prevenzione della Corruzione;
 - con Deliberazione Civit/A.N.A.C. n. 72/2013, l'Autorità, ex Civit, ha approvato il Piano Nazionale Anticorruzione, il quale definisce il quadro complessivo per la prevenzione ed il contrasto alla corruzione nel Settore pubblico, rispondendo alle finalità di cui alla Legge 190/2012, art. 1, comma 9, anche attraverso la pianificazione di una strategia di prevenzione a livello decentrato, fornendo, infatti, indirizzi alle P.A. per la stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione a livello "decentrato";
 - con Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 l'A.N.A.C. ha adottato l'Aggiornamento 2015 al Piano nazionale anticorruzione, fornendo indicazioni integrative e chiarimenti rispetto al PNA approvato nel 2013;
 - in linea con la visione strategica del Programma del Governo regionale (datato 22 luglio 2015) in ambito anticorrittivo e di prevenzione della *maladministration*, il Responsabile della prevenzione della corruzione, nonché responsabile della Trasparenza della Regione Puglia, Dott. Roberto Venneri – nominato con deliberazione della Giunta regionale del 16 novembre 2015 n. 2043 – ha provveduto alla predisposizione di un testo unico coordinato del PTPC contenente "*Indirizzi per l'aggiornamento del piano triennale di prevenzione della corruzione per l'anno 2016*" che, tra l'altro, assegnano particolare rilievo alle modalità di gestione del rischio di corruzione adottate dalle Amministrazioni per la redazione dei relativi Piani triennali;

Dato atto che:

- in ossequio alle prefate disposizioni normative e regolamentari, l'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia, con deliberazione del Direttore Generale n. 18 del 7 febbraio 2014, ha nominato Responsabile della prevenzione della corruzione il dott. Vito Piazzolla, dirigente della Struttura complessa "Servizio Integrazione Ospedale – Territorio e Integrazione Socio – Sanitaria";

- con deliberazione del Direttore Generale n. 76 del 7 luglio 2014, l'Agenzia ha conseguentemente provveduto all'approvazione del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione 2014 – 2016;
- con deliberazione del Direttore Generale n. 122 del 05/12/2014 è stato adottato il nuovo assetto organizzativo delle attività dell'A.Re.S. Puglia;
- con Disposizione di servizio n. 163 del 20/01/2015 è stata assegnata la responsabilità dell'Ufficio "Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione", afferente al Settore "Prevenzione e Trasparenza", diretto dal Dott. Yanko Tedeschi, al Dott. Francesco Squillace, con il compito di fornire supporto giuridico ed amministrativo al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione nelle attività di redazione del Piano triennale in parola anche attraverso l'applicazione di tecniche di ricerca sociale empirica, richiamate con la D.DG A.Re.S. n. 139/2015, impiegate nella fase di comprensione ed analisi del rischio di corruzione ovvero nelle relative attività di attuazione/monitoraggio;
- con decorrenza 10 aprile 2015, il dott. Vito Piazzolla è cessato, insediandosi quale Commissario Straordinario della ASL di Foggia, giusta deliberazione di Giunta Regionale n. 689 del 02/04/2015;
- con Deliberazione del DG A.Re.S. n. 101 del giorno 03/09/15 è stato nominato, quale Responsabile della prevenzione della corruzione dell'Agenzia Regionale Sanitaria il Dott. Yanko Tedeschi, Direttore della Struttura Complessa di Direzione Amministrativa;
- con Deliberazione del DG A.Re.S. n. 139 del giorno 23/12/2015 è stato adottato il P.T.P.C. 2015-2017.

Considerato che:

- di regola, secondo il richiamato P.N.A., il Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione deve contenere il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, previsto dal D.Lgs. 33/2013, che ne diventa una Sezione, il quale preveda misure, modi ed iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente, coordinati con gli interventi previsti dal Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.
- l'AReS Puglia ha adottato il citato Programma con Del. DG A.Re.S. n. 9 del 30/1/2015;
- in quest'ultimo, era previsto che, dato il peculiare contesto dell'Agenzia Regionale Sanitaria Puglia, anche alla luce della recente adozione del Funzionigramma della stessa, che ha rimodulato l'organizzazione interna offrendo una rinnovata mappatura dei procedimenti di pertinenza, l'adozione del nuovo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione avrebbe comportato un complesso lavoro di elaborazione e rivisitazione, assimilabile alla redazione del Piano in sede di prima applicazione;
- il Piano Triennale per la prevenzione della Corruzione 2015 -2017, approvato con Deliberazione di D.G. n. 139 del 23/12/2015 statuiva che, essendo imminente il termine previsto dall'Autorità Nazionale anticorruzione per l'aggiornamento 2016 dei citati Piani sarebbe stata rinviata la doverosa saldatura dei Programmi

- “Anticorruzione” e “Trasparenza ed Integrità” in occasione del P.T.P.C. allegato al presente atto;
- nell’ambito della strategia di prevenzione descritta nel P.T.P.C 2014-2016 dell’Ente Regione, che ricompona in modo coerente le misure di prevenzione della corruzione all’interno di un nuovo quadro strategico regionale, questa Direzione Generale, in accordo con il già Dirigente del Settore “Prevenzione e Trasparenza”, dunque Responsabile anticorruzione e della Trasparenza dell’Agenzia, ha rilevato l’opportunità di procedere con le attività di redazione dell’allegato Piano Triennale Anticorruzione 2016-2018 e, in uno, del Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2016-2018 dell’Agenzia, nell’attento rispetto dei principi da valorizzare per la gestione del rischio di cui alla DD n. 12 del 2015 dell’ANAC e dei richiamati “*Indirizzi per l’aggiornamento del piano triennale di prevenzione della corruzione per l’anno 2016*” emanati a cura del Segretariato Generale della Presidenza della Giunta Regionale;

Preso atto che:

- il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, Dott. Yanko Tedeschi, con il supporto del preposto Ufficio “Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione” – sulla base dell’analisi empirica di tipo organizzativo del rischio di corruzione già recentemente posta in essere – ha elaborato una proposta di Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018 che integra compiutamente il corrispondente Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità dell’Agenzia ed esplicita, altresì, le sinergie con il *Piano della Performance* 2015-2017 (adottato con Del. DG A.Re.S. n. 129 del 3/12/2015).

Ritenuto che l’A.Re.S. Puglia ha la necessità di aggiornare il proprio P.T.P.C. 2015-2017 adottando tempestivamente il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018 – allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale – riportante l’apposita sezione dedicata al P.T.T.I 2016-2018, prevedendone, sin d’ora, l’aggiornamento non appena l’Ufficio P.P.A. produrrà le risultanze della “analisi empirica comprendente” del *contesto esterno* (coinvolgimento degli stakeholder esterni in appositi *panel* di Focus Group) e, così, il continuo e pronto adeguamento ai mutamenti istituzionali ed organizzativi che dovessero verificarsi, anche connessi alla concretizzazione del “*Modello ambidestro per l’innovazione della macchina amministrativa regionale*” (MAIA) di cui alla DGR n. 1518 del 31 luglio 2015;

tutto ciò premesso

DELIBERA

1. di approvare la premessa, costituente parte integrale e sostanziale del presente provvedimento;
2. di approvare il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018 ed, in uno, il Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità 2016-2018

- (costituente sezione del PTPC), allegato al presente provvedimento a farne parte integrante e sostanziale;
3. di stabilire che tutti i dirigenti, dipendenti e collaboratori a qualunque titolo dell'A.Re.S. Puglia sono tenuti al rispetto del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018, così come già indicato nel Codice di comportamento;
 4. di demandare all'Ufficio "Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione" ogni adempimento connesso e consequenziale all'adozione e all'attuazione del presente provvedimento;
 5. di demandare all'Ufficio "Comunicazione e Trasparenza" la pubblicazione del Piano sul sito internet istituzionale nella Sezione "Amministrazione Trasparente", "Altri Contenuti – Corruzione", ai fini dell'assolvimento degli obblighi di pubblicità di cui al d.lgs. 33/2013;
 6. di trasmettere il presente provvedimento all'Area "Politiche per la Promozione della Salute, delle Persone e delle pari opportunità" della Regione Puglia, ai Direttori di Area, Dirigenti/Responsabili di Servizio/Ufficio e dipendenti dell'Agenzia, al Collegio Sindacale e all'Organismo Indipendente di Valutazione;

Il Presente provvedimento non essendo soggetto al controllo ex L.R. 24 / 01 è esecutivo ai sensi di legge.

La presente deliberazione sarà pubblicata nel sito web di questa Agenzia.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio è stato espletato nel rispetto della normativa regionale e nazionale e che il presente provvedimento, predisposto ai fini della adozione dell'atto finale da parte del Direttore Generale è conforme alle risultanze istruttorie.

f.to

Il Responsabile dell'Ufficio
"Prevenzione Protezione ed Anticorruzione"
Dott. Francesco Squillace

f.to

Il Responsabile della Prevenzione
della Corruzione e della Trasparenza
(Dott. Yanko Tedeschi)

f.to

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Ettore ATTOLINI

f.to

Il Segretario
Signora Cesira Mangia

ATTESTAZIONE DI AVVENUTA PUBBLICAZIONE

Si certifica che il presente provvedimento è stato pubblicato sul sito WEB di questa Agenzia nel rispetto di quanto prescritto dalla Legge Regione Puglia n. 40/2007

Dal 01/02/2016

Bari, 29/01/2016

f.to

Il Segretario
Signora Cesira Mangia

**PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
dell'AGENZIA REGIONALE SANITARIA della PUGLIA**
2016-2018

(AGGIORNAMENTO 2016 PIANO 2015/2017)



“[...] 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

RUOLI DELLA PREVENZIONE IN AGENZIA REGIONALE SANITARIA DELLA PUGLIA:

Responsabile Anticorruzione e Trasparenza:

Dott. Yanko Tedeschi

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.....	2
2.	Organizzazione e funzioni.....	5
2.1.	Gli Attori della tutela della legalità e dell'integrità dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia.....	7
3.	Identificazione del rischio corruttivo in A.Re.S Puglia. Metodi.....	12
3.1.	Analisi preliminare del contesto interno: fase della comprensione del rischio.....	12
3.2.	Azioni e strumenti di analisi.....	15
3.3.	Analisi del rischio: fase della determinazione del livello di rischio.....	16
3.4.	Analisi dell'impatto degli eventi di corruzione: la magnitudo.....	19
4.	Sintetizzare il rischio corruttivo in A.Re.S. Puglia.....	22
4.1.	La matrice del rischio.....	22
5.	Sinergie con il Ciclo della Performance e con il Piano per la Trasparenza.....	28
5.1.	Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per il triennio 2016-2018.....	30
6.	Il sistema delle misure e delle azioni trasversali alla tutela dell'integrità.....	39
6.1.	La formazione e diffusione di buone pratiche e valori.....	39
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).....	40
6.3.	Conflitto di interesse.....	41
6.4.	Indirizzi per l'attribuzione degli incarichi extra-istituzionali e per la gestione di incompatibilità ed inconfiribilità degli incarichi (pantouflage).....	42
6.5.	Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving doors).....	45
6.6.	Patti di integrità.....	46
6.7.	Rotazione del personale.....	47
6.8.	Aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo.....	49
6.9.	Monitoraggio dei tempi procedurali.....	49
7.	Le Aree ed i rischi specifici dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia.....	50
7.1.	Aree di rischio "canonico" e relativi "cataloghi dei rischi di tipo micro".....	52
7.2.	Catalogo dei processi e delle strutture esposte al rischio corruzione – All. A.....	56
8.	REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI PROCESSI COMPLESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI AGENZIA – All. C.....	80
9.	Ponderazione del Rischio e Piano di Trattamento della <i>maladministration</i> /rischio di corruzione dell'A.Re.S. Puglia – All. E.....	83
10.	Allegati (modelli).....	88
11.	Allegati (documenti).....	91
12.	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”, diretto dal Direttore della S.C. Amministrativa, Dott. Yanko Tedeschi. 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’AReS 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, il Direttore Generale dell’Agenzia, Dott. Ettore Attolini in accordo con il Dirigente del Settore Prevenzione e Trasparenza, Dott. Tedeschi, 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.

Con Deliberazione del DG A.Re.S. n. 101 del giorno 03/09/15, preso atto della cessazione del Dott. Vito Piazzolla, il ruolo di Responsabile Anticorruzione dell’Agenzia è stato quindi assunto dal Dott. Yanko Tedeschi, Dirigente della Struttura Complessa di Direzione Amministrativa dell’Agenzia.

Il PTPC 2015-2017 è stato quindi adottato con Deliberazione di DG n. 139/2015.

L’aggiornamento del presente Piano 2016-2018 da prassi è annuale. Esso sarà oggetto di pronta 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 Agenzie 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 all’Aggiornamento del P.N.A. deliberato dall’ANAC con Determinazione n. 12 del 28/10/2015, già in buona parte compendiate nel presente documento. Il lasso di tempo esiguo trascorso tra l’adozione del Piano 2015/2017 ed il presente aggiornamento, d’altra parte, rende difficoltoso recepire eventuali criticità derivanti dall’attuazione del modello che, solo il decorso di un congruo periodo potrà evidenziare a tutto tondo.

Pertanto, l’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia – alla luce del proprio ruolo istituzionale e della rilevanza economica del Sistema Sanitario Regionale in cui opera – intende cogliere, muovendo in direzione del loro pieno sviluppo, le evidenti opportunità gestionali, programmatiche e culturali che recano seco i provvedimenti sull’anticorruzione e sulla trasparenza nella Pubblica Amministrazione.

Quanto alla procedura seguita per l’elaborazione del Piano, al fine di operare il coinvolgimento degli stakeholder esterni, ai sensi dell’art. 10 del d.lgs. n. 33 del 2013, sarà pubblicato un apposito Avviso pubblico sul sito internet istituzionale dell’Ente, finalizzato ad una procedura aperta di consultazione; in esso, tutti i soggetti interessati, in primo luogo gli utenti e i cittadini, oltre che le associazioni nazionali e regionali dei consumatori, saranno invitati a far pervenire eventuali proposte, suggerimenti ed osservazioni relative ai contenuti del P.T.P.C., nonché sull’apposita sezione dedicata al Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità che potranno condurre alla revisione del presente Piano o del citato Programma, anche in corso d’anno.

Il coinvolgimento degli stakeholder interni – sindacati e dipendenti – sarà analogamente assicurato a mezzo dell’inizio 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.

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. La sua predisposizione, alla luce di quanto esposto in premessa, ha comportato un complesso lavoro di elaborazione e rivisitazione, assimilabile alla redazione del Piano in sede di prima applicazione.

I sub-obiettivi generali possono invece identificarsi 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 a medicinali (A-PHT) e ad 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:

- individuare 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;
- 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 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);

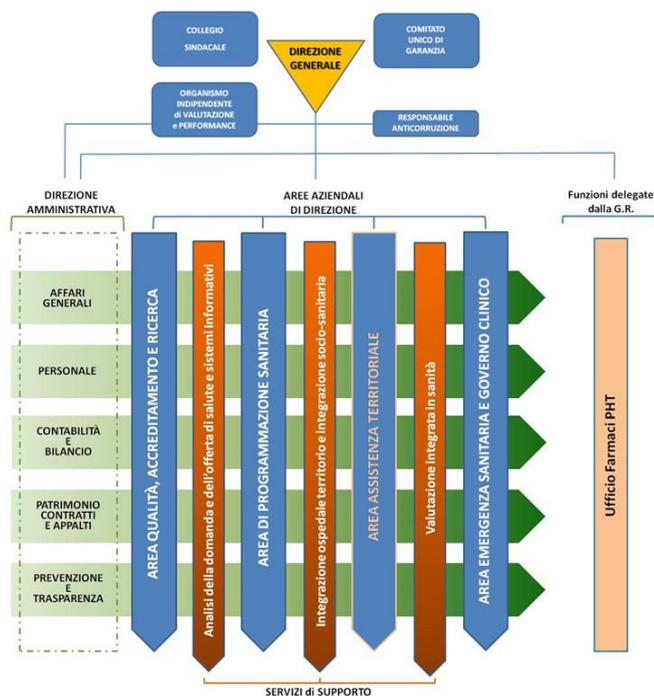
Il presente Piano pertanto ripropone:

- 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'Agenzia;
- 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 dell'aggiornamento 2016-2018 del *Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'AReS Puglia*, qui compiutamente richiamato, oltre alle *sinergie tra Piano Anticorruzione ed il Ciclo della Performance*;
- 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'ARes Puglia è istituita con Legge Regionale n. 24 del 13.08.2001 e ss.mm.ii. quale Azienda strumentale della Regione, sottoposta alla vigilanza della Giunta regionale, con – in estrema sintesi – il compito di supportare dal punto di vista tecnico-operativo la programmazione sanitaria regionale, di valutare i servizi offerti dell'intero sistema sanitario regionale (SSR) in relazione alle esigenze della domanda, di promuovere l'introduzione di tecnologie e modelli gestionali innovativi in ambito sanitario.

Fig. 1: Funzionigramma "a matrice modificata" A.Re.S. Puglia



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

Il legale rappresentante è il Direttore Generale che, insieme al Collegio Sindacale, costituisce gli Organi dell'Agencia, ai sensi dell'art. 4 della Legge Istitutiva.

ARes Puglia è articolata attraverso quattro Aree di direzione, nonché in Servizi di supporto, in numero massimo di sette. Il Funzionigramma dell'Agencia è stato adottato con delibera DG A.Re.S. n. 122 del giorno 5 dicembre 2014 da cui è tratta la Figura n. 1.

I suoi compiti istituzionali, definiti nel dettaglio dall'art. 2 della Legge Istitutiva, si sono evoluti nel corso degli anni anche attraverso l'attribuzione di specifiche funzioni su espressa delega della Giunta Regionale nonché attraverso l'assegnazione della responsabilità della gestione in alcune importanti sperimentazioni promosse dal Governo Regionale.

L'Agencia Regionale Sanitaria della Puglia, quale organismo strettamente collegato all'Assessorato regionale alla Salute, con connotazioni d'autonomia organizzativa, tecnica, amministrativa e contabile, ha inoltre compiti di supporto tecnico operativo per la programmazione sanitaria regionale e per il controllo di gestione; altresì, attraverso la collaborazione con l'Organismo Regionale di Formazione in Sanità (ORFS) essa sviluppa attività formative specifiche.

AReS Puglia: compiti istituzionali e delegati

	Supporto per l'elaborazione di proposte per la predisposizione degli atti di pianificazione e di programmazione regionali
	Analisi dei bisogni di salute (Domanda) e dell'offerta (Risposta) relativi ai servizi sanitari necessari (LEA) e supporto per la valutazione dei bisogni di salute e dell'offerta relativa ai servizi sanitari necessari
	Formulazione di ipotesi tecniche per il governo del sistema (sotto il profilo clinico ed economico) e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e delle variabili critiche
	Sviluppo e la messa a regime delle procedure di technology assessment (analisi e diagnosi) per la valutazione all'appropriatezza degli interventi e al supporto dell'assessorato dell'attività di monitoraggio
	Elaborazione di studi e ricerche – a base sia empirica sia normativa – nonché pubblicazione di documenti finalizzati a garantire la circolazione delle conoscenze e dei risultati legati ai piani e ai programmi regionali
	Formulazione di ipotesi tecniche per il governo del sistema (sotto il profilo clinico ed economico) e il monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza e delle variabili
	Supporto per la realizzazione di attività progettuali e di ricerca, in ambito regionale, nazionale ed europeo
	Supporto metodologico alle ASL per favorirne il processo di aziendalizzazione, anche attraverso lo studio la ricerca e l'applicazione di strumenti manageriali
	Controllo di gestione, promozione e coordinamento di modelli organizzativi e gestionali, anche su base sperimentale, orientati all'efficienza, alla competitività e all'efficacia nelle aziende sanitarie del SSR pugliese
	Funzioni di proposta, supporto e consulenza, di informazione e promozione culturale nell'ambito dei programmi di prevenzione previsti dai piani sanitari nazionale e regionale
	Fornitura alla Regione di supporto tecnico per la definizione dei criteri preventivi ai fini della valutazione dei Direttori Generali delle Aziende Sanitarie
	Controllo della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate nell'ambito del SSR

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 della prevenzione della corruzione è il Dott. Yanko Tedeschi, Dirigente della Struttura complessa di Direzione Amministrativa 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.

Ad esito del contemperamento delle diverse indicazioni offerte dalla mentovata circolare n. 1, nell'odierno contesto organizzativo aziendale, si è ritenuto opportuno unificare nella persona del Dott. Tedeschi il ruolo sia di Responsabile Anticorruzione sia di Responsabile per la Trasparenza, anche in virtù del suo atteggiarsi ad unico dirigente di ruolo con professionalità amministrativa in servizio presso l'Agenzia, oltre che alla luce delle competenze del medesimo, come meglio esplicitato nella D.D.G. di nomina n. 101/2015.

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.

Dopo l'approvazione, coadiuvato dall'Ufficio di supporto, pubblica il Piano sul sito Internet dell'AReS Puglia nella sezione "Amministrazione trasparente".

Entro il 30 novembre il Responsabile:

- predispone una relazione circa lo stato di attuazione del presente Piano, indicando l'attività svolta ed i risultati ottenuti;
- trasmette la predetta relazione all'OIV per le attività di valutazione;
- cura la pubblicazione della relazione sul sito internet dell'AReS Puglia nella sezione "Amministrazione trasparente".

Il Responsabile della prevenzione della corruzione, inoltre, definisce il Piano annuale di formazione inerente alle attività a rischio di corruzione.

Al fine di prevenire e controllare il rischio derivante da possibili atti di corruzione, il Responsabile per la prevenzione alla corruzione 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.

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 **Direttore Generale**, responsabile della gestione complessiva dell'Agenzia. La mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione della Corruzione, da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano, è suscettibile di sanzione disciplinare.

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;
- collaborare con il Responsabile per la prevenzione della corruzione alla vigilanza sul rispetto delle altre disposizioni dei Codici di comportamento, da parte dei dipendenti assegnati alle strutture.

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 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, del preposto Ufficio. 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 – *anche impiegando in forma anonima, ma circostanziata e ben documentata*, l'apposito indirizzo mail **whistleblowing@arespuglia.it** – e segnalano tempestivamente casi di personale conflitto di interessi.

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 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 Direttore Generale

In quanto organo di indirizzo dell’Agenzia, il Direttore Generale provvede alla approvazione del Piano con propria Deliberazione. Al fine di assicurare una consapevole partecipazione al processo di adozione e di attuazione del Piano, il RPC ha periodicamente relazionato a costui, unitamente all’Ufficio di supporto, anche informalmente – considerate le dimensioni ridotte dell’organico aziendale – circa il processo di elaborazione del documento. Il Direttore, sempre salva l’autonomia del ruolo del RPC, 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. 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.

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.) e propone l’aggiornamento del Codice di comportamento.

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 **Registro dei Rischi** (cfr. **All. C**), che è un elenco dei plausibili eventi corruttivi identificati e dei possibili processi 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 – sin da questa stesura – saranno previste ulteriori e necessarie procedure di controllo che sono risultate insoddisfacenti 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 poche parole, i controlli esistenti vengono integrati con il *Piano di trattamento della maladministration e della corruzione dell'A.Re.S. Puglia* (All. E) e, contemporaneamente, sarà implementata 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* dell'Agenzia stanno fornendo 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

PROBABILITA'	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)

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

PROBABILITA'	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)				

Legenda dei livelli di rischio

BASSO	MEDIO-BASSO	RILEVANTE	CRITICO
da 1 a 3	da 4 a 6	da 8 a 12	da 15 a 25

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).

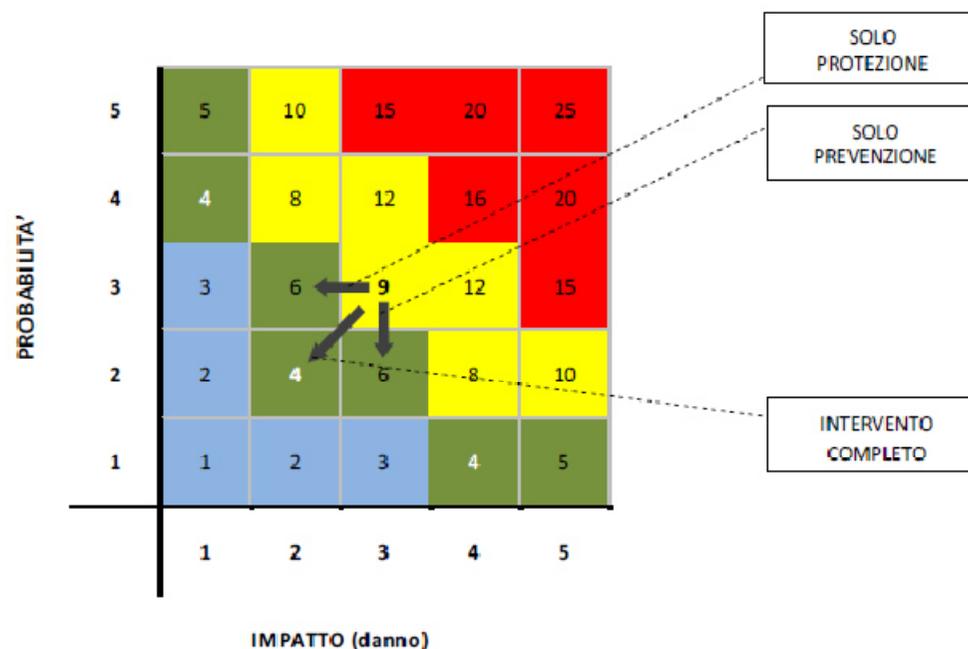
In concreto, appena il Responsabile Anticorruzione effettua la valutazione, ovvero appena ricevuta informazione da parte dell’Ufficio P.P.A., dispone il blocco dell’attività come sino ad allora veniva svolta e la sua pronta riorganizzazione. Infatti, in Agenzia nessun processo complesso che esprime un 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 ben determinate aree, servizi, strutture, uffici e processi dell'Agenzia Regionale Sanitaria, 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. della recente 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, di cui alle delibere CIVIT 112/2010 e 6/2013 nonché al Piano Nazionale Anticorruzione, 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, inoltre contiene la sezione dedicata all'Aggiornamento per il triennio 2016-2018 del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 9 del 30/1/2015.

In tale ottica, pertanto, il Piano della performance 2016 approvando prevederà:

- uno specifico obiettivo - attribuito trasversalmente a tutte le strutture dell'Agenzia - legato al rispetto degli obblighi in tema di trasparenza ed integrità introdotti dal Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'Agenzia, con particolare riferimento alla prescrizione di cui all'art. 6.2, ultimo periodo dello stesso e alla collaborazione richiesta nel monitoraggio del completo e corretto travaso delle informazioni sul nuovo Portale istituzionale;
- uno specifico obiettivo - attribuito trasversalmente a tutte le strutture dell'Agenzia - legato al rispetto degli obblighi in tema di

anticorruzione introdotti dal Piano triennale per la prevenzione della Corruzione dell’Agenzia;

- uno specifico obiettivo del Settore “Prevenzione e Trasparenza”, Ufficio “Comunicazione e Trasparenza”, volto a garantire una migliore fruibilità (completezza/tempestività) delle informazioni prodotte, tramite sviluppo delle potenzialità offerte dal nuovo Portale istituzionale/sezione Amministrazione trasparente.

Prendendo le mosse, dunque, dal dato rappresentato dagli obiettivi attualmente previsti ed innanzi detti, l’Agenzia ritiene di individuare, quale direttrice di miglioramento per gli anni a venire, 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 Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per il triennio 2016-2018, 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 determinazione n. 12 del 28/10/2015;
2. il completamento, al fine della scientifica comprensione delle dinamiche devianti, dell’attività di interazione con gli stakeholder esterni dell’Agenzia 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 primo monitoraggio e verifica dell’attuazione delle nuove misure adottate con l’Aggiornamento 2016-2018 del Programma triennale per la Trasparenza e l’Integrità;
4. la garanzia di una migliore fruibilità (completezza/tempestività) delle informazioni prodotte, tramite sviluppo delle potenzialità offerte dal nuovo Portale istituzionale/sezione Amministrazione trasparente.

Quanto al raccordo tra il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile per la Trasparenza, vista l’unificazione dei ruoli nella figura del Direttore della Struttura Complessa Amministrativa, la procedimentalizzazione dei rapporti tra le due figure risultata più snella ed agevole ed è stata limitata, anche al fine di mettere in raccordo le strutture amministrative di supporto al Responsabile, per le quali persiste una duplicità, allo scambio reciproco della reportistica e agli incontri congiunti di cui di seguito.

Il Responsabile per la Trasparenza elabora, con cadenza semestrale, entro il 30/06 ed entro il 31/12 di ciascun anno, una relazione sullo stato di attuazione del programma, che viene pubblicata sul portale istituzionale dell’A.Re.S. Puglia, entro la fine del mese solare successivo e trasmessa all’Ufficio “Prevenzione, protezione ed anticorruzione”, di supporto al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione.

A tal fine si prevede, nel mese successivo alla redazione della reportistica in discorso, un incontro congiunto tra i collaboratori degli Uffici coinvolti, sotto l’egida del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ed Integrità, finalizzato allo studio di soluzioni migliorative di eventuali criticità riscontrate. Nell’ambito di tali incontri, che potranno seguire anche l’elaborazione della Relazione del RPC (da redigersi entro il 30/11 e da trasmettersi al Responsabile per la Trasparenza e al suo ufficio di supporto), saranno affrontate le tematiche più rilevanti rivenienti sia dal Piano Anticorruzione, sia dal Programma per la Trasparenza; in essi si innesteranno, come meglio a chiarirsi nell’adottando Piano delle Performance 2016, momenti per il monitoraggio periodico sullo stato di attuazione degli obiettivi programmati da quest’ultimo.

5.1. Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per il triennio 2016-2018

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.

Il presente aggiornamento al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'Agenzia Regionale Sanitaria Puglia costituisce Sezione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016/2018 e contiene la definizione di misure, modi ed iniziative volti all'attuazione degli obblighi di pubblicità previsti dalla normativa vigente, coordinati con gli interventi previsti dal detto Piano.

Nel peculiare contesto dell'Agenzia Regionale Sanitaria Puglia, anche alla luce dell'adozione del Funzionigramma della stessa, giusta D.D.G. n. 122 del 05/12/2014 - la quale aveva rimodulato l'organizzazione interna ed offerto una rinnovata mappatura dei vari procedimenti di competenza dell'Agenzia - l'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2015/2017 ha comportato un complesso lavoro di elaborazione e rivisitazione, assimilabile alla redazione del Piano in sede di prima applicazione. Stante l'urgenza di provvedere agli adempimenti posti dal d.lgs. 33/2013, il presente Programma ha costituito, pertanto, per l'anno 2015, un documento autonomo rispetto al Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione.

Il presente aggiornamento supera tale "criticità" e recepisce la raccomandazione di cui all'Aggiornamento del P.N.A. deliberato dall'ANAC con Determinazione n. 12 del 28/10/2015 – oltre che della legge 190 – rendendo il Programma una sezione del Piano Anticorruzione.

ART.1

PRINCIPI GENERALI

L'A.Re.S. Puglia adotta il seguente Programma allo scopo di promuovere lo sviluppo della cultura della legalità e dell'integrità e di garantire l'effettiva attuazione del principio della trasparenza nell'attività amministrativa, intesa, ai sensi dell'art. 1, comma 1, del d.lgs. n. 33 del 2013, quale "accessibilità totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle Pubbliche Amministrazioni", finalizzata ad un controllo diffuso sul perseguimento delle finalità istituzionali, sulle performance e sull'utilizzo delle risorse pubbliche, anche attraverso la conoscenza dei servizi resi dall'Amministrazione da parte dei cittadini.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione, garantendo la piena attuazione dei principi previsti dalla normativa interna ed internazionale.

La trasparenza, quale livello essenziale delle prestazioni concernenti i diritti sociali e civili che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lettera m), della Costituzione, si pone in rapporto di specificità rispetto ai principi di accesso e di pubblicità dell'azione e dell'organizzazione amministrativa dell'Ente.

ART. 2

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONI DI A.Re.S. PUGLIA

Si rinvia al par. 2 del Piano Triennale Anticorruzione.

ART. 3

PRINCIPALI NOVITÀ: AGGIORNAMENTO DEL PIANO

Nel corso dell'anno 2015, si è provveduto, dopo l'approvazione del Programma 2015/2017, alla compiuta definizione del sistema per la valutazione e la misurazione delle performance e alla adozione del Piano delle Performance 2015/2017, giusta D.D.G. n. 88/2015 e n. 129/2015, anche ad esito del perfezionarsi della nomina dell'Organismo indipendente di Valutazione (V. D.D.G. n. 67/2015).

La non compiuta procedimentalizzazione, in concreto, dei raccordi tra il Responsabile della Trasparenza e gli altri soggetti coinvolti nell'attuazione del Programma risulta, pertanto, superata, come meglio infra precisato: col presente aggiornamento al Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità si è provveduto, infatti, alla descrizione definitiva delle doverose sinergie da instaurarsi tra il Responsabile della Trasparenza e gli altri soggetti coinvolti nella attuazione delle misure in discorso, in primis l'Organismo Indipendente di Valutazione ed il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, oltre che della correlazione con il Sistema di misurazione delle Performance ed il Piano delle Performance.

È stato perfezionato, altresì, il sistema organizzativo interno volto a garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare, che pure resta inalterato nelle sue caratteristiche essenziali, in quanto modello che ha mostrato un buon rendimento.

Quanto al raccordo tra il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione ed il Responsabile per la Trasparenza, vista l'unificazione dei ruoli nella figura del Direttore della Struttura Complessa Amministrativa – di cui alla D.D.G n. 101/2015 – la procedimentalizzazione dei rapporti tra le due figure risultata più snella ed agevole ed è stata limitata, anche al fine di mettere in raccordo le strutture amministrative di supporto al Responsabile, per le quali persiste una duplicità, allo scambio reciproco della reportistica e agli incontri congiunti di cui già al par. 5 del Piano anticorruzione.

È stato, inoltre, perfezionato ed implementato il catalogo degli obblighi di pubblicazione legislativamente imposti, anche con riferimento a dati ulteriori e peculiari della realtà istituzionale A.Re.S. Puglia, che si pongono nella direzione di aprire l'Amministrazione verso l'esterno, al fine di superare la logica del mero adempimento normativo.

ART. 4

PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA

(V. Piano anticorruzione par. 1, premessa)

L'A.Re.S. Puglia pubblica sul proprio sito istituzionale, nella Sezione Amministrazione Trasparente, di cui all'articolo 9 del D.lgs n. 33 del 2013, il presente Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità ed il relativo stato di attuazione.

Quanto alle sinergie tra misure per la prevenzione della corruzione e la trasparenza ed integrità, da un lato, e Piano della performance, dall'altro, si rinvia al par. 5 del Piano Anticorruzione.

L'Ufficio per i procedimenti disciplinari dialoga con il Responsabile per la Trasparenza sia mediante la segnalazione, operata da quest'ultimo, nei casi più gravi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione, ai fini dell'avvio del procedimento disciplinare, sia segnalando esso stesso al Responsabile per la Trasparenza eventuali condotte, per le quali sia avvenuta una contestazione disciplinare, adottate anche od esclusivamente in violazione degli obblighi di cui al presente Programma. Allo stato non sono emerse condotte rilevanti dal punto di vista disciplinare né con precipuo riferimento alla violazione degli obblighi sulla Trasparenza. Si rinvia, altresì, al par. 2.1 del Piano Anticorruzione.

ART. 5

INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

L'Agenzia, nell'ambito del processo di coinvolgimento degli stakeholder, realizzerà la presentazione del Piano Anticorruzione, del Programma per la Trasparenza e del Piano e della Relazione sulla Performance alle associazioni di consumatori e utenti, ai centri di ricerca e a ogni altro osservatore qualificato, nell'ambito di un'apposita giornata della trasparenza, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'Amministrazione predisporrà un calendario di incontri ed eventi formativi sul tema della trasparenza, dell'integrità e della legalità, rivolgendosi tanto al personale specificatamente addetto al supporto del Responsabile (nonché a quest'ultimo), con corsi settoriali, quanto a tutti i dipendenti in servizio, con corsi aventi portata generale, del tipo di quelli già organizzati in house nell'anno 2015. Si evita, in questa sede, una compiuta calendarizzazione non essendo ancora note le proposte formative in materia: la presente programmazione codifica, tuttavia, la necessità della partecipazione ad almeno un corso tecnico-specialistico per ciascuno dei collaboratori assegnati all'Ufficio Comunicazione e Trasparenza, (anche volto ad offrire spunti per una migliore organizzazione del team dal punto di vista tecnico, mediante il raffronto con soluzioni di altri enti, oltre al doveroso aggiornamento normativo) e dell'organizzazione di almeno n. 1 corso in house rivolto a tutti i Dipendenti e Dirigenti, basato prevalentemente su una didattica di tipo empirico, avendo riscontrato crescenti interesse e sensibilizzazione da parte del personale dell'Agenzia, proprio a mezzo dello studio di casi giurisprudenziali realmente accaduti.

Nel contesto di un maggiore coinvolgimento degli stakeholder, l'Agenzia ha assicurato l'acquisizione dei pareri dei cittadini sulla qualità dei servizi, attraverso la creazione di uno spazio all'interno del portale istituzionale dell'Ente, denominato "La Parola ai cittadini", deputato a convogliare i suggerimenti pervenuti e misuri il grado di soddisfazione degli utenti e di effettivo utilizzo della sezione "Amministrazione trasparente". Nessuna osservazione statisticamente significativa è stata formulata nell'ambito dello spazio, in cui è presente, tra l'altro, un questionario relativo al grado di fruibilità e di facilità di consultazione delle informazioni su tutto il Portale, ivi compresa la Sezione "Amministrazione Trasparente" e nessun esito, dunque, è stato pubblicato; è emerso, infatti, che gran parte degli utenti (95,60%) non ha completato il questionario rivolto: si ritiene, pertanto, opportuno, modificare il contenuto del questionario di modo da assicurarne una più agevole fruizione da parte dei cittadini ed un

contenuto aggiornato rispetto alla nuova veste grafica e strutturale del sito stesso, ampliandolo e distinguendo tra domande relative al sito web dell’Agenzia globalmente considerato ed ulteriori specifiche domande relative alla sezione “Amministrazione Trasparente”, così da consentire una più immediata utilizzabilità dei risultati, allo scopo di superare le eventuali criticità segnalate dagli utenti del sito.

È stata creata, nel corso dell’anno 2015, una casella di posta elettronica certificata per il Settore Patrimonio, Contratti e Appalti e, nel corso del 2016, un’ulteriore per il Settore Personale, come da Piano Triennale 2015/2017, in quanto articolazioni che hanno rapporti con un alto numero di utenti. Anche al fine di garantire una ordinata organizzazione del lavoro nel contesto dell’Agenzia, non si farà luogo, pertanto, alla creazione di ulteriori caselle pec, ritenuta sufficiente - visto l’esiguo numero di dipendenti in servizio - la casella pec della Direzione Generale.

Sul portale istituzionale è presente una finestra permanente che contiene la spiegazione, in termini chiari e comprensibili, del contenuto e delle finalità della Sezione Amministrazione Trasparente, nonché le istruzioni per il suo corretto utilizzo, rinviando al link della Deliberazione Civit/Anac n. 50/2013. È stato previsto, altresì, uno spazio che ospita la pubblicazione periodica delle statistiche di accesso al sito internet istituzionale dell’Agenzia, aggiornato regolarmente. Si confermano entrambi gli strumenti per il triennio 2016/2018.

ART. 6

PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

6.1 Il Responsabile per la Trasparenza.

Ai sensi dell’art. 43, d.lgs. n. 33/2013, ed in ottemperanza alle indicazioni fornite dall’Autorità Nazionale Anticorruzione, il Responsabile della Trasparenza, è il Dott. Yanko Tedeschi, Direttore della Struttura di Direzione Amministrativa; egli è competente a monitorare ed a verificare la puntuale attuazione del presente Programma, svolgendo stabilmente un’attività di controllo sull’adempimento, da parte dell’Amministrazione, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente. Riveste, altresì, il ruolo di Responsabile per la Prevenzione della Corruzione; infatti, ad esito del contemperamento delle diverse indicazioni offerte dalla circolare n. 1 del 25.01.2013, nell’odierno contesto organizzativo aziendale, si è ritenuto opportuno unificare nella persona del Dott. Tedeschi il ruolo sia di Responsabile Anticorruzione sia di Responsabile per la Trasparenza, anche in virtù del suo atteggiarsi ad unico dirigente di ruolo con professionalità amministrativa in servizio presso l’Agenzia, oltre che alla luce delle competenze del medesimo.

Il Responsabile assicura la completezza, la chiarezza e l’aggiornamento delle informazioni pubblicate, nonché segnala al Direttore Generale, al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, all’Organismo Indipendente di valutazione, all’Autorità Nazionale Anticorruzione e, nei casi più gravi, all’Ufficio per i Procedimenti Disciplinari, i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione. Cura, altresì, la regolare attuazione dell’Accesso Civico. Il Responsabile si avvale della collaborazione e del supporto tecnico-amministrativo dell’Ufficio “Comunicazione e Trasparenza”.

Il Responsabile, così coadiuvato, provvede in particolare:

- all'aggiornamento annuale del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità: annualmente il Responsabile propone al Direttore Generale l'aggiornamento al Programma Triennale, e questi vi provvede con propria Deliberazione entro il 31/01 di ciascun anno, unitamente alla approvazione del Piano per la prevenzione della Corruzione, di cui costituisce sezione;
- all'attività istruttoria e di coordinamento preordinata all'adempimento degli obblighi di trasparenza da parte di tutti i dipendenti/dirigenti dell'Ente, anche a mezzo di supporto giuridico-amministrativo, attività consulenziale, circolari operative e/o esplicative;
- al monitoraggio sull'attuazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e sulla effettiva attuazione degli obblighi previsti dalla normativa vigente, attraverso una attività di controllo circa il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, al fine di correggere le criticità elaborate;
- al supporto all'Organismo Indipendente di Valutazione, nei termini di cui al successivo art. 6.3 e alla collaborazione nelle attività di pianificazione, di programmazione e di controllo delle attività amministrative;
- alla gestione e monitoraggio delle istanze di accesso civico, nei termini di cui all'art. 7;
- ad un'adeguata formazione a favore di tutti i soggetti interessati, dando impulso a specifici eventi formativi.

Il Responsabile per la Trasparenza elabora, con cadenza semestrale, entro il 30/06 ed entro il 31/12 di ciascun anno, una relazione sullo stato di attuazione del programma, che viene pubblicata sul portale istituzionale dell'A.Re.S. Puglia, entro la fine del mese solare successivo e trasmessa all'Ufficio "Prevenzione, protezione ed anticorruzione", di supporto al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. A tal fine si prevede, nel mese successivo alla redazione della reportistica in discorso, un incontro congiunto tra i collaboratori degli Uffici coinvolti, sotto l'egida del Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza ed Integrità, finalizzato allo studio di soluzioni migliorative di eventuali criticità riscontrate. Si rinvia, sul punto, al par. 5 del Piano Anticorruzione.

6.2 Compiti e Responsabilità dei Dirigenti e dei Dipendenti

Gli strumenti descritti nel Programma sono realizzati attraverso la pubblicazione dei dati, delle notizie, delle informazioni, degli atti e dei provvedimenti, in conformità alle disposizioni legislative, nella Sezione "Amministrazione Trasparente" presente sul sito web istituzionale dell'Agenzia.

I Dirigenti e i Dipendenti tutti, sia i responsabili dell'istruttoria sia i responsabili del procedimento, garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni e degli aggiornamenti da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge e sono responsabili per la trasmissione dei dati all'Ufficio Comunicazione e Trasparenza, anche con riferimento alla propedeutica attività istruttoria di corretto incasellamento dei dati nelle diverse sottosezioni in cui si articola la sezione "Amministrazione Trasparente" del sito istituzionale dell'Ente - secondo le indicazioni fornite dal d.lgs. n. 33/2013 e dall'A.NA.C nella Deliberazione n. 50/2013, che tutti sono tenuti a conoscere, anche con riguardo agli standard di pubblicazione ivi previsti.

Gli obblighi di comunicazione riguardano non solo i provvedimenti, ma anche tutte quelle altre informazioni che l'Agenzia è tenuta a pubblicare ai sensi della normativa richiamata.

I dati dovranno essere trasmessi dagli interessati, e dunque pubblicati dall'Ufficio Comunicazione e Trasparenza:

- in forma chiara e semplice, in modo da essere facilmente comprensibili;
- in forma completa, comprendente l'atto e gli allegati costituenti parte integrante e sostanziale dello stesso;
- in forma aggiornata;
- in forma tempestiva o comunque alle scadenze indicate dal d.lgs. 33/2013;
- per un arco temporale di almeno cinque anni, decorrenti dal mese di gennaio dell'anno successivo a quello dal quale inizia l'obbligo di pubblicazione, fatti salvi i diversi termini previsti dalla normativa in materia di trattamento di dati personali (nel caso di atti la cui efficacia è superiore ai cinque anni, la pubblicazione termina con la data di efficacia), fatto salvo l'obbligo di trasferirli, successivamente, in sezioni di archivio;
- in formato di tipo aperto e riutilizzabile.

I dati dovranno recare l'indicazione della loro provenienza.

I Dirigenti e i dipendenti, in particolare, sono chiamati a dedurre espressamente, nel deliberato o nel determinato, l'attestazione di assolvimento degli obblighi di cui al d.lgs. 33/2013 e di cui al presente Programma, con indicazione analitica della norma di riferimento, ed a comunicare, contestualmente all'approvazione dell'atto, con nota mail all'Ufficio "Comunicazione e Trasparenza", afferente alla Struttura di Direzione Amministrativa, i dati da pubblicare nella pertinente Sezione di Amministrazione Trasparente, nel rispetto delle prescrizioni sopra imposte.

L'ufficio "Comunicazione e Trasparenza" cura esclusivamente la materiale attività di pubblicazione, senza condividere le responsabilità derivanti da una non corretta od omessa pubblicazione, pur assicurando il massimo supporto possibile, anche preventivo.

I Dirigenti dovranno, entro il 30/06 ed il 31/12 di ciascun anno – o alle diverse scadenze poste dal Responsabile per la Trasparenza in riferimento sopraccitate deliberazioni dell'ANAC – provvedere a redigere ed a trasmettere, al Responsabile della trasparenza e all'OIV, una specifica attestazione in ordine al corretto assolvimento degli obblighi previsti dal presente articolo.

I Dirigenti e i funzionari sono tenuti a dare seguito ai contenuti della circolare operativa prot. n. 1187 del 24/03/2015 ed a prestare la massima attenzione al fine di completare il procedimento tecnico e amministrativo conseguente all'inserimento, nel deliberato, della locuzione "di demandare all'Ufficio Trasparenza e Comunicazione la pubblicazione del presente atto sul sito istituzionale dell'ARes Puglia, nella sezione Amministrazione Trasparente, sottosezione _____/sub-sezione _____, ai sensi dell'art. ____ del d.lgs./l./d.l. _____", non risultando possibile, per l'Ufficio, operare senza il supporto sostanziale dell'istruttore che ha predisposto l'atto. A tal fine, si raccomanda un raccordo, anche preventivo, con l'Ufficio in discorso.

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

6.3 Funzioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione

Le funzioni dell'Organismo Indipendente di Valutazione sono così determinate:

- raccordo con il Responsabile per la Trasparenza, al fine di assicurare la coerenza tra gli Obiettivi previsti nel Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e quelli indicati nel Piano delle Performance;
- utilizzo delle informazioni e dei dati relativi all'attuazione degli obblighi di Trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle Performance, sia organizzative sia individuali e monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema, in stretto raccordo con il Responsabile per la Trasparenza; in tal senso il Responsabile per la Trasparenza trasmette all'OIV gli esiti dell'attività di monitoraggio condotta. Tali supporti saranno valorizzati dall'OIV nell'ambito della misurazione della performance.
- attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione in ossequio all'art. 14, comma 4, lett. g, d.lgs. 150/2009 e alle delibere A.NA.C; in tale direzione, il Responsabile per la Trasparenza trasmette all'OIV le relazioni semestrali sullo stato di attuazione del programma e le attestazioni ricevute dai Dirigenti. L'attestazione OIV deve intervenire entro il 31/01 di ciascun anno.

ART. 7

ACCESSO CIVICO

Gli obblighi di pubblicazione contenuti nel presente Programma e posti dalla normativa vigente in capo all'Amministrazione, comportano il diritto di chiunque di richiedere i medesimi, nel caso in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.

La richiesta di accesso civico è, per l'appunto, l'esercizio del diritto di chiunque di richiedere documenti, informazioni o dati che la Pubblica Amministrazione ha l'obbligo di pubblicare sul proprio sito istituzionale, in caso di omessa disponibilità degli stessi nella sezione "Amministrazione Trasparente".

La richiesta non deve essere motivata, è gratuita e va presentata al Responsabile per la Trasparenza.

È delegato all'esercizio dell'accesso civico il Responsabile dell'Ufficio Comunicazione e Trasparenza, Dott.ssa Romana Giovanna Piscitelli, la quale, valutata la congruità e l'attinenza della richiesta rispetto ai contenuti del Programma e agli obblighi di pubblicazione vigenti, provvede senza indugio alla pubblicazione nel sito del documento, dell'informazione o del dato richiesto e lo trasmette contestualmente al richiedente, ovvero comunica al medesimo l'avvenuta pubblicazione, indicando il collegamento ipertestuale a quanto richiesto. La pubblicazione e/o comunicazione deve intervenire entro 30 giorni dalla ricezione della richiesta da parte dell'Agenzia.

Se il documento, l'informazione o il dato richiesto risultano già pubblicati nel rispetto della normativa vigente, il delegato si limita ad indicare al richiedente il relativo collegamento ipertestuale.

Il titolare del potere sostitutivo è il Responsabile per la Trasparenza, Dott. Yanko Tedeschi, al quale il richiedente può ricorrere in caso di ritardo o mancata risposta. Questi vi provvede, verificata la sussistenza dell'obbligo di pubblicazione, entro 15 giorni dalla ricezione dell'istanza.

La richiesta di accesso civico comporta l'obbligo per il Responsabile per la Trasparenza di segnalare il fatto all'Ufficio per i procedimenti disciplinari, all'OIV e al Direttore Generale, per l'eventuale vaglio della condotta sul piano della responsabilità.

La richiesta può essere presentata:

- a mani, direttamente presso l'Ufficio Protocollo;
- a mezzo posta ordinaria all'indirizzo Responsabile per la Trasparenza A.Re.S. Puglia, Via Gentile n. 52, 70126, Bari;
- a mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo dirgen.ares@pec.rupar.puglia.it;
- a mezzo fax al numero 0805403411.

ART. 8

DATI ULTERIORI

Nel corso del 2015, è stato creato un box dedicato al neointrodotta obbligo della fatturazione elettronica, che offre ai fornitori dell'Agenzia tutti i chiarimenti necessari per un corretto utilizzo del nuovo strumento.

Nella sotto sezione "Altri contenuti - dati ulteriori" sono state inseriti, invece, i riferimenti relativi al Comitato Unico di Garanzia e al Sistema di Protezione e Prevenzione di cui al d.lgs. 81/2008.

Nella sotto sezione di primo livello, "Disposizioni Generali", "Atti generali", Regolamenti e altri Atti Generali (articolazione introdotta dall'Agenzia) vengono, altresì, pubblicati atti peculiari caratterizzanti l'attività dell'Ente.

Si confermano, allo stato, tali misure, salva la possibilità, in corso d'anno, di implementare tali pubblicazioni all'emergere di esigenze di pubblicità nuove ed ulteriori.

ART. 9

SANZIONI

Il mancato adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente risulta sanzionato in termini molto rigorosi ed, in ogni caso, costituisce:

- elemento di valutazione della responsabilità dirigenziale;
- eventuale causa di responsabilità per danno all'immagine dell'Amministrazione;
- oggetto di valutazione ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio collegato alla performance individuale e collettiva del Dirigente, del Responsabile della Trasparenza, del dipendente.

ART. 10 - TEMPI DI ATTUAZIONE

L'attuazione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità avverrà nel corso del triennio 2016 – 2018, secondo le seguenti cadenze temporali:

Anno 2016

Implementazione del portale istituzionale
Realizzazione della Giornata della Trasparenza
Attuazione delle misure ulteriori

Anno 2017

Aggiornamento del Programma per la Trasparenza
Aggiornamento del portale istituzionale
Realizzazione della giornata della trasparenza

Anno 2018

Aggiornamento del Programma per la Trasparenza
Aggiornamento del portale istituzionale
Realizzazione della giornata della trasparenza

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

Oltre all'approvazione del presente Piano triennale, 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 aventi portata generale, del tipo di quelli già organizzati in house nell'anno 2015. Si evita, in questa sede, una compiuta calendarizzazione non essendo ancora note le proposte formative in materia: la presente programmazione codifica, tuttavia, la necessità della partecipazione ad almeno un corso tecnico-specialistico per ciascuno dei collaboratori assegnati all'Ufficio di supporto al RPC e dell'organizzazione di almeno n. 1 corso in house rivolto a tutti i Dipendenti e Dirigenti, basato prevalentemente su una didattica di tipo empirico, avendo riscontrato crescenti interesse e sensibilizzazione da parte del personale dell'Agenzia, proprio a mezzo dello studio di casi giurisprudenziali realmente accaduti.

Infatti, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione l'Agenzia, nell'alveo del Piano di Formazione in materia di anticorruzione, nel corso del 2015 ha realizzato interventi di formazione specifica a vantaggio dei propri dipendenti, estendendone la possibilità di fruizione anche ai dipendenti dell'Assessorato di riferimento e di altre Agenzia regionali offrendo occasioni di importante **aggiornamento specifico** sui temi

dell'anticorruzione, grazie agli autorevoli interventi di Magistrati e Procuratori della Corte dei conti, sez. Puglia e ad iniziative – con impatto sull'intero sistema welfare-salute di Puglia – sviluppate con l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (ORFS).

Inoltre, i dipendenti dei vari Uffici dell'Agenzia hanno anche per il 2016 la possibilità di partecipare – a richiesta – a numerosi corsi di **formazione e aggiornamento normativo settoriali**, grazie ad un'apposita una formula abbonamento con società di formazione ed alla disponibilità di una banca dati giuridica, nonché 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 in professionalizzazione e competenza.

In aggiunta all'aggiornamento specifico, alla formazione settoriale ed agli altri interventi, su indicazioni del Responsabile Anticorruzione ed *a vantaggio della gran maggioranza dei funzionari e dei dipendenti amministrativi* che operano in aree a Rischio, il responsabile dell'Ufficio P.P.A. ha impostato nel 2015 – per il loro perfezionamento e/o intero svolgimento nel corso del 2016 – le seguenti attività di **Alta Formazione** per le ore di fianco indicate:

n. destinatari Alta Formazione	Nome del Corso di Alta Formazione anno 2016	Ente universitario che eroga	Ore di formazione
2	Gestione e trasparenza dei dati informatici (<i>open data</i>) nella P.A.	Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"	50 ore
2	La nuova regolamentazione del lavoro nel Pubblico Impiego	Università LUM "Jean Monnet"	60 ore
2	Gli aspetti contabili e gestionali della P.A.	Università LUM "Jean Monnet"	60 ore
1	Fondi comunitari e loro utilizzazione	Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"	60 ore
1	<i>Master executive</i> in "Europrogettazione e Fondi Strutturali"	Università LUM "Jean Monnet"	200 ore
1	<i>Master di II livello</i> in "Contraffazione prodotti farmaceutici, sanitari e diritto alla salute"	Università degli Studi di Bari "Aldo Moro"	1500 ore

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 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, per la tutela del dipendente che effettua segnalazioni, garantisce l'obbligo di riservatezza. Egli esclusivamente gestirà le informazioni ricevute, attraverso il 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 e possono anche essere rese in forma anonima ove queste si presentino adeguatamente circostanziate e sostenute da incontrovertibili elementi di fatto (prove documentali, video ed audio-registrazioni, molteplicità coerente di testimonianze, ecc.).

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 inconfiribilità (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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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 2016, oggetto di doveroso aggiornamento.

Ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, per "incompatibilità" si intende invece "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 dell'Agenzia e della profonda riorganizzazione da questo impressa alle strutture amministrative interne, 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 di ruolo sul quale convergono, inoltre, anche i ruoli di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile della trasparenza.

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 inconfiribilità 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 inconfiribilità 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)

L'A.Re.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 Sanitaria 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'Ares dispone di una dotazione organica esigua, in particolare, dalla lettura della Legge n. 24/01 e soprattutto delle sue ss.mm.ii. essa prevede n. **36 figure professionali**, distinte tra n. **27 di comparto** e n. **9 dirigenziali**. Attualmente, inoltre, la dotazione organica di comparto registra una copertura solo parziale, pari a n. 19 figure di comparto, in prevalenza assegnate formalmente alla Struttura di Direzione Amministrativa.

Questi, da soli, rappresentano 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, 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, l'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 mira 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 un’efficace ed efficiente strutturazione “a matrice modificata” delle sue attività tecnico-scientifiche ed amministrative (seppur eterodossa rispetto a quella proposta da Ansoff e Brandenburg nel celebre “*A Language for Organizational Design*” del 1973) 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).

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 il primo obiettivo sia garantito dal rispetto del presente Piano mentre che il secondo obiettivo trovi certo soddisfacimento nella significativa primazia alla *specializzazione verticale* delle mansioni di ciascun funzionario che la strutturazione “a matrice modificata” 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] è volta a 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 e del conseguente tedio dei dipendenti. Pericolo che, proprio attraverso la Rotazione degli incarichi, si ambisce a ridurre.

In A.Re.S. Puglia, invece, è 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, realizza 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].

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 2016, 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

Attraverso il monitoraggio dei termini procedurali emergono eventuali omissioni o ritardi che possono essere sintomo di fenomeni corruttivi. L'Agenzia cura pochi procedimenti amministrativi che rientrino nel paradigma di cui alla legge n. 241/90; 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 RPC, sul rispetto dei tempi e sulle cause di eventuali scostamenti significativi.

7. Le Aree ed i rischi specifici dell’Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia.

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.** Nella seconda parte, invece, **sono stati mappati e dettagliatamente descritti i macro-processi – in termini di flusso – che caratterizzano la natura delle Aree e dei Servizi dell’Agenzia** 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 ha subito un’evidente aggravamento, con questo approccio metodologico si è provato a ri-costruire il funzionamento organizzativo di aree processuali complesse di attività che perdono 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 *mission*** e, dall’altro lato **l’organizzazione “a matrice” del personale dell’Agenzia**, 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 interviste in profondità semi-strutturate (Corbetta 1999, p. 405) 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. Non si è resa necessaria, come ipotizzato in principio, l'osservazione etnografica del lavoro dei funzionari di cui però 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 ed il Direttore Generale dell'A.Re.S. Puglia per l'importante collaborazione offerta.

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 Regionale Sanitaria della Puglia.

Ci si riserva, in ogni caso, di rivedere il presente Piano non appena le importanti innovazioni istituzionali ed organizzative che riguardano il sistema di *governance* della Regione Puglia (Modello "MAIA") vedranno la loro concretizzazione in A.Re.S. Puglia.

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. Subappalto;
11. 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 ed ai relativi processi sono:

- Le procedure connesse alla scelta del contraente per l’affidamento di servizi e forniture, anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture ex D.Lgs n. 163/06 e dei regolamenti interni.

Il “catalogo dei rischi di tipo micro” inerente a quest’area a) è il seguente:

- Accordi collusivi tra le imprese partecipanti a una gara volti a manipolare gli esiti, utilizzando il meccanismo del subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell’accordo a tutti i partecipanti allo stesso;
- Definizione dei requisiti di accesso alla gara e, in particolare, dei requisiti tecnico-economici dei concorrenti al fine di favorire un’impresa;
- Uso distorto del criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa;

- Utilizzo della procedura negoziata e abuso nel ricorso agli affidamenti in economia ed ai cottimi fiduciari al di fuori dei casi previsti dalla legge al fine di favorire un'impresa;
- 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;
- Scelta, conduzione ed esito dei procedimenti di risoluzione delle controversie alternativi alla tutela giurisdizionale per favorire l'appaltatore;
- Restrizione del mercato nella definizione delle specifiche tecniche nel disciplinare di gara;
- Uso distorto del criterio di aggiudicazione del prezzo più basso;
- Mancato rispetto dei criteri di individuazione e di verifica, anche procedurale, delle offerte anormalmente basse;
- Utilizzo dell'istituto della proroga al di fuori dei casi previsti dalla legge ovvero del suo impiego nelle ipotesi ovvero del loro utilizzo pedissequo in assenza dei presupposti;
- Situazioni di evidente frazionamento artificioso finalizzato ad eludere la disciplina codicistica;
- Omessa motivazione nel bando o nel disciplinare sia delle ragioni operative e di convenienza economica che hanno motivato la procedura con lotto unico, sia delle motivazioni che hanno indotto alla definizione dei requisiti di capacità economico-finanziaria basati, a loro volta, su indicatori inerenti al fatturato definiti con il perverso fine di ostacolare la partecipazione alla gara da parte di una più ampia platea di concorrenti;
- Condizionamenti nelle decisioni assunte all'esito delle procedure di accordo bonario derivanti dalla presenza della parte privata all'interno dell'apposita commissione.

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

1. 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;
- Le procedure di assegnazione di borse di studio.

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

- Erogazione dei contributi e vantaggi economici di qualunque genere a persone fisiche/giuridiche non in possesso dei requisiti di legge e/o in violazione di regolamenti regionali al fine di agevolare determinati soggetti;
- Predisposizione di atti di liquidazione e pagamento in assenza dei requisiti di legge.

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

1. Provvedimenti di carattere gestionale;
2. Provvedimenti inerenti alle attività di controllo.

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

- Gestione economica e finanziaria;
- Gestione dei beni patrimoniali, le alienazioni e le transazioni;
- Liquidazione di fatture per la fornitura di beni e servizi;
- Gestione e rendicontazione dei rimborsi spesa;
- Gestione e rendicontazione dei buoni-pasto.

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

- Abuso nell'adozione di provvedimenti di assegnazione di beni e risorse;
- Abuso dell'inventariazione/dismissione di beni e risorse;
- Abuso della discrezionalità nella tempistica di liquidazione delle fatture al fine di agevolare particolari soggetti sia liquidando prima di altri i loro crediti, sia ritardandone la liquidazione al fine di far montare a loro vantaggio gli interessi moratori;
- Abuso/uso distorto di beni dell'Agenzia finalizzato a favorire particolari soggetti.

d) Area acquisizione e progressione del personale.

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

4. Istruttoria procedimenti disciplinari;
5. Erogazione di salario accessorio al personale dirigenziale e di comparto;
6. Rilevazione timbrature e presenze in servizio anche ai fine dell'erogazione dei buoni pasto da parte dell'area competente.

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

- Autorizzazione di attività ed incarichi extra-istituzionali (ex art. 53, D.Lgs. 165/2001 e ss.mm.ii., regolamento interno per la disciplina delle incompatibilità e degli incarichi al personale dell'Agenzia);
- Conferimento di incarichi dirigenziali in considerazione delle norme di cui ai Capi III, IV, V e VI del D. Lgs. N. 39/2013;
- Concorsi e procedure selettive per l'assunzione del personale dirigenziale e non dirigenziale a tempo determinato e progressioni di carriera di cui all'art. 24 del D.Lgs. n. 150/2009;
- Procedure per l'affidamento di incarichi e di consulenze esterni di qualsiasi natura e genere;
- Trattamento differenziato di fattispecie analoghe;
- Controllo informatizzato degli indici di assenza/maggior presenza dei dirigenti e del personale di comparto anche ai fini, come sopra, dell'erogazione dei buoni-pasto;
- Procedimenti connessi all'erogazione del salario accessorio dei dirigenti e del personale di comparto.

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

- 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.

7.2 *Catalogo dei processi e delle strutture esposte al rischio corruzione – All. A*

AREA di PROGRAMMAZIONE SANITARIA¹

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, fornisce 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 del Comitato tecnico-sanitario 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 – sez. 13 “Reti Assistenziali” (vedi descrizione: “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) 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 tavolo per la Riorganizzazione della Rete regionale dei Laboratori di Analisi (pubblici e privati). Al Tavolo, coordinato dall'Area per le Politiche della salute dell'Assessorato, l'Area in parola offre la consulenza tecnica necessaria a verificare vari scenari organizzativi in linea con la normativa nazionale;

- 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;
- Partecipazione al Gruppo di Lavoro sull’appropriatezza prescrittiva. Il Gruppo emana solo pareri tecnici o propone documenti, inerenti al tema dell’appropriatezza, all’Assessorato per l’eventuale adozione a mezzo di un’apposita deliberazione della Giunta Regionale. Il Gruppo, multi professionale ed interistituzionale, è composto da membri dell’Area Politiche per la Salute – PATP – Farmaceutica, da un medico di medicina generale, da esperti convocati alla bisogna e dal direttore dell’Area oggetto dell’analisi.

MACRO-AREA DI RISCHIO: <i>Attivazione/Riorganizzazione di Reti assistenziali per patologia</i>			
PROCESSI: Il Ministero richiede l’attivazione/ri-definizione di reti per patologia con riferimento alle modalità di presa in carico globale dei pazienti. 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 prestazioni per i pazienti. NOTA: 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)”.	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO		
	Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) Fasi/descrizione: 1. Istituzione di Tavoli tecnici con esperti della specifica materia (medici, primari, ecc.) per la definizione del PDTA; 2. Il PDTA così definito viene trasmesso e discusso innanzi a Tavoli tecnico-istituzionali appositamente costituiti o alla Commissione Appropriatezza 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.		CONTROLLI La valutazione è di tipo collegiale ed è operata da professionisti che compongono la Commissione Appropriatezza dell’Assessorato. Vaglio amministrativo da parte del Settore competente a proporre l’eventuale Deliberazione di Giunta. 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.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI		PROPOSTA CORRETTIVA
1. ARES – Area Programmazione sanitaria; 2. Tavoli Tecnici appositi; 3. Commissione Appropriatezza dell’Assessorato e relativi uffici amm.vi.		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.
--	--	--

AREA EMERGENZA SANITARIA, FENOMENI SANITARI DI PARTICOLARE RILIEVO E COLLABORAZIONE ALLA PROMOZIONE DEL GOVERNO CLINICO²

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) 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), pertanto, la presente analisi si propone di espungere quelle attività dell'Organismo che possono trovare eccessiva sovrapposizione operativa con quelle dell'Area.

Più nello specifico, quest'Area fornisce supporto tecnico all'Assessorato realizzando ovvero monitorando/coordinando attività di livello alto-istituzionale di interesse regionale, tra cui:

- 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;
- definizione e coordinamento di gruppi di lavoro pluri-disciplinari finalizzati alla gestione delle Reti delle Patologie Complesse "tempo-dipendenti", quali le emergenze cardiologiche, il trauma e l'ictus;

- 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 sanitarie;
 - ecc.
- definizione di percorsi di formazione/addestramento in linea con la mission dell’Area e con gli obiettivi del Programma Operativo 2013-2015 per l’inserimento nel “Piano di Formazione Cultura alla Salute 2014-2015”;
- definizione del Programma di Ricerca-Intervento – *long-term potentiation* – progettato interamente dall’Area di cui trattasi, ma da svolgersi in collaborazione con l’Assessorato al Welfare, denominato “FormASP – *Plant seeds*” (giusta DGR n. 931/2015), rivolto all’high management ed al personale sanitario ed amministrativo delle Aziende per i Servizi alla Persona (ASP) della Puglia nonché al re-building organizzativo e strutturale di tali enti;
- definizione di criteri e modalità per l’accreditamento nazionale dei soggetti pubblici e privati di formazione nelle Medicine Complementari (agopuntura, fitoterapia ed omeopatia) finalizzati a consentire a medici chirurghi ed odontoiatri, ai farmacisti ed ai veterinari il legale esercizio delle succitate discipline sul territorio della Regione Puglia;
- analisi dello stato dell’arte del fabbisogno standard di dispositivi medici cardio-chirurgici nell’ambito del progetto regionale di centralizzazione del loro acquisto.

Tra le complesse attività citate risultano di un certo interesse, ai fini che muovono la presente indagine, le dinamiche operative inerenti alla riorganizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture (nella fattispecie della rete regionale dell’Emergenza-Urgenza “118”) e di Programmi di ricerca-intervento (programmi di ricerca sociale empirica che con l’atto stesso del conoscere – ricerca sul campo – si propongono, insieme, sia di cagionare un mutamento nel corso del loro svolgimento, sia di approdare alla strutturazione di nuove dinamiche organizzative a valenza regionale). Appartenendo a questa categoria sarà valutato, nella fattispecie, il Programma di Ricerca-Intervento “FormASP – *plant seeds*”.

AREA DI RISCHIO: <i>Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture</i>		
PROCESSI:	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	CONTROLLI
Processo - Riorganizzazione di reti di servizi esistenti	<p><i>Produzione di atti tecnico-organizzativi inerenti al funzionamento di reti complesse di strutture, funzioni ed attività (Rete dell’Emergenza-Urgenza)</i></p> <p>Fasi/descrizione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. istituzione e coordinamento del “Comitato tecnico regionale dell’Emergenza-Urgenza”, giusta DGR n. 2413 del 10/12/2013 composto da tecnici del settore tra i quali tutti i Direttori delle Centrali Operative 118; 4. il Comitato, nel corso di un numero importante di riunioni e di stesure provvisorie addiuvate alla condivisa definizione della riorganizzazione della Rete secondo il modello “Hub & Spoke” mantenendo la stessa in linea con il Programma Operativo 2013-2015, l’art. 1 del D.L. 158/2012 “Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più livello di tutela della salute” ed i criteri relativi al Regolamento sugli “Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e qualitativi relativi all’assistenza ospedaliera” (regolamento approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 5/08/2014); 5. L’assessorato competente recepisce l’atto tecnico e propone alla Giunta regionale la sua approvazione (in questo caso specifico, la Riorganizzazione di cui trattasi è stata approvata con DGR n. 2251 del 28/10/2014); 6. Approvata con Atto giuntale la nuova rete 	<p>A livello di Agenzia, si enumera il controllo intersoggettivo di tutti i Direttori delle Centrali Operative 118 di ogni ASL della Puglia che sono stati chiamati a costituire il “Comitato Tecnico regionale dell’emergenza-urgenza” presso l’Area indagata, sia per la fase di definizione della situazione vigente, sia per la definizione della proposta di nuova Rete;</p> <p>quelli dell’Assessorato competente che riceve, valuta e propone l’atto necessario all’adozione del documento tecnico alla Giunta Regionale.</p>

	dell'emergenza-urgenza regionale, l'Area ed il preposto Comitato tecnico continuano l'attività, tutt'ora in corso, che verte intorno al monitoraggio dello stato dell'attuazione delle nuove direttive regionali.	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
	4. Assessorato al Welfare – Area Politiche della Salute; 5. Comitato tecnico regionale dell'Emergenza-Urgenza.	none
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	
Processo - creazione o organizzazione <i>ex novo</i> di reti di servizi attraverso la progettazione di Programmi di ricerca-intervento (progetti di ricerca sociale associati ad interventi di tipo formativo ed organizzativo).	<p>Realizzazione di Programmi di ricerca-intervento di rilievo regionale finalizzati alla creazione/attivazione di una nuova rete di servizi al cittadino (servizi alla persona: minori, ultra-anziani, disabilità)</p> <p>Fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Definizione della domanda cognitiva; 2. Individuazione e coinvolgimento di partner istituzionali (Servizi ed Uffici competenti dell'Ente Regione); 3. Redazione del progetto con individuazione della metodologia della ricerca sociale da adottare, delle tecniche di ricerca empirica da utilizzare, della popolazione da trarre, degli interventi intermedi da sviluppare (formazione/addestramento), degli obiettivi ultimi, organizzativi e non, da conseguire; delle risorse da appostare, dello staff multi-professionale necessario all'implementazione, ecc. 4. Sottoposizione della progettazione agli Organi/Strutture regionali per l'eventuale approvazione; 5. Approvazione e recepimento – con atto di Giunta regionale – degli atti tecnici inerenti alle fasi del 	<p>Quelli delle strutture burocratiche dell'Ente Regione e della Giunta Regionale per la fase di consolidamento ed adozione del Programma.</p> <p>A monte di questa fase, quelli impliciti - di merito - dei partner istituzionali che hanno valutato e, quindi, aderito all'iniziativa di empowerment e di re-building organizzativo delle risorse umane e dei servizi assistenziali offerti dalle 21 Aziende per i Servizi alla Persona di Puglia.</p> <p>Per la gestione amministrativa del Programma, infine, tutti i controlli di cui ai ruoli amministrativi coinvolti (R.U.P., Commissione di Gara, ecc.).</p>

	<p>progetto e dell'Atto di Convenzione tra gli Enti/Strutture/Uffici regionale che collaboreranno alla realizzazione del Programma;</p> <p>6. Sottoscrizione della Convenzione (per i diversi partner istituzionali operativamente coinvolti, firmano Il Direttore della Area Politiche della salute della regione Puglia, il Direttore dell'Agenzia regionale sanitaria della Puglia, il Direttore dell'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità);</p> <p>7. Attivazione delle procedure di definizione tecnica dei processi di ricerca-intervento e di quelle burocratiche necessarie alla formale individuazione delle risorse professionali ed umane per l'implementazione di quella parte del Programma che gli Enti consociati non appaiono in grado di svolgere autonomamente.</p>	
	<p>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</p>	<p>PROPOSTA CORRETTIVA</p>
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organismo Regionale per la Formazione in Sanità; 2. Area Emergenza Sanitaria e Governo Clinico di ARES Puglia 3. Area di Direzione "Politiche della Salute" della Regione Puglia; 4. Servizio Politiche di Benessere Sociale dell'Assessorato alla Salute; 5. Ufficio Terzo Settore dell'Assessorato alla Salute; 6. Servizio Finanza e Controlli dell'Assessorato alla Salute; 7. Dirigenza Generale ed Amministrativa ARES Puglia. 	<p>Strutturazione – in linea con l'organizzazione "a matrice" dei funzionari di ruolo dell'Agenzia – di una procedura standardizzata per il miglior coinvolgimento, non estemporaneo, delle competenze tecniche, culturali e professionali di cui dispone l'A.Re.S. Puglia, fermo il rispetto del principio di onnicomprensività della retribuzione.</p>

AREA ASSISTENZA TERRITORIALE

Ufficio PHT³

L'Ufficio si occupa della gestione e distribuzione in nome e per conto della regione dei farmaci A-PHT. Si avvale della rete di 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).

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.

Il sistema si avvale di 18 distributori intermedi e di un altissimo numero di farmacie convenzionate, comunali, ecc., capillarmente disposte su tutto il territorio regionale pugliese. Forniscono all'ARES circa 50 Case farmaceutiche.

Circa 460 sono i farmaci A-PHT inseriti nel prontuario regionale PHT. A circa 140 MLN di Euro ammonta il costo dei beni e servizi gestiti dall'Ufficio PHT.

A fronte di circa 10.400 ordini annui attuali, che le nuove procedure necessitano (dai circa 18.000 ordini annui del 2011), vengono prodotti e gestiti ogni anno dall'ufficio PHT circa 30.000 documenti contabili ed amministrativi.

In *estrema* sintesi, effettuate le valutazioni di cui alla linea 1. ed ottenuta l'autorizzazione formale dell'Assessorato, il dirigente dell'Ufficio PHT, comunica al provveditore dell'ARES che il nuovo farmaco andrà acquistato ed indica se il farmaco è esclusivo o meno (processi A e B nell'area di rischio RICHIESTA ACQUISTO FARMACI) e le quantità - che saranno molto basse in caso di nuovo inserimento - cosa che consente al dirigente di valutare ogni due giorni l'andamento della domanda per i circa tre mesi necessari a consolidare un trend storico (vedi NOTE TECNICHE) atto a perseguire un'autonomia certa del farmaco nel sistema distributivo di 30 giorni (sia a livello di singolo distributore che di sistema generale di magazzino).

Gestendo le fasi di riordino, come sinteticamente descritto, l'ufficio PHT sviluppa monitoraggi quadrimestrali (linee 4., 5. e 6.) per l'Assessore al Welfare, il Direttore di Area e il Dirigente del farmaco in ordine al trend di consumo e spesa dei farmaci A-PHT del Prontuario alla luce del budget PROVVISORIO di spesa che la Regione prevede ad inizio anno (136 MLN⁴ di Euro per acquisto farmaci e 6 MLN di Euro per i servizi di distribuzione intermedia annessi). Il monitoraggio

sedimenta in una relazione inerente ai farmaci e servizi acquistati nel periodo, con proiezione sull'anno, stima delle eventuali risorse aggiuntive che, su quel trend, possono svilupparsi, segnalazione di eventuali criticità derivanti da consumo anomalo nell'ambito di classi di farmaci a maggior impatto sulla spesa farmaceutica regionale. Nella medesima relazione vengono indicati gli andamenti dei consumi per classe anatomico chimico terapeutica (A.T.C.) che costituisce un quadro epidemiologico dinamico per il miglior orientamento e definizione delle politiche strategiche sanitarie regionali del farmaco. Con la relazione quadrimestrale viene inoltre stimato da Dott. Stella il risparmio (pari a circa 90 MLN⁵ di Euro all'anno) che con questo sistema di gestione e distribuzione dei farmaci A-PHT – grazie agli extra-sconti ad esso connessi – il sistema regionale ottiene rispetto all'eventuale ricorso alla distribuzione in classe A-SSR basato sulle farmacie convenzionate.

MACRO-AREA DI RISCHIO: <i>Valutazioni farmaco-economiche ed amministrative per accesso di nuovi farmaci al Prontuario</i>		
PROCESSI:	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO A	CONTROLLI
VALUTAZIONI FARMACO-ECONOMICHE E DI CORRISPONDENZA A LEGGI E REGOLAMENTI volte, in particolare, a candidare un farmaco per l'accesso a prontuario regionale.	<p><i>Valutazioni farmaco-economiche per l'ammissione di nuovi farmaci A-PHT al Prontuario regionale PHT</i></p> <p>Fasi/descrizione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Valutazione farmaco-economica per iscrizione al prontuario regionale PHT ogni volta che AIFA immette in commercio nuovo farmaco A-PHT; 2. Effettua la valutazione ulteriore sulla scorta delle direttive di cui alla Del. di GR che introduce il c.d. <i>cut off</i>, che impedisce l'iscrizione al prontuario di farmaci dal costo minore/uguale a 27,00 Euro IVA escl. Parimenti, se il costo è eccessivo si può produrre un danno per l'ARES relativo al rischio alto che il farmaco scada "in casa" perché non prescritto ad un numero sufficiente di pazienti (in questi casi si valuta l'opportunità di sfruttare la distribuzione diretta). Viene inoltre valutata l'omogeneità e le analogie in termini di classe terapeutica tendendo ad evitare che pazienti affetti dalla medesima patologia siano costretti ad approvvigionarsi di farmaci in farmacie differenti, a volte distanti tra 	<p>Quelli dell'Ufficio regionale del Farmaco da cui scaturisce, o meno, il responso finale di ammissione.</p>

	<p>loro;</p> <p>3. Se le valutazioni di cui sopra hanno esito positivo, il nuovo farmaco A-PHT viene proposto per l'introduzione al prontuario per essere poi distribuito grazie alla capillarità delle farmacie convenzionate;</p> <p>4. La proposta motivata viene indirizzata all'Ufficio del Farmaco dell'Assessorato al Welfare della Regione Puglia per le sue valutazioni e controlli inerenti all'individuazione ed alla valutazione dei nuovi farmaci A-PHT da inserire in prontuario, che comunque e sempre, ex Accordo DPC, effettua tale attività "di concerto con l'ARES";</p> <p>5. L'Assessorato, Ufficio del Farmaco, emana la decisione finale e la comunica a tutti gli attori del sistema.</p>	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Assessorato al Welfare – Area Politiche della Salute – Ufficio del Farmaco; 2. Ufficio PHT dell'ARES 	<p>Il processo appare ottimamente gestito in ARES seppur nelle mani di un solo dirigente farmacista, responsabile dell'Ufficio PHT. L'Ufficio regionale, sua controparte, ne equilibra le iniziative e le valutazioni assumendosi la responsabilità della decisione finale.</p>

Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO B	CONTROLLI
<p>NOTE TECNICHE:</p> <p>Gli ordini per l'approvvigionamento dei 18 magazzini vengono organizzati dal dirigente dell'Ufficio PHT, Dott. Stella, in modo da dover proporre il riordino ogni 20 giorni circa. Ciò al fine di garantire un'autonomia (disponibilità reale del farmaco) di circa 30 gg. in forza dell'operatività del meccanismo "del procuo" tra i 18</p>	<p>Richiesta acquisto straordinario farmaci A-PHT di nuovo inserimento nel prontuario PHT</p> <p>Fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Richiesta iniziale minima di acquisto su gara (se non esclusivo) o tramite procedura negoziata ex art. 57 CCA (se esclusivo); 2. Svolta la gara il DG ARES autorizza formalmente 	<p>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</p> <p><u>NOTA SUI CONTROLLI DI SISTEMA TRASVERSALI ai</u></p>

<p>depositari (se il depositario x non ha la disponibilità del farmaco che la farmacia convenzionata chiede, il sistema indica un altro depositario y che lo detiene e gira a quest'ultimo l'ordine, in modo che y invii per corriere il farmaco al primo depositario x che potrà così evadere la richiesta del paziente tramite la distribuzione diretta, ma SENZA PRODURRE NUOVI ORDINI di acquisto ad ARES).</p> <p>L'autonomia della giacenza di pezzi presso i depositari è NODALE ai fini della gestione del magazzino generale regionale.</p> <p>Il Dirigente dell'Ufficio PHT effettua il monitoraggio, farmaco per farmaco, dei valori di autonomia generati dal sistema. I farmaci con autonomia specifica (per depositario) e in generale (tutti e 18 i distributori in virtù della vigenza, tra loro, del sistema "del proculo" innanzi descritto) minore di 42 giorni (dal 41esimo in giù) vengono riordinati per un numero minimo di pezzi che è funzione di due parametri: n° di pezzi giacenti a terra e indice della velocità di rotazione di quel farmaco. Il parametro dei 42 giorni consente la successiva diluizione degli ordini amministrativi nel mese e si riverbera nella garanzia di un'autonomia generale per ogni farmaco, a livello di sistema regionale di distribuzione, pari a circa 30 giorni, per ogni farmaco.</p>	<p>l'ufficio PHT ad effettuare ordini di quel farmaco</p> <p>3. L'Ufficio PHT effettua l'ordine e, solo dopo che questo risulta disponibile presso il 18 depositi, avvisa il territorio (DPC) che in elenco sono state aggiunte nuove specialità PHT. Identici avvisi vengono diretti alle banche dati farmaceutiche, al direttore Area Politiche Salute, al Dirigente Uff. Farmaco Regionale, ai Servizi farmaceutici territoriali delle ASL, al Servizio flussi informativi ("EDOTTO"). Inoltre, il dirigente dell'ufficio PHT aggiorna in prima persona il Sito Internet dell'ARES rendendo pubblico il Prontuario aggiornato.</p>	<p><u>processi C e B:</u></p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Tutte le estrazioni sono conservate agli atti informatici dell'ufficio e vengono valutate attentamente prima di effettuare i riordini.</p>
	<p>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Uff. PHT 2. DA e DG ARES 	<p>PROPOSTA CORRETTIVA</p> <p>Non si rilevano rischi corruttivi ma appare necessario, onde evitare inefficienze, supportare il Dirigente 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</p>

		<p>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 invalse, 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>
--	--	---

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO C	CONTROLLI
	<p><i>Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel Prontuario PHT da più di tre mesi.</i></p> <p>Fasi:</p> <p>Simili a quelle di cui sopra ma per quantitativi maggiori comunque dipendenti dal controllo di due parametri oggettivi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Giacenza a terra presso ogni depositario intermedio ed, insieme, presso tutto il sistema dei 18 depositari; 2. Indice di rotazione peculiare di ogni farmaco che, a sua volta, si basa sul consumo dei due o tre mesi precedenti del farmaco che, evidentemente, non 	

	esiste ancora nel caso analizzato sopra (vedi Farmaci di nuovo inserimento, Processo B). Vedi note tecniche sopra e a sinistra:	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
	1. Uff. PHT 2. Distributori	
Gestione amministrativo-contabile inerente alla liquidazione delle fatture	PROCESSO COMPLESSO	CONTROLLI
<p>Come anticipato in premessa, la mole di lavoro amministrativo che scaturisce dagli oltre 10.000 ordini annui, effettuati dal solo farmacista, è imponente, seppur dimezzato rispetto all'anno 2011 grazie alle innovazioni organizzative introdotte dallo stesso Dott. Stella.</p> <p>Attualmente è in corso l'attuazione di 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, consentirà 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.</p>	<p>Gestione del flusso: ordini di farmaci A-PHT, documenti di trasporto, fatture, determinazioni di liquidazione e mandati di pagamento.</p> <p>Fasi:</p> <p>vedi Modello Organizzativo allegato</p>	<p>L'ARES ha sviluppato, con e per l'Ufficio PHT, il Modello Organizzativo – allegato al presente Catalogo - relativamente alle "Procedure di tipo Amministrativo volte al pagamento di beni (farmaci PHT) e servizi (stoccaggio e distribuzione intermedia dei farmaci PHT tramite i Depositi Farmaceutici) acquistati". Il modello organizzativo ha puntualmente definito tutte le fasi seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Attività di registrazione della documentazione contabile; - Attività di contestazione a distributori intermedi/fornitori/società di factoring delle non conformità rilevate e richiesta di documentazione mancante; - Attività di liquidazione e pagamento. <p>Il modello organizzativo è stato quindi declinato in n. 4 disposizioni di servizio rivolte ad altrettante unità di personale (due funzionari di ruolo e due assistenti a tempo determinato) costituenti l'Ufficio PHT oltre al suo Dirigente farmacista. La chiara ed analitica individuazione delle fasi e procedure e l'attribuzione di precise responsabilità a ciascun dipendente appare compensare in questa fase l'assenza di controlli diversi.</p> <p>Le indicazioni dell'Amministrazione all'Ufficio PHT circa la priorità da assegnare alle liste di liquidazione</p>

		<p>appaiono calmierare l'anzianità delle fatture con l'importo delle stesse, con l'evidente intento di tenere sotto controllo l'erompere degli interessi di mora.</p> <p>Decreti ingiuntivi mossi a carico di quest'Agenzia, in un periodo a ridosso dei giorni in cui il presente Piano viene adottato – ed oggetto di pronta e ben argomentata opposizione – sono stati valutati e fondatamente ricondotti ad anni antecedenti all'applicazione delle procedure in parola: queste, se ben applicate da un superiore numero di addetti, appaiono infatti garantire meglio che in passato il rispetto dei tempi per la liquidazione delle fatture. In ogni caso, la frequenza e l'ammontare dei decreti ingiuntivi a carico ARES vengono assunti quale indicatori perversi dell'efficacia organizzativa in fase di gestione e liquidazione delle fatture e, perciò, sono e restano oggetto di particolare osservazione.</p>
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sistema dei 18 Distributori intermedi 2. Ufficio PHT 	<p>La dotazione di personale amministrativo preposto alla gestione dell'imponente mole di adempimenti appare assolutamente sottodimensionata. Fenomeni ascrivibili a disagio occupazionale (litigiosità tra colleghi, scarsa disponibilità a collaborare, frequente ricorso ad assenze per malattia o ad altre motivazioni, ecc.) sono ben noti all'Amministrazione e, con essi, la fatalistica impossibilità per ARES di far fronte nei termini di legge alla liquidazione delle fatture, con naturale sviluppo di interessi moratori. Tali fenomeni di <i>maladministration</i> riguardanti l'Ufficio PHT sono facilmente riconducibili all'insufficiente personale di cui dispone e non ad aspetti organizzativi strutturati che, invece, appaiono ottimamente presidiati nonché oggetto di apprezzabile tensione al miglioramento continuo.</p>

SERVIZIO INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA⁶

Il Servizio svolge attività di supporto alla pianificazione e programmazione di politiche di assistenza e di integrazione territoriale:

1. Assistenza domiciliare;
2. Assistenza specialistica ambulatoriale;
3. Cure primarie (organizzazione delle);
4. Sperimentazione di modelli organizzativi innovativi.

In particolare, nell'ambito della linea 1, il Servizio:

- sviluppa linee guida sulle cure domiciliari;
- supporta la programmazione regionale circa l'assistenza distrettuale;
- effettua il monitoraggio LEA sulle cure primarie;
- realizza l'implementazione del processo di presa in carico dei pazienti cronici (nella fattispecie il progetto "CARE PUGLIA").

Trasversalmente a tutte e 4 le linee, il Servizio realizza progetti di studio e di ricerca con enti pubblici e progetti volti alla sperimentazione di dispositivi medici con case farmaceutiche e con altre realtà private.

MACRO-AREA DI RISCHIO: <i>Implementazione processi e modelli gestionali</i>	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO		CONTROLLI
PROCESSI: IMPLEMENTAZIONE PROCESSI E MODELLI GESTIONALI volti, in particolare, alla realizzazione in ambito regionale del processo di presa in carico dei pazienti cronici (CARE PUGLIA)	Attiva partecipazione all'impostazione di Accordi Integrativi Regionali (AIR) con ordini prof.li Fasi/descrizione: <ol style="list-style-type: none"> 1. passaggio per tavolo tecnico per la specificazione del modello regionale alle esigenze e peculiarità regionali; 2. condivisione del modello con tutti gli attori regionali; 3. definito il modello pugliese, il servizio si interfaccia con le associazioni/ordini delle categorie di professionisti del settore pubblico coinvolti al fine di contrattare con loro le necessarie integrazioni 		nessuno

	<p>degli ACCORDI INTEGRATIVI REGIONALI (AIR) consistenti nella previsione di risorse aggiuntive a fronte delle attività richieste. Nella fattispecie, con i MMG e gli specialisti ambulatoriali.</p> <p>4. Raggiunti gli accordi la proposta viene trasmessa all'assessorato al Welfare – Area Politiche della salute, per le fasi di loro competenza e d eventualmente per la sottoscrizione degli accordi, previo finanziamento dell'operazione.</p>	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
	<p>1. Assessorato al Welfare – Area Politiche della Salute ma solo come destinatario finale del processo che si conclude in ARES sotto l'intera egida del Servizio</p>	Introdurre la definizione di una Procedura per la verifica di conformità (terza rispetto al servizio) della corrispondenza degli indirizzi normativi e contrattuali (parte economica) nazionali rispetto a quelli localmente stipulandi.
Stipula accordi di programma e convenzioni con Enti del SSR	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO	CONTROLLI
<p>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), stipula appositi accordi di programma con gli enti (ASL) presso cui il nuovo processo dovrà essere effettuato. Tali accordi hanno ad oggetto attività remunerate riguardanti formazione, aggiornamento, ecc. e prevedono anche l'assunzione di personale infermieristico appositamente formato che curerà la disseminazione del processo presso le ASL stipulanti. I fondi per la realizzazione di tali attività provengono dal Progetto Nardino - Care Puglia, che ha goduto di apposito finanziamento regionale.</p>	<p>Stipula Accordi di Programma con Enti del SSR</p> <p>Fasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Coinvolgimento degli enti territoriali 2. Introduzione del progetto 3. Stipula accordi specifici con ciascuno di essi 4. Reclutamento/individuazione del personale necessario 5. Effettuazione dell'intervento 	nessuno
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
	<ol style="list-style-type: none"> 1. ARES 2. Aziende ed enti SSR 3. Giunta regionale che a monte, con sua 	Far riferimento ad un'unica tariffa oraria per la remunerazione delle ore di formazione in sanità (vedi

	deliberazione ha approvato il progetto finanziandone i costi	quella di cui al D.M. Sanità 01/02/2000). Prevedere la selezione pubblica dei formatori ovvero impiegare le risorse umane a disposizione degli uffici della formazione aziendali ovvero utilizzare le apposite SL di EmpULIA, AGENAS, ARES.
Progetti in generale	PROCESSO COMPLESSO	CONTROLLI
	Progetti (studio e ricerca) con enti pubblici nazionali e sovranazionali Fasi: 1. L'ente Lead Partner aggrega l'agenzia e il servizio ed assegna il lavoro, il tempo e le risorse 2. Il servizio ottempera con i vincoli e controlli previsti dal project manager e dal financial manager del LP 3. A rendicontazione scientifica e amministrativo-contabile può avvenire il rimborso delle spese rendicontate	1. Quelli scientifici ed amministrativo-contabili del LP 2. Quelli amministrativo-contabili dell'Ufficio Progetti e Commesse dell'ARES
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI (potenzialmente)	PROPOSTA CORRETTIVA
	1. AGENAS 2. UE 3. Enti partner.	Il reclutamento del personale eventualmente da impiegare per la realizzazione delle attività progettuali avverrà, per le categorie professionali vagliate, attraverso la SL appositamente alimentata e gestita da ARES Puglia, mentre per le altre si farà riferimento all'Albo degli Esperti e dei Collaboratori dell'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari Regionali - Agenas, all'Albo professionisti di Empulia, ecc.

Progetti di sperimentazione di DM con enti privati	PROCESSO COMPLESSO	CONTROLLI
Il Servizio non si è mai prestato a svolgere tali attività a fronte di vantaggi economici per l'ARES. Il Servizio si mostra consapevole che le case farmaceutiche investono in queste tecnologie al fine di	Progetti di sperimentazione di dispositivi medici (DM) con le case farmaceutiche e realtà imprenditoriali private in generale Fasi: 1. Al Servizio vengono proposte dalle Case farmaceutiche richieste di coordinamento di sperimentazioni di tecnologie mediche (ad es.	nessuno

<p>poter aumentare le diagnosi di patologie, quindi il reclutamento di pazienti potenziali destinatari di cure farmacologiche anche commercializzate dalla CF che finanziano i progetti.</p> <p>Il servizio, per il tramite dell'intervistata, afferma di aver partecipato e di sostenere progetti di sperimentazione in tal senso solo se i farmaci per la cura delle patologie diagnosticate attraverso tali sperimentazioni NON SONO ESCLUSIVI.</p>	<p>“retinografi”) che vengono fornite dalle case farmaceutiche in comodato d'uso finalizzato alla sperimentazione de quo;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Il Servizio decide di sottoscrivere accordo in tal senso se a costo zero per la ditta che si candida e per l'agenzia e se all'agenzia non è richiesta la gestione delle macchine ma solo di relazioni; 3. Il progetto verrà svolto presso le strutture del SSR più adatte al fine di sperimentare se tale tecnologia funziona, migliora il sistema, quanto incide economicamente. 	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA
		<p>Si esprimono riserve severe su molteplici aspetti. Il Servizio è consapevole di muoversi al di fuori di qualsiasi regolamentazione formale e con la sola guida dell'onestà ed esperienza del proprio competente personale. Questi Progetti appaiono al Servizio però utili al sistema sanitario e chiede di poter lavorare in tal senso con maggiori tutele formali.</p>

SERVIZIO VALUTAZIONE INTEGRATA IN SANITÀ⁷

Il Servizio diretto dalla Dott.ssa Graps si occupa, in breve, di valutazione integrata di nuove tecnologie e modelli organizzativi e gestionali innovativi e di attività Progettuali (progetti europei e non) che affrontano le stesse tematiche. In particolare, il *core* dell'attività del Servizio riguarda la pratica dell'Health Technology Assessment (HTA) e dell'Horizon Scanning (HS) in coordinamento con il Gruppo di Lavoro HTA (ex Del DG nn. 133/99, 30/2013, 86/2015) ed in collegamento con l'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari regionali - AgeNaS.

I tipici prodotti HTA del Servizio sono il “mini report HTA” ed il “rapid HTA report” (cfr. innanzi); basati sullo studio delle evidenze, sull'analisi dei bisogni e prodotti secondo la metodologia tipica di disamina dell'impatto della tecnologia nei diversi domini (organizzativo, economico, etc.), forniscono RACCOMANDAZIONI per i policy-maker (nel caso dell'ARES il principale è l'Assessorato). I report HTA 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 report POSSONO essere oggetto di formale recepimento con deliberazione del DG ARES ai fini DISSEMINATIVI ovvero del loro “trasferimento forte” all'Assessorato [ndr].

L'attività di valutazione si esprime attraverso la formulazione di raccomandazioni, di pareri non vincolanti sull'introduzione, l'investimento/disinvestimento di tecnologie sanitarie anche emergenti, la produzione di documenti valutativi su tematiche cogenti e di forte impatto e può scaturire anche a seguito di AUDIZIONI con aziende produttrici.

A seguito di tali audizioni può emergere l'opportunità di effettuare una valutazione che sfocia in "mini report HTA".

In questo caso il Servizio effettua, secondo il tipico approccio HTA:

- un inquadramento epidemiologico atto a circoscrivere il bisogno di salute su cui impatta tale tecnologia;
- valutazioni inerenti all'efficacia ed alla sicurezza della tecnologia;
- valutazioni dell'impatto organizzativo ed economico che l'eventuale introduzione di tale tecnologia comporterebbe sul sistema sanitario regionale;
- confronto in termini di costo/utilità e costo/efficacia con eventuali comparatori già esistenti sul mercato.

Tutte le innanzi citate attività vengono poste in essere dal dirigente del Servizio, Dott.ssa Graps, che dispone di un solo collaboratore di ruolo (Coll. Prof. amministrativo esperto) e che coordina il GdL HTA succitato e una rete di "tavoli tecnici HTA" costituiti da professionisti del territorio che operano 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. Essi vengono eventualmente costituiti per lo studio di specifiche tecnologie e modelli organizzativi in relazione ai quali il GdL HTA necessita di un supporto specifico che non è rappresentato al suo interno. In ogni caso i "Tavoli Tecnici HTA" vengono costituiti solo se le professionalità necessarie non sono presenti nel GdL HTA. Il Tavolo Tecnico HTA passa le proprie prime considerazioni al Gruppo di Lavoro HTA "stabile" che può, quindi, esprimersi con maggior consapevolezza e sicurezza anche su specifici quesiti posti dal policy maker sulla tecnologia oggetto di studio.

MACRO-AREA DI RISCHIO: <i>Valutazioni di Tecnologie Sanitarie</i>		
PROCESSI:	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO	CONTROLLI
VALUTAZIONI HTA in forma di "mini-report HTA" o di "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").	<p>Valutazioni HTA</p> <p>Fasi/descrizione:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. eventuali audizioni con Aziende; 2. tutte le fasi descritte in premessa svolte dal Servizio con l'ausilio "Gruppo di Lavoro HTA" stabilmente costituito ovvero da Tavoli Tecnici HTA multidisciplinari e multistakeholder. 	<p>La valutazione è di tipo collegiale ed è operata da professionisti. Non esiste però un controllo esterno di alcuna natura (<i>peer review</i> o autorità tecniche eventualmente competenti). Il Servizio, con la collaborazione della Signora Rubino individuata come responsabile di questo adempimento nel Piano 2015-2017, si è prontamente dotato di uno strumento per governare il conflitto d'interesse (dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi a tutti i tavoli HTA, stabili e non, da sottoscrivere prima della valutazione di farmaci, dispositivi medici, apparecchiature sanitarie).</p>
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	PROPOSTA CORRETTIVA

	1. Servizio Valutazione integrata e suo GdL HTA.	La discrezionalità del processo <u>sconta l'assenza</u> della formalizzazione di un position paper sull'HTA della Regione Puglia , della identificazione di un trasparente criterio per la prioritarizzazione delle valutazioni , e della formale accettazione dell'approccio metodologico HTA che la Dirigente del Servizio dichiara essere fondamentale ai fini di un forte mandato istituzionale. Dalle audizioni con Aziende e dagli eventuali mini-report prodotti POSSONO SCATURIRE VANTAGGI STRATEGICI per le imprese. Occorre provvedere a colmare le lacune summenzionate.
	DESCRIZIONE DEL PROCESSO	CONTROLLI
VALUTAZIONI HS volte, in particolare, a "pesare" l'impatto delle tecnologie ancora da immettere sul mercato.	Valutazioni HS Fasi/descrizione: 1. tutte le fasi descritte in premessa svolte dal Servizio con l'ausilio del "Gruppo di Lavoro HTA" stabilmente costituito ovvero da Tavoli Tecnici HTA multidisciplinari e multistakeholder.	Come sopra, con il vantaggio del coinvolgimento dell'AgeNaS che adotta criteri di revisione esterna.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI 1. Servizio HTA e suoi Tavoli. 2. Agenzia nazionale - Agenas	PROPOSTA CORRETTIVA IDEM C.S. Appare rilevante la mancata formale accettazione dell'approccio metodologico HTA utile ad uniformare le strategie di introduzione di nuove tecnologie e la mancata formalizzazione di un Position Paper sull'HTA della Regione Puglia, oltre che di un trasparente criterio per la prioritarizzazione delle valutazioni. La dirigente sostiene che ciò favorirebbe l'autoriflessione del sistema, riportandola a basi obiettive; cosa che non tarderebbe a riverberarsi virtuosamente sulle attuali dinamiche di definizione delle priorità regionali ed aziendali di approvvigionamento di nuove tecnologie o apparecchiature. OCCORRE INOLTRE, IMPORTARE OVE POSSIBILE ED ADATTARE I MODELLI ORGANIZZATIVI E I

	DOCUMENTI TECNICI DI AGENAS.
	PROPOSTA CORRETTIVA GENERALE e note
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Emerge fortissima l'esigenza di sviluppare un POSITION PAPER SULL'HTA DELLA REGIONE PUGLIA. Questo documento definirebbe la posizione della Regione nei confronti dell'HTA ribadendo l'utilità dell'approccio HTA a supporto delle strategie regionali. Si deve prevedere un modello organizzativo centralizzato e strutturato come dettato dalla L. 28/12/2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016). 2. NON PUO' PRESCINDERSI dalla definizione di un METODOLOGIA codificata di PRIORITY SETTING che consenta alla dirigente di ASSEGNARE la priorità alle diverse esigenze di valutazione, escludendo i rischi della DISCREZIONALITA'. 3. Viene richiesto un più forte <i>commitment</i> da parte dei Policy maker che possa dare indicazioni sulle TECNOLOGIE DA VALUTARE. Questo punto è legato in parte al primo; 4. In ogni caso è necessario migliorare la capacità di comunicazione delle RACCOMANDAZIONI a cui addivene il Servizio con la sua attività di valutazione, in modo che esse possano essere recepite più facilmente e, con maggior possibilità, SEDIMENTARE nel sistema. <p>NOTE:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Il Servizio si è avvalso dell'Albo degli Esperti dell'AReS per selezionare un Ingegnere esperto in HTA a supporto delle attività di valutazione connesse al Progetto europeo CareWell [ndr].

SERVIZIO ANALISI DOMANDA E OFFERTA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI⁸

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. il coordinamento operativo del CENTRO SALUTE AMBIENTE Puglia;
3. 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 per conto dell'Ospedale Oncologico in forza di un apposto rapporto convenzionale in essere con lo stesso ente. Il servizio, a titolo gratuito, coordina altresì i 6 Registri provinciali allocati in ogni ASL di Puglia. In breve, l'attività amministrativa inerente all'attività di cui trattasi è svolta dall'Osp. Oncologico mentre quella tecnico-scientifica, seppur inerenti alla relativa allocazione di risorse, è svolta dal Servizio. Nel dettaglio, saranno appresso analizzati i processi inerenti alle innanzi sommariamente citate "indicazioni tecniche non vincolanti" offerte dal Servizio nell'ambito sia del Registro Tumori Puglia sia del Centro Salute Ambiente.

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 ci si è dilungati 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*.

A guisa di studio di caso, vengono a tal fine presi in esame, e comparati, due processi riconducibili alla medesima area di rischio "*Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale*": il "Caso del Registro Tumori Puglia" ed il "Caso Centro Salute e Ambiente Puglia". Entrambi i casi sono considerati nell'ambito di processi di *Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti*.

L'analisi comprendente che è seguita – può anticiparsi – 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.).

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, ad una prima vendemmia, caratterizzate da fattori di rischio distintivi** ma solo riguardate da rischi canonici inerenti alle ordinarie attività gestionali, mappate in precedenza ed a cui si rimanda, svolte da funzionari disposti organizzativamente "a matrice" tra tutte le Aree ed i Servizi aziendali.

MACRO-AREA DI RISCHIO: <i>coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale</i>			
PROCESSI:			
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, saranno analizzati i processi (A e B) inerenti alla gestione organizzativa del Registro Tumori Puglia (RTP) e della rete di Coordinamento del Centro Salute ed Ambiente (CSA) della Puglia.			
DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO A		CONTROLLI	
<i>Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti. Caso del Registro Tumori Puglia.</i> Fasi/descrizione: 1. analisi dei casi (vedi NOTA TECNICA); 2. riunioni periodiche c/o Osp. Oncologico; 3. Riunioni Tavoli di Coordinamento; 4. Produzione di Rapporti di attività annuali (tutto pubblicato sul Sito istituzionale); 5. Le ASL traducono in azioni concrete il portato		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 addiventano. Tutti i report vengono pubblicati sul sito istituzionale dell'ARES	

<p>Nel dettaglio, il RTP è governato da un Comitato scientifico diretto dal Prof. Assennato. 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”.</p> <p>NOTA TECNICA:</p> <p>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 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. Ad oggi l’Istituto Oncologico è accreditato insieme alle unità operative di Taranto, BT e Lecce; quella di Brindisi è stata sottomessa alla procedura di accreditamento ed è in attesa della visita ispettiva in loco.</p>	<p>dell’attività istituzionale pur non avendo queste ultime un valore vincolante né il RTP, ed i suoi Tavoli, potere sanzionatorio alcuno.</p>	
	<p>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. RTP e suoi Tavoli tecnici; 2. Nessun ufficio o struttura contribuisce all’emanazione delle indicazioni alle ASL che le recepiscono in autonomia. 	<p>PROPOSTA CORRETTIVA</p> <p>NON SI RILEVANO RISCHI intercettabili dagli usuali indici per la valutazione della probabilità e dell’impatto di corruzione.</p>
	<p>DESCRIZIONE DEL PROCESSO B</p> <p><i>Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti. Caso del Centro Salute e Ambiente Puglia.</i></p> <p>Tutte le fasi, per ogni attività sono dettagliatamente descritte, e rese in forma di cronoprogramma, con la delibera di Giunta Regionale n. 889 del 2015. Essa assomma in sé ben 17 convenzioni con altrettanti enti e</p>	<p>CONTROLLI</p> <p>Quelli del Servizio PATP (di II livello) ed interni (di I livello) ad ogni Azienda che impiega le risorse secondo le indicazioni tecniche del CSAP.</p> <p>All’interno dell’ARES vigono i controlli ordinari per le attività poste in essere dalla trasversale struttura amministrativa.</p>
<p>Il Centro Salute ed Ambiente della Puglia (CSAP) è un sistema organizzativo “a rete” che si giova di un finanziamento di svariati MLN di Euro all’anno.</p> <p>Esso è nato nel 2012, con la DGR n. 1980, e si basa sulla collaborazione di ARPA-ARES-ASL TA avvalendosi di un finanziamento di 8 MLN, quasi interamente assegnati ad ARPA ed all’ASL di TA (solo € 70.000,00 sono stati impiegati dall’ARES nel 2015 per l’assunzione di</p>		

<p>personale dedicato all'analisi dei dati).</p> <p>Nel 2013 una nuova DGR ridefinisce l'assetto organizzativo attribuendo il Coordinamento del CSA Puglia alla dirigente del Servizio di cui trattiamo ed un ulteriore finanziamento di 5 MLN che porta a 13 MLN di Euro il suo finanziamento di quell'anno. I fondi sono stati impiegati, riferisce la dirigente intervistata, per la metà circa a fronte di ristrutturazioni ambientali e strutturali da parte dell'ASL di TA e dell'ARPA, ad esclusione di € 410.000,00 utilizzati dall'ARES per la formazione e la comunicazione del personale, tutte attività comuni agli Enti che animano il funzionamento del CSA.</p> <p>Infine, nel 2013, nell'ambito del Decreto Legge c.d. "Terra dei Fuochi" (10 dicembre 2013, n. 136), il Governo nazionale stanziava 50 MLN di Euro per attività di screening sanitari nelle regioni Campania e Puglia (8 MLN saranno destinati a Taranto).</p> <p>Secondo la snella ricostruzione operata dalla dirigente, il CSA ha negli anni beneficiato di un crescente flusso di finanziamenti (8+5+5 MLN di Euro) controllato in Regione dalla Dirigente Dott.ssa Lomastro (Servizio PATP) a cui il CSA è tenuto a presentare la rendicontazione economica che accompagna la Relazione tecnica della dirigente dell'ARES intervistata.</p>	<p>riporta la ripartizione delle progettualità e delle risorse regionali appostate, in 4 Aree – ciascuna governata da uno o due Project Manager – a loro volta suddivise in svariate linee di attività – ciascuna retta da più responsabili.</p> <p>In Agenzia confluisce il ruolo di "super PM" che coordina le attività che si sviluppano, così, "a cascata".</p> <p>Pertanto, ad eccezione delle linee di attività assegnate direttamente all'Agenzia, non emergono responsabilità di tipo corruttiva a carico del "super PM" del CSAP.</p> <p>In particolare, queste attività sono riguardate dagli stessi rischi inerenti alla gestione di qualsiasi attività progettuale ordinariamente svolte dall'Agenzia.</p>	
	<p>STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASL TA; 2. ARES; 3. ARPA; 4. Regione Puglia – Assessorato al Welfare – Servizio PATP. 	<p>PROPOSTA CORRETTIVA</p>

8. REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI PROCESSI COMPLESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI AGENZIA – All. C

MACRO-AREA DI RISCHIO: <i>Valutazioni farmaco-economiche ed amministrative per accesso di nuovi farmaci al Prontuario</i>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
N. - n.		DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO	LIVELLO DI CONTROLLO	PROBABILITA'	IMPATTO	n.	LIVELLO DI RISCHIO
(1) 1	VALUTAZIONI FARMACO-ECONOMICHE E DI CORRISPONDENZA A LEGGI E REGOLAMENTI volte, in particolare, a candidare un farmaco per l'accesso a prontuario regionale.	<u>UFFICIO PHT</u> <i>Valutazioni farmaco-economiche per l'ammissione di nuovi farmaci A-PHT al Prontuario regionale PHT</i>	2 (molto efficace)	2	3	1	6 (MEDIO BASSO)
<i>Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino</i>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(2) 2		<i>Richiesta acquisto straordinario farmaci A-PHT di nuovo inserimento nel prontuario PHT</i>	2 (molto efficace)	3	3	2	9 (RILEVANTE)
(3) 3		<i>Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel Prontuario PHT da più di tre mesi.</i>	2 (molto efficace)	3	3	3	9 (RILEVANTE)
<i>Gestione amministrativo-contabile inerente alla liquidazione delle fatture</i>		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(4) 4		<i>Gestione del flusso: ordini di farmaci A-PHT, documenti di trasporto, fatture, determinazioni di liquidazione e mandati di pagamento.</i>	2 (molto efficace)	2	3	4	6 (MEDIO BASSO)

Implementazione di Processi e Modelli gestionali di livello regionale		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(5)	1	<p align="center"><u>SERVIZIO INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA</u></p> <p>Attiva partecipazione all'impostazione di Accordi integrativi regionali (AIR) con ordini professionali ed associazioni di categoria</p>	5 (assente)	4	2	5	8 (RILEVANTE)
(6)	2	Stipula Accordi di Programma e Convenzioni con Enti del SSR (AA.SS.LL.)	3 (efficace)	3	3	6	9 (RILEVANTE)
Gestione di progetti/sperimentazioni		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(7)	3	Gestione Progetti (di studio e ricerca) con Enti Pubblici nazionali e sovranazionali	2 (molto efficace)	3	3	7	9 (RILEVANTE)
(8)	4	Co-progettazioni di attività per la sperimentazione di dispositivi medici stipulate con case farmaceutiche	5 (assente)	4	3	8	12 (RILEVANTE)
Valutazioni di tecnologie sanitarie		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(9)	1	<p align="center"><u>SERVIZIO VALUTAZIONE INTEGRATA IN SANITÀ</u></p> <p>Valutazioni HTA</p>	5 (assente)	4	3	9	12 (RILEVANTE)
(10)	2	Valutazioni HS	1 (assoluto)	3	3	10	9 (RILEVANTE)

Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(11) 1		<p><u>SERVIZIO ANALISI DOMANDA E OFFERTA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI</u></p> <p>Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti: Caso “Centro Salute e Ambiente Puglia” (CSAP)</p>	2 (molto efficace)	3	3	11	9 (RILEVANTE)
Attivazione/riorganizzazione di Reti Assistenziali per patologia		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(12) 1		<p><u>AREA DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA</u></p> <p>Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)</p>	1 (assoluto)	3	3	12	9 (RILEVANTE)
Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(13) 1		<p><u>AREA EMERGENZA SANITARIA E GOVERNO CLINICO</u></p> <p>Riorganizzazione di reti di servizi ESISTENTI: Rete dell’Emergenza-Urgenza (“118”)</p>	1 (assoluto)	3	3	13	9 (RILEVANTE)
(14) 2		<p>Creazione o organizzazione EX NOVO di reti e di servizi: Programma di Ricerca-Intervento “FormASP – Plant Seeds”</p>	1 (assoluto)	4	3	14	12 (RILEVANTE)

9. 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

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

Pertanto, di seguito si sviluppa il Piano di Trattamento del rischio di maladministration/corruzione che *ordina* – in base alla sopra argomentata ponderazione del rischio (e dei valori attribuiti al livello di controllo e di rischio) – i più rilevanti processi complessi di Agenzia analizzati ed insieme *declina* – in 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'A.Re.S. Puglia

* vedi Cap. 9 – registro dei rischi

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
(8) - 4	Gestione di progetti/sperimentazioni	Co-progettazioni di attività per la sperimentazione di dispositivi medici stipulate con case farmaceutiche	II - 1		<p>REDAZIONE DI APPOSITO REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI PUBBLICO/PRIVATO.</p> <p>NOTE: si rappresenta l'opportunità di rendere obbligatorio il preventivo passaggio di tali progetti di sperimentazione per i comitati etici competenti per gli enti pubblici aderenti.</p> <p>si rappresenta altresì l'opportunità di far scegliere all'ente/struttura che la utilizzerà le apparecchiature che saranno offerte in comodato d'uso per la durata della sperimentazione</p>	ADOZIONE DEL REGOLAMENTO	Dott. Attolini	interne	12 mesi
(9) - 1	Valutazioni di tecnologie sanitarie	Valutazioni HTA	II - 1		REDAZIONE DI UN POSITION PAPER SULL'HTA IN PUGLIA	INVIO POSITION PAPER AI POLICY MAKERS	Dott.ssa Graps	interne	6 mesi

				SENSIBILIZZARE I POLICY MAKERS ALL'EMANAZIONE DEL PROPRIO "POSITION PAPER"	INVIO DI UNA RELAZIONE CON ELEMENTI DI OPPORTUNITA' E AZIONI NECESSARIE	Direttore Generale Dott.ssa Graps		8 mesi
				FORMULAZIONE DI UNA PROPOSTA PER L'INTRODUZIONE DELLA METODOLOGIA DEL PRIORITY SETTING	INVIO PROPOSTA AI POLICY MAKERS	Dott.ssa Graps		9 mesi
(5) - 1	Implementazione di Processi e Modelli gestionali di livello regionale	Attiva partecipazione all'impostazione di Accordi integrativi regionali (AIR) con ordini professionali ed associazioni di categoria	II - 2	PROCEDURA PER LA VERIFICA (terza rispetto al Servizio) DELLA CORRISPONDENZA tra gli INDIRIZZI NORMATIVI E CONTRATTUALI (parte economica) NAZIONALI e QUELLI LOCALMENTE STIPULANDI.	ADOZIONE DELLA PROCEDURA	Dott. Attolini	interne	12 mesi
(6) - 2	Implementazione di Processi e Modelli gestionali di livello regionale	Stipula Accordi di Programma e Convenzioni con Enti del SSR (AA.SS.LL.)	II - 3	REGOLAMENTO QUADRO INERENTE ALLE MODALITA' DI STIPULA E GESTIONE DI ACCORDI DI PROGRAMMA e di CONVENZIONI con ARES	ADOZIONE DEL REGOLAMENTO	Dott. Attolini	interne	4 mesi
(2) - 2	Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino	Richiesta acquisto straordinario farmaci A-PHT di nuovo inserimento nel prontuario PHT	III - 1	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(3) - 3	Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino	Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel Prontuario PHT da più di tre mesi.	III - 1	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi

(11) - 1	Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale	Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti: Caso "Centro Salute e Ambiente Puglia" (CSAP)	III - 1	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(7) - 3	Gestione di progetti/sperimentazioni	Gestione Progetti (di studio e ricerca) con Enti Pubblici nazionali e sovranazionali	III - 1	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(1) - 1	Valutazioni farmaco-economiche ed amministrative per accesso di nuovi farmaci al Prontuario	Valutazioni farmaco-economiche per l'ammissione di nuovi farmaci A-PHT al Prontuario regionale PHT	III - 2	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(4) - 4	Gestione amministrativo-contabile inerente alla liquidazione delle fatture	Gestione del flusso: ordini di farmaci A-PHT, documenti di trasporto, fatture, determinazioni di liquidazione e mandati di pagamento.	III - 2	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(14) - 2	Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture	Creazione o organizzazione EX NOVO di reti e di servizi: Caso Programma di Ricerca-Intervento "FormASP – Plant Seeds"	III - 3	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi
(10) - 2	Valutazioni di tecnologie sanitarie	Valutazioni HS	III - 4	solo monitoraggio	--	--	interne	--
(12) - 1	Attivazione/riorganizzazione di Reti Assistenziali per patologia	Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)	III - 4	solo monitoraggio	--	--	interne	--
(13) - 1	Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture	Riorganizzazione di reti di servizi ESISTENTI: Caso "Rete dell'Emergenza-Urgenza (118)"	III - 4	solo monitoraggio	--	--	interne	--

10. Allegati (modelli)



CATALOGO DEI PROCESSI E DELLE STRUTTURE ESPOSTE AL RISCHIO CORRUZIONE – AII. A

AREA DI RISCHIO	PROCESSO	CONTROLLI
	Fasi: 1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	
	1. 2. 3.	
	PROCESSO	CONTROLLI
	Fasi: 1. 2. 3. 4.	1. 2. 3. 4.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	
	1. 2. 3.	



REGISTRO DEI RISCHI – AII. C

AREA DI RISCHIO:		IDENTIFICAZIONE		ANALISI			
N.	PROCESSO	DESCRIZIONE DELL'EVENTO	LIVELLO DI CONTROLLO	PROBABILITA'	IMPATTO	LIVELLO DI RISCHIO	



DESCRIZIONE DI EVENTO DI CORRUZIONE/MALADMINISTRATION – AII. B

N.	AREA DI RISCHIO:	STRUTTURA:
PROCESSO:		
DESCRIZIONE DEL COMPORTAMENTO:		
RISORSE, PROCEDIMENTI, POTERI PUBBLICI, ecc. OGGETTO DI ABUSO:		
INTERESSI PRIVATI O CORPORATIVI FAVORITI:		
INTERESSE PUBBLICO/ISTITUZIONALE DANNEGGATO:		
FATTORI ORGANIZZATIVI	CONTROLLI	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI/PENALI
<input type="checkbox"/> DISCREZIONALITA'		
<input type="checkbox"/> RILEVANZA ESTERNA		
<input type="checkbox"/> COMPLESSITA'		
<input type="checkbox"/> VALORE ECONOMICO		
<input type="checkbox"/> FRAZIONABILITA'		

TABELLA DI ANALISI DEL RISCHIO – AII. D

Evento:	
Struttura/ufficio:	Processo:
Indici per la valutazione della PROBABILITA' (P)	Indici per la valutazione dell'IMPATTO (I)
Discrezionalità	Valore economico accertato
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. E' 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.	
Rilevanza esterna	Impatto reputazionale
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"/> Si, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni all'Agenzia.	<input type="checkbox"/> Non ne abbiamo memoria.
	<input type="checkbox"/> Si, sulla stampa locale.
	<input type="checkbox"/> Si sulla stampa nazionale.
	<input type="checkbox"/> Si sulla stampa nazionale e locale.
	<input type="checkbox"/> Si, sulla stampa locale, nazionale e internazionale.
Complessità del processo	Impatto organizzativo
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.	Nota: d'ufficio viene assegnato il val. max
<input type="checkbox"/> Si, il processo coinvolge anche l'Ente Regione.	
<input type="checkbox"/> Si, il processo coinvolge più di 2 amministrazioni (Regione, A.S.S.LL., ecc.).	

Evento:		
Indici per la valutazione della PROBABILITA' (P)	Indici per la valutazione dell'IMPATTO (I)	
Valore economico	Impatto organizzativo, economico e sull'immagine	
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.	
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)?		
<input type="checkbox"/> NO.		
<input type="checkbox"/> SI.		
Efficacia dei controlli		
Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?		
<input type="checkbox"/> Si, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione.		
<input type="checkbox"/> Si, è molto efficace.		
<input type="checkbox"/> Si, per una percentuale approssimativa del 50%.		
<input type="checkbox"/> Si, ma in minima parte.		
<input type="checkbox"/> No, il rischio rimane indifferente.		
Valore della PROBABILITA'	Entità del RISCHIO	Valore dell'IMPATTO

11. Allegati (documenti)

Allegato n.1

Modello Organizzativo aggiornato dell'Ufficio PHT dell'A.Re.S. Puglia relativamente alle "Procedure di tipo Amministrativo volte al pagamento di beni (farmaci PHT) e servizi (stoccaggio e distribuzione intermedia dei farmaci PHT tramite i Depositi Farmaceutici) acquistati:

a) Attività di registrazione della documentazione contabile:

1. Presa in carico ed apposizione del timbro Ares attestante la data di ricezione delle Distinte contabili e dei relativi documenti di trasporto (DDT) trasmessi dai Distributori intermedi;
2. Verifica del rispetto dei tempi stabiliti con Nota Ares prot. 1458/2014 per la consegna, da parte dei Distributori Intermedi, della documentazione relativa a Distinte Contabili, DDT merce PHT, documentazione varia relativa a Reso e/o Smaltimento farmaci e fatture relative al servizio DPC prestato;
3. Verifica delle Distinte contabili dei Depositi Farmaceutici riepilogative dei DDT relativi alla merce PHT ed attestazione di regolarità delle stesse;
4. Trasmissione al personale addetto al settore Contestazioni, delle Distinte contabili non conformi ovvero per le quali non risulta possibile rilevare la conformità per mancanza di documentazione collegata;
5. Archiviazione Distinte contabili riepilogative conformi, suddivise per Distributore Intermedio ed in ordine cronologico;
6. Accoppiamento documentazione Ordine A.Re.S./D.D.T., registrazione informatica dei DDT ricevuti dai Depositi farmaceutici afferenti al Servizio di Distribuzione Intermedia DPC: (le operazioni di registrazione dei DDT continueranno ad essere effettuate esclusivamente fino alla presa in carico di tale funzione da parte dei Distributori Intermedi);

7. Verifica della corretta esecuzione quali-quantitativa della fornitura relativa ai DDT registrati rispetto agli ordinativi emessi dall'A.Re.S. e conseguente rilascio di attestazione di conformità del carico merce registrato da parte dell'operatore che effettua la verifica;
8. Trasmissione al personale addetto al settore Contestazioni, della documentazione relativa a Ordine A.Re.S./DDT non conforme ovvero per la quale non risulta possibile rilevare la conformità per mancanza di documentazione;
9. Archiviazione della documentazione conforme relativa a Ordine A.Re.S./D.D.T. registrati, suddivisa per Fornitore ed in ordine cronologico;
10. Verifica della presenza del timbro Ares attestante la data di ricezione dei documenti contabili (fatture/note credito/note debito etc...) da registrare;
11. Registrazione di tutti documenti contabili (fatture/note credito/note debito etc...) entro i termini di legge, verifica della conformità degli stessi e conseguente rilascio di attestazione di regolarità delle operazioni effettuate;
12. Trasmissione al personale addetto alla fase di Liquidazione, dei documenti conformi registrati Ordine/DDT/Fattura/Nota Credito, completi delle attestazioni di regolarità rilasciate dai rispettivi operatori;
13. In caso di non conformità rilevata all'atto della registrazione dei documenti contabili (fattura/note credito/note debito etc...) ovvero in caso di mancata ricezione della documentazione contabile necessaria alla verifica della conformità e quindi alla liquidazione, effettuare la registrazione informatica di sintetica motivazione relativa alle cause di non liquidabilità rilevate sui documenti contabili registrati;
14. Trasmissione al personale addetto al settore Contestazioni, dei documenti contabili registrati e risultati non conformi ovvero per i quali non risulta possibile rilevare la conformità per mancanza di documentazione collegata;

15. Presa in carico dal personale addetto alle Contestazioni della documentazione conforme ricevuta a seguito di chiusura del contenzioso, registrazione della stessa, eliminazione del blocco informatico di non liquidabilità della documentazione collegata e trasmissione della documentazione completa al personale addetto alla Liquidazione e Pagamento;

b) Attività di Contestazione a Distributori Intermedi/Fornitori/Società di Factoring delle non conformità rilevate e richiesta di documentazione mancante:

1. Presa in carico delle non conformità rilevate all'atto delle verifiche effettuate sulle Distinte contabili riepilogative dei Distributori Intermedi, sulla conformità quali-quantitativa della fornitura (OrdineA.Re.S./DDT), all'atto della registrazione dei documenti contabili (Fatture/Note Credito/Note Debito) e formalizzazione delle contestazioni a Distributori Intermedi, Aziende Farmaceutiche fornitrici, Società di Factoring etc...da trasmettere tramite PEC aziendale;
2. Formalizzazione delle Richieste di Nota Credito a Distributori Intermedi e Aziende Farmaceutiche fornitrici da trasmettere tramite PEC aziendale;
3. Richiesta documentazione mancante (DDT/fatture/note Credito/note debito etc...) ai Distributori Intermedi ed alle Aziende farmaceutiche Fornitrici.
4. Monitoraggio periodico sullo stato di avanzamento dei contenziosi aperti e relative attività di sollecito alla chiusura degli stessi;
5. Verifica della conformità della documentazione mancante ricevuta ovvero della documentazione ricevuta in riscontro alle contestazioni/richieste di Note Credito effettuate e conseguente rilascio di attestazione di regolarità della stessa;
6. Trasmissione della documentazione conforme, completa di attestazione di regolarità della stessa, al personale addetto alla registrazione della documentazione contabile per l'eliminazione

del blocco informatico di non liquidabilità, registrazione documentazione ricevuta ed avvio alla fase di liquidazione tramite il personale addetto;

7. Gestione di un registro delle contestazioni;

c) Attività di Liquidazione e Pagamento:

1. Richiesta e verifica regolarità dei modelli DURC relativi a Distributori Intermedi e Aziende Farmaceutiche Fornitrici;
2. Verifiche Equitalia;
3. Verifica correttezza adempimenti ANAC;
4. Verifica, tramite il sistema informatico gestionale utilizzato, dell'allineamento quali-quantitativo ed economico dei documenti ordine/bolla/fattura/note credito ricevuti per la Liquidazione e delle attestazioni di regolarità rilasciate in fase di registrazione ;
5. Elaborazione delle Determine per la Liquidazione e il Pagamento delle fatture/note credito/note debito conformi, relative all'acquisto Farmaci PHT ed al Servizio prestato dai Distributori Intermedi;
6. Liquidazione documenti contabili conformi, emissione e trasmissione in banca dei Mandati di pagamento;
7. Monitoraggio e rendicontazione delle Cessioni di Credito;
8. Verifica su estratti conto Fornitori/Distributori Intermedi/Società di Factoring, per i quali sia pervenuta formale segnalazione di mancato pagamento nei termini di legge e conseguente trasmissione delle risultanze al personale Ares addetto al settore Contestazioni per la formalizzazione delle comunicazioni di riscontro;
9. Certificazione dei Crediti: istruttoria
10. Adempimenti connessi alla Fatturazione Elettronica;
11. Gestione Circolarizzazione annuale dei Fornitori;

Affidamento delle Attività relative al modello organizzativo aggiornato, al personale Amministrativo assegnato all'Ufficio PHT dell'A.Re.S. Puglia:

- Funzioni assegnate al **Dott. ML**: attività di cui alla Lettera c), dal Punto.n1 al Punto n. 11;
- Funzioni assegnate alla **Dott.ssa BC**: attività di cui alla Lettera b), dal Punto.n1 al Punto n. 7;
- Funzioni assegnate alla **Dott.ssa CS**: attività di cui alla Lettera a), dal Punto.n1 al Punto n. 9;
- Funzioni attualmente ascritte alla **Sig.ra MR**: attività di cui alla Lettera a), dal Punto.n10 al Punto n. 15 (adempimenti rimodulati alla luce dell'obbligo di fatturazione elettronica).

12. 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

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

¹ 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).

² Intervista in profondità del 16/09/2015 al Dott. FU (10,00 – 12,45).

³ Intervista in profondità del 24/06/2015 al Dott. PS (09,00 – 12,30) ED ANALISI DOCUMENTALE.

⁴ per il 2015.

⁵ per il 2015.

⁶ Intervista in profondità del 26/06/2015 alla Dott.ssa GDG (10,00 – 11,45).

⁷ Intervista in profondità del 29/06/2015 alla dott.ssa EG (14,15 – 16,10) ED ANALISI DOCUMENTALE.

⁸ Interviste in profondità del 29/06/2015 alla Dott.ssa LB (12,30 - 14,15) e del 29/09/2014 (15,35 - 17,00).