AGENZIA REGIONALE SANITARIA
ARESPUGLIA

PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE dell'AGENZIA REGIONALE SANITARIA della PUGLIA

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 dell'integrità dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia 7
3. Identificazione del rischio corruttivo in A.Re.S Puglia. Metodi. 11
3.1. Analisi preliminare del contesto interno: fase della comprensione del rischio 11
3.2. Azioni e strumenti di analisi 14
3.3. Analisi del rischio: fase della determinazione del livello di rischio 15
3.4. Analisi dell'impatto degli eventi di corruzione: la magnitudo. 18
4. Sintetizzare il rischio corruttivo in A.Re.S. Puglia. 21
4.1. La matrice del rischio 22
5. Sinergie con il Ciclo della Performance e con il Piano per la Trasparenza. 27
5.1. Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per il triennio 2015-2017 28
6. Il sistema delle misure e delle azioni trasversali alla tutela dell'integrità 29
6.1. La formazione. 30
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). 32
6.3. Conflitto di interesse 32
6.4. Indirizzi per l'attribuzione degli incarichi extra-istituzionali e per la gestione di incompatibilità ed inconferibilità degli incarichi (pantouflage) 34
6.5. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro (revolving doors) 36
6.6. Patti di integrità 37
6.7. Rotazione del personale 38
7. Le Aree ed i rischi specifici dell'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia. 40
7.1. Aree di rischio "canonico" e relativi "cataloghi dei rischi di tipo micro" 42
7.2. Catalogo dei processi e delle strutture esposte al rischio corruzione – All. A 46
8. REGISTRO DEI RISCHI INERENTI AI PROCESSI COMPLESSI CARATTERIZZANTI LE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI DI AGENZIA – All. C 70
9. Ponderazione del Rischio e Piano di Trattamento della *maladministration*/rischio di corruzione dell'A.Re.S. Puglia – All. E 73
10. Allegati (modelli) 78
11. Allegati (documenti) 81
12. Bibliografia minima e Note 84

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.

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 organizzati 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 riassetto/revisione del presente Piano 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 Agenzia regionali identificate come strategiche ovvero appena perverranno le risultanze dell'analisi del "contesto esterno"; in ogni caso l'aggiornamento annuale interverrà entro il 31/01/2016, ai sensi della Legge 190/2012 art 1, comma 8.

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.

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 contiene:

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 dei rischi e dei accorgimenti per la minimizzazione ed il controllo del rischio;

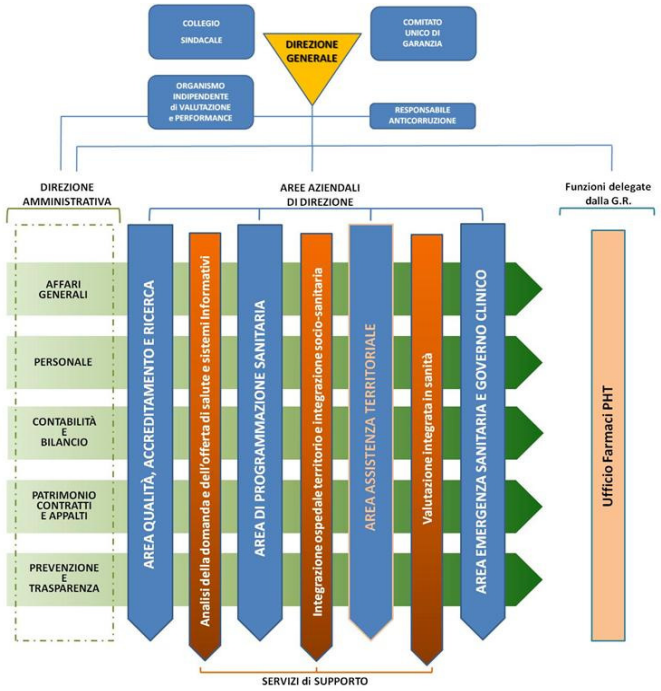
5: richiami alle previsioni di responsabilità inerenti alla pubblicazione ed all'aggiornamento dei dati sulla trasparenza da parte di dirigenti dell'Agenzia ovvero per l'*applicazione del Piano Triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'AReS Puglia*, adottato con separato provvedimento e qui compiutamente 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, previa 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'Agenzia ha sede in Bari, alla via Gentile n. 52, presso il Palazzo della Regione Puglia (piano terra, corpo E1).

Il legale rappresentante è il Direttore Generale che, insieme al Collegio Sindacale, costituisce gli Organi dell'Agenzia, 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'Agenzia 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 (tra cui spiccano quelle inerenti alla gestione della Distribuzione Per Conto – DPC – dei farmaci A-PHT) nonché attraverso l'assegnazione della responsabilità della gestione in alcune importanti sperimentazioni promosse dal Governo Regionale.

L'Agenzia 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 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 inconferibilità e incompatibilità; predispone il Piano Triennale; elabora la relazione annuale sull'attività svolta e ne assicura la pubblicazione.

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

Dopo l'approvazione, coadiuvato dall'Ufficio di supporto, trasmette il Piano al Dipartimento della Funzione Pubblica e lo pubblica 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* per la *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 e circostanze attinenti alla *maladministration* in cui dovessero incorrere, **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 la relazione di sintesi 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.

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.

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 **whilstleblowing@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.

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, col supporto dell'Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione – 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:

- attraverso il confronto tra i soggetti interni all'A.Re.S. Puglia coinvolti nei processi a rischio;
- cercando eventuali precedenti giudiziali (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'esaustiva 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 i*nteressi 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 giudiziali 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 dirig. 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 indubbie 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.

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 aggiuntive. 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 i 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 *maladministration* attribuiti, da giornalisti od opinionisti, all'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia?	
VALORE	PROBABILITA'
0	No.
1	Non ne abbiamo memoria.
2	Sì, sulla stampa locale.
3	Sì sulla stampa nazionale.
4	Sì sulla stampa nazionale e locale.
5	Sì, 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 x I). Il prodotto P x 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 x I descrive il livello di rischio in termini di "Quantità di rischio".

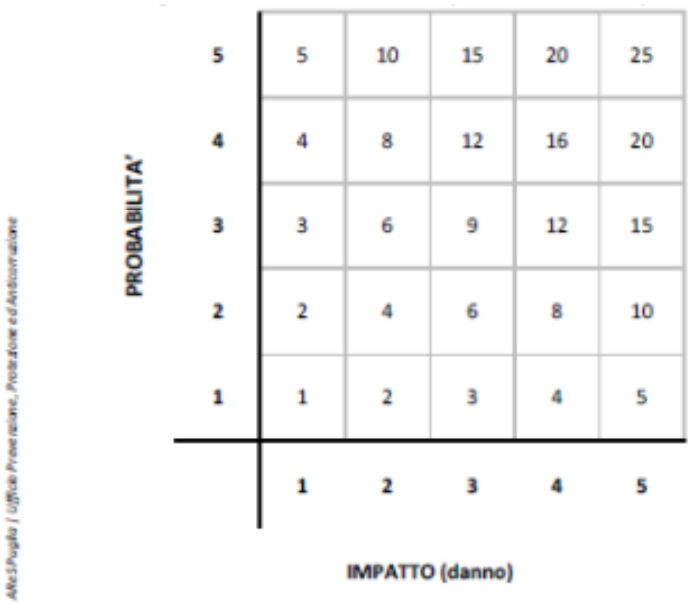
La probabilità e l'impatto di un evento di corruzione dipendono da certe caratteristiche dei processi e nelle strutture organizzative dell'Agenzia (aree di direzione, servizi di supporto, strutture semplici, struttura complessa di direzione amministrativa ed uffici) in cui l'evento potrebbe accadere: 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'Agenzia 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)



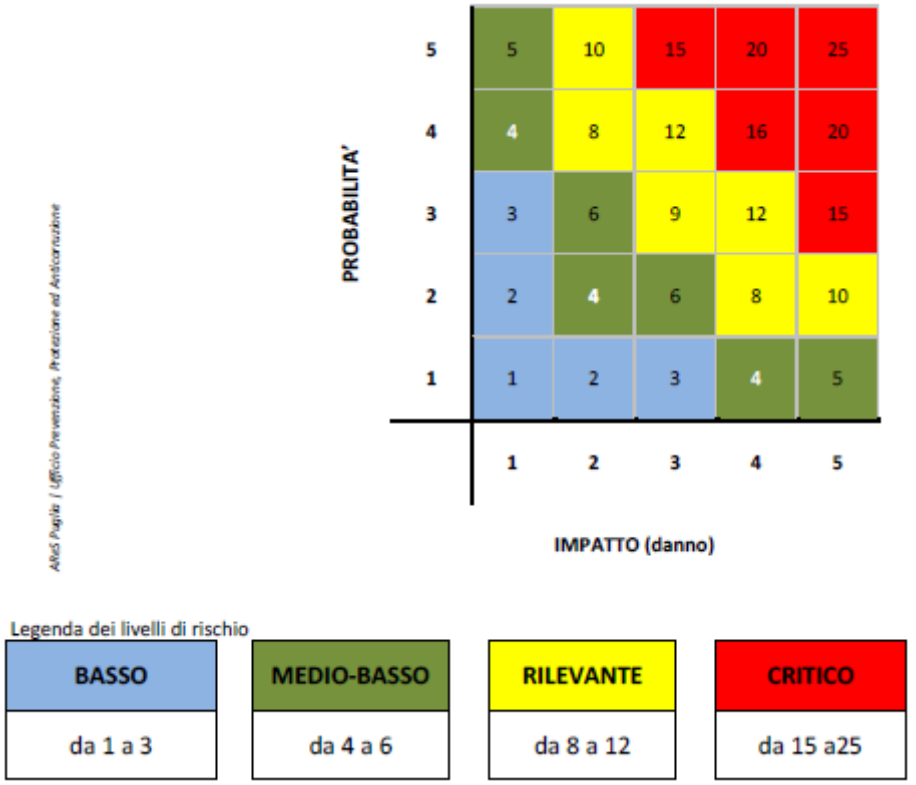
Leggendo la matrice, risulta evidente che il livello di rischio minimo di un evento di corruzione è 1, mentre 25 rappresenta livello di rischio massimo. In totale, il livello di rischio di un evento può essere rappresentato da 14 diversi valori numerici (1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 12, 15, 16, 20 e 25)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

Il Piano Nazionale non fornisce altre indicazioni per analizzare il rischio, oltre quella di considerarlo una quantità numerica. Tuttavia, per semplificare e facilitare il raffronto fra gli eventi di corruzione, può essere utile "raggruppare" i valori della matrice indicando, con colori

differenti, quali valori individuano un livello di rischio trascurabile, quali un livello di rischio medio - basso, quali un livello di rischio rilevante e quali, infine, un livello di rischio critico.

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

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



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

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

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

Tab. 5: Quantità di rischio (PxI) 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).

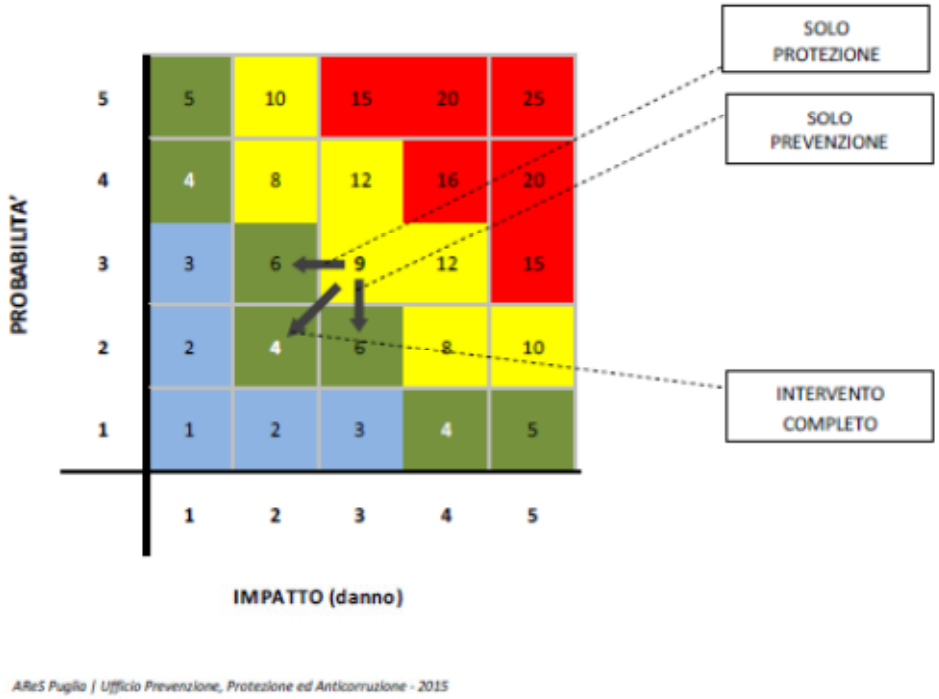
In concreto, appena il Responsabile Anticorruzione effettua la valutazione, ovvero appena ricevuta informazione da parte dell'Ufficio P.P.A., dispone il blocco dell'attività come sino ad allora veniva svolta e la sua pronta riorganizzazione. Infatti, in Agenzia nessun processo complesso che esprime un 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 di 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 - 2015

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, auspicate 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 2015-2017, segue, infatti:

- tanto l'adozione del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2015-2017, adottato con deliberazione del Direttore Generale n. 9 del 30/1/2015;
- quanto 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 il primo impegno dell'Agenzia per una sempre più stretta interconnessione tra i distinti ambiti legati alla:

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

In tale ottica, pertanto, esso prevede già per l'anno in corso l'inserimento nel Piano della performance:

- di uno specifico obiettivo - attribuito trasversalmente a tutte le strutture dell'Agenzia - legato al rispetto degli obblighi in tema di trasparenza ed integrità introdotti dal richiamato Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017 dell'Agenzia;
- la esplicita previsione – nell'ambito degli obiettivi strategici annuali riconducibili all'attività del dirigente della Struttura di Direzione Amministrativa, anche quale Responsabile della Prevenzione della corruzione nominato, da ultimo, nel mese di settembre con

deliberazione del Direttore Generale 101/2015 – della necessità di una complessiva rivisitazione del Piano triennale della prevenzione della corruzione dell'Agenzia, alla luce sia della riorganizzazione attuata con il funzionigramma adottato nel mese di dicembre 2014, sia con la connessa e specifica menzionata attività di recepimento ed adeguamento della disciplina interna alle previsioni del legislatore nazionale in materia di ottimizzazione del lavoro pubblico ed efficienza, della pubblica amministrazione.

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. le future risultanze dell'attività di primo monitoraggio e verifica dell'attuazione delle nuove misure adottate con il Programma triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2015-2017;
2. la garanzia di una migliore fruibilità (completezza/tempestività) delle informazioni prodotte, tramite sviluppo delle potenzialità offerte dal nuovo Portale istituzionale/sezione Amministrazione trasparente;
3. il tempestivo aggiornamento del 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 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione, adottato dall'A.N.A.C. con determinazione n. 12 del 28/10/2015.

5.1. Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità per il triennio 2015-2017

Si 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, il quale, come noto, aveva rimodulato l'organizzazione interna ed aveva offerto 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 Programma statuiva, pertanto, che, stante l'urgenza di provvedere agli adempimenti posti dal d.lgs. 33/2013, i quali risentivano solo limitatamente della rinnovata organizzazione dell'Agenzia, il programma stesso costituisse anticipazione e stralcio del Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione in corso di elaborazione e sarebbe stato inglobato da quest'ultimo, una volta approvato. Esso precisava che la non compiuta procedimentalizzazione, in concreto, dei raccordi tra il Responsabile della Trasparenza e gli altri soggetti coinvolti nell'attuazione del presente Programma, pertanto, sarebbe stata superata dall'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

Tuttavia, essendo imminente il termine previsto dall'Autorità Nazionale anticorruzione per l'aggiornamento dei citati Programmi per l'anno 2016, risultando oltremodo gravoso, ad oggi, operare il raccordo tra i due documenti, i quali sono stati adottati in due momenti storici differenti, e apparendo diseconomico unificare le previsioni dei due documenti al termine dell'anno in corso, si è ritenuto opportuno rinviare tale doverosa saldatura all'aggiornamento 2016.

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:

- Azioni di sensibilizzazione e rapporto con la società civile;
- Trasparenza;
- Attività successiva a cessazione rapporto di lavoro (*revolving doors*);
- Conferimento incarichi per particolari attività o incarichi precedenti (*pantouflage*);
- Tutela dipendente che effettua segnalazioni (*whistleblower*);
- Obbligo di astensione in caso di conflitto di interesse;
- Formazione;
- Implementazione delle misure di controllo;
- Iniziative in caso di condanna penale per delitti contro la PA;
- Diffusione di buone pratiche e valori;
- Incompatibilità specifiche per posizioni dirigenziali;
- Rotazione del personale;
- Patti di integrità negli affidamenti attraverso la centrale di committenza regionale EnPULIA;
- Svolgimento di incarichi d'ufficio - attività ed incarichi extra-istituzionali;
- Aggiornamento del Codice di Comportamento integrativo;
- Attivazione della funzione dell'"Ufficio Procedimenti Disciplinari – UPD" (D.DG A.Re.S. n. 8 del 26/01/2015);
- Individuazione e nomina, *ex* art. 14 D.Lgs. 150/2009, del membro unico dell'Organismo Indipendente di Valutazione – OIV;
- Monitoraggio dei tempi procedimentali.

6.1. La formazione.

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.

In particolare, i dottori Carlo Picuno e Pierpaolo Grasso, Vice Procuratori Generali Corte dei Conti Puglia ed il Dott. Cosmo Sciancalepore, Magistrato Corte dei Conti Puglia, nel corso di diverse giornate, hanno sviluppato i seguenti argomenti ed altri:

- Il responsabile anticorruzione: ruolo e natura delle funzioni i contenuti del Piano Anticorruzione alla luce delle prescrizioni del Piano Nazionale anticorruzione;
- I settori a rischio ed il principio di rotazione degli incarichi di direzione;
- La responsabilità amministrativo-contabile e penale nella legge anticorruzione;
- Il codice di comportamento dei pubblici dipendenti e la valutazione del conflitto di interesse;
- La responsabilità dirigenziale e le sanzioni disciplinari per il mancato rispetto del piano;
- Il d.lgs.39/2013 e la nuova disciplina in materia di inconferibilità e di incompatibilità – cenni;
- La responsabilità amministrativa e contabile quale indispensabile sistema di chiusura dell'ordinamento giuridico a tutela delle risorse collettive: origini storiche dell'istituto, evoluzione diacronica, principi di carattere generale, finalità perseguite dalla relativa azione e quadro normativo di riferimento in materia;
- Gli elementi strutturali dell'illecito amministrativo e contabile;
- Le diverse voci di pregiudizio erariale che sono state accreditate nell'ambito della giurisprudenza: danno all'immagine e da disservizio;
- L'insindacabilità nel merito delle scelte discrezionali: recenti approdi delle Sezioni Unite della Corte di Cassazione;
- La prescrizione dell'azione di responsabilità amministrativa e contabile;
- Adempimenti procedimentali intestati agli Organi interni delle Amministrazioni Pubbliche: obbligo di denuncia del danno alla Procura della Corte dei Conti, costituzione in mora del presunto responsabile ed eventuale applicazione di provvedimenti cautelari;
- L'iniziativa dell'azione di responsabilità affidata al Pubblico Ministero contabile;
- La competenza territoriale;
- Poteri intestati all'Ufficio Requirente;
- Aspetti relativi alle fasi di indagine e pre-processuale con la disamina dell'invito a dedurre, nonché profili processuali attinenti al giudizio di responsabilità amministrativa e contabile;
- Il sequestro conservativo e l'azione revocatoria;
- Rapporti con gli altri giudizi, in particolare con il procedimento penale;
- Il perimetro della giurisdizione della Corte dei Conti alla luce della più recente normativa e giurisprudenza: dipendenti pubblici ed agenti pubblici;
- Nozione del rapporto di servizio;
- Società in mano pubblica: recenti indirizzi dalla tendenza estensiva evidenziati dal legislatore e recenti arresti della Suprema Corte;

- Fattispecie di responsabilità amministrativa e contabile più ricorrenti in giurisprudenza: peculiari sottocategorie del danno patrimoniale in senso stretto, tra cui quello derivante dall'affidamento illecito di consulenze;
- La responsabilità civile della P.A. ed il danno indiretto;
- Particolari figure di responsabilità amministrativa tipizzata e sanzionatoria introdotte recentemente dal legislatore;
- Gli agenti contabili pubblici e privati: fondamento della legittimazione passiva anche alla luce delle pronunce emesse dalla Suprema Corte;
- La responsabilità contabile in senso stretto e la sua peculiare disciplina;
- Procedimento monitorio ed esercizio del potere equitativo ai fini della riduzione dell'addebito;
- Possibilità di accedere al patteggiamento contabile;
- Le impugnazioni;
- L'evoluzione del sistema dei controlli quale essenziale misura di garanzia oggettiva dell'ordinamento giuridico;
- I controlli di regolarità amministrativa e contabile, preventivi e successivi, sulle procedure di spesa delle Amministrazioni statali in relazione al contenuto del Decreto Legislativo nr. 123 del 2011;
- Il controllo preventivo di legittimità effettuato dalla Magistratura contabile, anche nella cornice degli ultimi interventi del legislatore: fondamento normativo, limiti, procedure ed effetti;
- Il controllo preventivo in ordine all'affidamento di consulenze ed ai provvedimenti commissariali;
- Il controllo successivo sulla gestione amministrativa degli Enti pubblici, a tenore dell'articolo 3, commi 4 e seguenti, della Legge nr. 20 del 1994, anche nella prospettiva degli obiettivi perseguiti dall'attività di "spending review".

Al fine di irrobustire i rapporti con il sistema del welfare-salute, l'A.Re.S ha sviluppato in collaborazione con l'Organismo Regionale per la Formazione in Sanità (ORFS) un peculiare approccio andragogico "olistico" che trova concreto esempio applicativo nel Programma formativo interregionale "**P.A._*lightItaly*_2.0**" sui temi dell'anticorruzione, della trasparenza e della lotta alla *malpractice* nella pubblica amministrazione sanitaria, per la cui realizzazione è stata sottoscritto apposita convenzione con l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) e che troverà applicazione estensiva di rilevo regionale nell'ambito del Programma di ricerca-intervento denominato "*FormASP* – Plant Seeds" dedicato alle 21 Aziende per i Servizi alla Persona (ASP) della Puglia.

Inoltre, i dipendenti dei vari Uffici hanno partecipato a numerosi corsi di formazione e aggiornamento normativo settoriali – risultando attiva anche una formula abbonamento con società di formazione ed una banca dati giuridica –nella convinzione che la conoscenza delle leggi che presidiano lo svolgimento delle principali funzioni amminsitrative rappresenti un efficace contrasto contro i fenomeni di ***maladministration***.

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, 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, 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.) e che risponde all'indirizzo

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 Responsabile Anticorruzione che, esaminate le circostanze, valuta se la situazione realizza un conflitto di interesse idoneo a ledere l'imparzialità dell'agire amministrativo.

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 della Struttura di Direzione Amministrativa dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

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

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

A tale scopo, la strategia di prevenzione del rischio di corruzione approntata dal legislatore prevede che il dipendente renda accessibili, al proprio responsabile ed all'amministrazione, attraverso una serie di dichiarazioni e comunicazioni, determinate informazioni, ai fini della valutazione dell'assenza del conflitto di interessi e di cause di incompatibilità e inconferibilità (cfr. il paragrafo seguente), in relazione alla propria posizione lavorativa in un'ottica di efficienza nei processi di verifica e di organicità nella gestione delle informazioni riguardanti il personale.

Fra queste ricordiamo:

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

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

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

L'A.Re.S. Puglia si è dotata di un regolamento aziendale che specifica i criteri per il conferimento e l'autorizzazione di incarichi, soprattutto extra-istituzionali **[art. 53, D.Lgs. 165/2001]**, in modo da evitare che si realizzino situazioni di cumulo di incarichi che possano compromettere il buon andamento dell'attività, il quale sarà, nel corso dell'anno 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 nel Capi V e VI del D.Lgs n. 39/2013. A differenza del caso di inconferibilità, 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'*inconferibilità*, 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 inconferibilità, 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 prevedere, 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 tale 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;
- i soggetti interessati rendano la dichiarazione di insussistenza delle cause di incompatibilità all'atto del conferimento dell'incarico e nel corso del rapporto, con cadenza annuale, preferibilmente nel mese gennaio di ogni anno.

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

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-legge24 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 Agenzia 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; 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 si 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]**.

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'ascrizione 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 – sono state effettuate 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, vengono elencati quelle che sono ritenute 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 una prima vendemmia, 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 impresse in questi giorni al sistema di *governance* della Regione Puglia vedano la loro concretizzazione anche 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 SANITARIA[1]

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 declarati 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 struttura dell'Assessorato diretta dall'Ing. Bavaro;
- 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: ***Attivazione/Riorganizzazione di Reti assistenziali per patologia***		
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 prestazione 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. **STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI** 1. ARES – Area Programmazione sanitaria; 2. Tavoli Tecnici appositi; 3. Commissione Appropriatezza dell'Assessorato e relativi uffici amm.vi.	**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 (*peer review* 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. **PROPOSTA CORRETTIVA** 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 CLINICO[2]

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" declarati 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: ***Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture***		
PROCESSI:	**DESCRIZIONE DEL PROCESSO**	**CONTROLLI**
Processo - Riorganizzazione di reti di servizi esistenti	***Produzione di atti tecnico-organizzativi inerenti al funzionamento di reti complesse di strutture, funzioni ed attività (Rete dell'Emergenza-Urgenza)*** Fasi/descrizione: 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 addiviene 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	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; quelli dell'Assessorato competente che riceve, valuta e propone l'atto necessario all'adozione del documento tecnico alla Giunta Regionale.

	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 *ex novo* di reti di servizi attraverso la progettazione di Programmi di ricerca-intervento (progetti di ricerca sociale associati ad interventi di tipo formativo ed organizzativo).	***Realizzazione di Programmi di ricerca-intervento di rilevo regionale finalizzati alla creazione/attivazione di una nuova rete di servizi al cittadino (servizi alla persona: minori, ultra-anziani, disabilità)*** Fasi: 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 traguardare, 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	Quelli delle strutture burocratiche dell'Ente Regione e della Giunta Regionale per la fase di consolidamento ed adozione del Programma. 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. Per la gestione amministrativa del Programma, infine,tutti i controlli di cui ai ruoli amministrativi coinvolti (R.U.P., Commissione di Gara, ecc.).

	progetto e dell'Atto di Convenzione tra gli Enti/Strutture/Uffici regionale che collaboreranno alla realizzazione del Programma; 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); 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.	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	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.	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.

AREA ASSISTENZA TERRITORIALE
Ufficio PHT[3]

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).
capziosa
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 PROVVISIORIO;
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, Dott. Stella, 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 PROVVISIORIO di spesa che la Regione prevede ad inizio anno (132 MLN[4] 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 65 MLN[5] 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: ***Valutazioni farmaco-economiche ed amministrative per accesso di nuovi farmaci al Prontuario***		
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.	***Valutazioni farmaco-economiche per l'ammissione di nuovi farmaci A-PHT al Prontuario regionale PHT*** Fasi/descrizione: 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. *cut off*, 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	Quelli dell'Ufficio regionale del Farmaco da cui scaturisce, o meno, il responso finale di ammissione.

	farmaci in farmacie differenti, a volte distanti tra loro; 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; 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"; 5. L'Assessorato, Ufficio del Farmaco, emana la decisione finale e la comunica a tutti gli attori del sistema.	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	1. Assessorato al Welfare – Area Politiche della Salute – Ufficio del Farmaco; 2. Ufficio PHT dell'ARES	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.

Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino	**DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO B**	**CONTROLLI**
NOTE TECNICHE: 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	***Richiesta acquisto straordinario farmaci A-PHT di nuovo inserimento nel prontuario PHT*** Fasi: 1. Richiesta iniziale minima di acquisto su gara (se non esclusivo) o tramite procedura negoziata *ex* art. 57 CCA (se esclusivo);	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

dell'operatività del meccanismo "del procuro" tra i 18 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). L'autonomia della giacenza di pezzi presso i depositari è NODALE ai fini della gestione del magazzino generale regionale. Il Dott. Stella 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 procuro" innanzi descritto) minore di 42 giorni (dal 41*esimo* 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.	2. Svolta la gara il DG ARES autorizza formalmente l'ufficio PHT ad effettuare ordini di quel farmaco 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 Dr. Stella aggiorna in prima persona il Sito Internet dell'ARES rendendo pubblico il Prontuario aggiornato.	<u>NOTA SUI CONTROLLI DI SISTEMA TRASVERSALI ai processi C e B</u>: Sia per ordini inerenti a farmaci di nuova immissione nel Prontuario PHT, sia per farmaci per i quali è già sedimentato uno storico dei consumi, il Dott. Stella AD OGNI RIORDINO effettua, dal sistema Web DPC, n. 2 estrazioni relative a d autonomie e giacenze residue che il sistema elabora sulla base dei consumi storici DISPONIBILI (anche di soli 10-20 gg.), per i farmaci di nuovo inserimento, e sullo storico CONSOLIDATO (ULTIMI 60/90 gg.) per tutti gli altri farmaci del Prontuario. Le due estrazioni consentono al dirigente del PHT di ottenere, per i nuovi farmaci, indici di rotazione più attendibili – per quanto basati sulla loro breve vita in seno al prontuario – di quelli che si otterrebbero definendo un solo periodo storico di 2-3 mesi che intercetterebbe i soli farmaci consolidati in prontuario. Tutte le estrazioni sono conservate agli atti informatici dell'ufficio e vengono valutate attentamente prima di effettuare i riordini.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	1. Uff. PHT 2. DA e DG ARES	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 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 *ab origine* 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).

	DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO C	**CONTROLLI**
	Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel Prontuario PHT da più di tre mesi. Fasi: Simili a quelle di cui sopra ma per quantitativi maggiori comunque dipendenti dal controllo di due parametri oggettivi: 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**
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. Attualmente, ad iniziativa del Direttore dell'Area Politiche della Salute, Dott. Pomo, 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.	***Gestione del flusso: ordini di farmaci A-PHT, documenti di trasporto, fatture, determinazioni di liquidazione e mandati di pagamento.*** Fasi: vedi Modello Organizzativo allegato	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: - 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. 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. Le indicazione dell'Amministrazione all'Ufficio PHT circa

		la priorità da assegnare alle liste di liquidazione 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. 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.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	1. Sistema dei 18 Distributori intermedi 2. Ufficio PHT	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 *maladministration* 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.

SERVIZIO INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO E INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA[6]

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: ***Implementazione processi e modelli gestionali***		
PROCESSI:	**DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO**	**CONTROLLI**
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: 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**	nessuno

	di contrattare con loro le necessarie integrazioni 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. 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.	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	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	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	**DERSCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO**	**CONTROLLI**
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.	***Stipula Accordi di Programma con Enti del SSR*** Fasi: 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**
	1. ARES 2. Aziende ed enti SSR	Far riferimento ad un'unica tariffa oraria per la

	3. Giunta regionale che a monte, con sua deliberazione ha approvato il progetto finanziandone i costi	remunerazione delle ore di formazione in sanità (vedi 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 Partener aggrega l'agenzia e il servizio ed assegna il lavoro, il tempo e le risorse 2. Il servizio ottempera con il 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	***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	nessuno

farmaceutiche investono in queste tecnologie al fine di poter aumentare le diagnosi di patologie, quindi il reclutamento di pazienti potenziali destinatari di cure farmacologiche anche commercializzate dalla CF che finanziano i progetti. 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.	sperimentazioni di tecnologie mediche (ad es. "retinografi") che vengono fornite dalle case farmaceutiche in comodato d'uso finalizzato alla sperimentazione de quo; 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 richiestala 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**
		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.

SERVIZIO VALUTAZIONE INTEGRATA IN SANITÀ[7]

Il Servizio diretto dalla Dott.ssa Graps si occupa, in breve, di valutazione integrata di nuove tecnologie e modelli organizzativi e gestionali innovativi. Il Servizio svolge altresì attività inerenti a Progetti europei e non (c.d. "ex art. 12"). In particolare, il *core* dell'attività valutativa del Servizio riguarda Health Tecnology Assessment (HTA) e l'Horizon Scanning (HS), in collegamento con l'Agenzia nazionale per i Servizi Sanitari regionali - Agenas.

I tipici output dell'attività di HTA conseguiti dal Servizio sono il "mini report HTA" ed il "rapid HTA report" (cfr. innanzi). Basati su studio delle evidenze e su analisi di bisogni, entrambi forniscono RACCOMANDAZIONI per i policy-maker (nel caso dell'ARES il principale è l'Assessorato). In entrambi i casi i report hanno l'intrinseca capacità di RIDURRE L'ARBITRIO in forza dell'analisi tecnica, degli elementi obiettivi che supportano i report e delle evidenze scientifiche tratte dalla

letteratura. Questi report sono emanati dal Gruppo di Lavoro HTA e POSSONO essere oggetto di formale recepimento con deliberazione del DG ARES ai fini DISSEMINATIVI ovvero del loro "trasferimento forte" all'Assessorato [ndr].

In particolare, la valutazione HTA del servizio PUO' scaturire anche sulla scorta di AUDIZIONI con aziende. Il servizio ed il suo Gruppo di Lavoro HTA ha quindi l'obiettivo di valutare l'impatto delle tecnologie che sono ancora da immettere sul mercato o di recente immisione.
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:

- un inquadramento epidemiologico atto a circoscrivere il bisogno medico-clinico di tale tecnologia;
- valutazioni inerenti all'efficacia ed alla sicurezza della tecnologia;
- valutazioni dell'impatto organizzativo ed economico che l'eventuale introduzione di tale tecnologia imprimerebbe su complessivo "peso" della patologia che ne ha originato l'ideazione;
- confronto con eventuali comparatori, già esistenti sul mercato, incentrati intorno ai rapporti: costo/utilità e costo/efficacia.

Tutte le innanzi citate attività vengono poste in essere dal solo dirigente del Servizio, Dott.ssa Graps, che non dispone di alcuna risorsa di personale[8] ma che può però avvalersi, *ex* Del DG n. 133/99, del "Gruppo di Lavoro Tavolo HTA" e di una rete di "tavoli tecnici HTA". Questi ultimi costituiti in base a criteri trasparenti in modo da renderli MULTIDISCIPLINARI e MULTISTAKEHOLDER. Essi vengono eventualmente costituiti per lo studio di specifiche tecnologie e modelli organizzativi in relazione ai quali il Tavolo 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 Tavolo 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 dall'Assessorato sulla tecnologia oggetto di studio.

MACRO-AREA DI RISCHIO: ***Valutazioni di Tecnologie Sanitarie***		
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").	***Valutazioni HTA*** Fasi/descrizione: 1. eventuali audizioni con Aziende; 2. tutte le fasi descritte in premessa svolte dal "Tavolo HTA" stabilmente costituito.	La valutazione è di tipo collegiale ed è operata da professionisti. Non esiste però un controllo (*peer review* esterna) da parte di altre autorità tecniche eventualmente competenti a farlo.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	1. Servizio HTA e suo Tavolo HTA.	La discrezionalità del processo è quantomeno evidente e sconta l'assenza di un **apposito Regolamento** che,

		peraltro, la Dirigente del servizio dichiara essere utile sia alla procedura sia alla stessa autorevolezza della funzione del suo servizio nei confronti della committenza e delle aziende sanitarie. Dalle audizioni con Aziende e dagli eventuali mini-report prodotti POSSONO SCATURIRE VANTAGGI STRATEGICI per le imprese. È necessario APPLICARE A TUTTE LE ATTIVITA' APPOSITA REGOLAMENTAZIONE E LE DICHIARAZIONI DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI A TUTTI I TAVOLI HTA, STABILI E NON.
	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 "Tavolo HTA" stabilmente costituito ovvero da Tavoli Tecnici HTA multidisciplinari e multistakeholder.	Come sopra con il vantaggio del coinvolgimento dell'Agenas. PERCIO' OCCORRE IMPORTARE I SUOI MODELLI ORGANIZZATIVI E I SUOI ALLEGATI TECNICO-AMMINISTRATIVI.
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	1. Servizio HTA e suoi Tavoli. 2. Agenzia nazionale - Agenas	IDEM C.S. Appare rilevante il mancato recepimento del Manuale HTA prodotto dal Gruppo di Lavoro HTA stesso, che segna le modalità organizzative necessarie ad uniformare le strategie di introduzione di nuove tecnologie e del relativo Position Paper. La dirigente sostiene convintamente 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 aziendali di approvvigionamento di nuove tecnologie o apparecchiature.
	PROPOSTA CORRETTIVA GENERALE	
	1. Emerge fortissima l'esigenza di sviluppare un POSITION PAPER REGIONALE DELL'HTA. Questo documento definirebbe la posizione della Regione nei confronti dell'HTA con conseguente produzione di elenchi di esperti e	

	di unità operative specializzate da istituire in ogni ASL. Alternativamente, può pensarsi al consolidamento di un modello organizzativo centralizzato e meglio strutturato e a una rete di unità funzionali, facenti capo all'ARES, che possano affiancare i clinici ed i provveditori delle ASL nelle loro scelte. 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. Senza i rischi connessi alla DISCREZIONALITA' che altrimenti continua a caratterizzare queste critiche scelte. 3. Viene richiesto un più forte *committment* da parte dell'Assessorato o della Giunta regionale stessa che possa CIRCOSCRIVERE A MONTE ALMENO UN SOMMARIO ELENCO DI TECNOLOGIE DA VALUTARE. Questo punto è legato in parte al primo; 4. In ogni caso è necessario ISTITUZIONALIZZARE le RACCOMANDAZIONI a cui addiviene il Servizio con la sua attività di valutazione, in modo che esse possano SEDIMENTARE e con più AUTOREVOLEZZA trasformarsi in concrete prassi di azione. 5. Importare in ARES procedure e modelli, anche contro conflitto di interessi di Agenas o di altre realtà all'avanguardia in tema di HTA ed HS. 6. Dotare di personale professionista il Servizio a supporto della Dirigente[**ndr**]

SERVIZIO ANALISI DOMANDA E OFFERTA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI[9]

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 cardiochirurgie".

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 la 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 economali 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: ***coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilievo regionale***		
PROCESSI:	**DESCRIZIONE DEL PROCESSO COMPLESSO A**	**CONTROLLI**
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. Nel dettaglio, il RTP è governato da un Comitato	***Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti. Caso del Registro Tumori Puglia.*** 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 dell’attività istituzionale pur non avendo queste	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 addivengono. Tutti i report vengono pubblicati sul sito istituzionale dell’ARES

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".	ultime un valore vincolante né il RTP, ed i suoi Tavoli, potere sanzionatorio alcuno.	
NOTA TECNICA: I casi di tumore vengono selezionati sulla scorta di una procedura di selezione informatizzata di flussi di dati sanitari codificata nel "Manuale delle Procedure RTP" (recepito con delibera di GR). Questo programma individua, analizzando flussi informativi provenienti da fonti diverse, nuovi casi sospetti di tumore che 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 e stata sottomessa alla procedura di accreditamento ed è in attesa della visita ispettiva in loco.	**STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI** 1. RTP e suoi Tavoli tecnici; 2. Nessun ufficio o struttura contribuisce all'emanazione delle indicazioni alle ASL che le recepiscono in autonomia.	**PROPOSTA CORRETTIVA** NON SI RILEVANO RISCHI intercettabili dagli usuali indici per la valutazione della probabilità e dell'impatto di corruzione.
	DERSCRIZIONE DEL PROCESSO B	**CONTROLLI**
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. 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 personale dedicato all'analisi dei dati).	***Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti. Caso del Centro Salute e Ambiente Puglia.*** 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 riporta la ripartizione delle progettualità e delle risorse	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. All'interno dell'ARES vigono i controlli ordinari per le attività poste in essere dalla trasversale struttura amministrativa.

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. Infine, nel 2013, nell'ambito del Decreto Legge c.d. "Terra dei Fuochi" (10 dicembre 2013, n. 136), il Governo nazionale stanzia 50 MLN di Euro per attività di screening sanitari nelle regioni Campania e Puglia (8 MLN saranno destinati a Taranto). 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.	regionali appostate, in 4 Aree – ciascuna governata d a uno o due Project Manager – a loro volta suddivise in svariate linee di attività – ciascuna retta da più responsabili. In Agenzia confluisce il ruolo di "super PM" che coordina le attività che si sviluppano, così, "a cascata". Pertanto, ad eccezione delle linee di attività assegnate direttamente all'Agenzia, non emergono responsabilità di tipo corruttiva a carico del "super PM" del CSAP. In particolare, queste attività sono riguardate dagli stessi rischi inerenti alla gestione di qualsiasi attività progettuale ordinariamente svolte dall'Agenzia.	
	STRUTTURE ED UFFICI COINVOLTI	**PROPOSTA CORRETTIVA**
	1. ASL TA; 2. ARES; 3. ARPA; 4. Regione Puglia – Assessorato al Welfare – Servizio PATP.	

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

MACRO-AREA DI RISCHIO: ***Valutazioni farmaco-economiche ed amministrative per accesso di nuovi farmaci al Prontuario***		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.	**UFFICIO *PHT*** ***Valutazioni farmaco-economiche per l'ammissione di nuovi farmaci A-PHT al Prontuario regionale PHT***	2 (molto efficace)	2	3	1	6 (MEDIO BASSO)
Richiesta acquisto farmaci e tecnica della gestione del magazzino		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(2) 2		***Richiesta acquisto straordinario farmaci A-PHT di nuovo inserimento nel prontuario PHT***	2 (molto efficace)	3	3	2	9 (RILEVANTE)
(3) 3		***Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel Prontuario PHT da più di tre mesi.***	2 (molto efficace)	3	3	3	9 (RILEVANTE)
Gestione amministrativo-contabile inerente alla liquidazione delle fatture		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(4) 4		***Gestione del flusso: ordini di farmaci A-PHT, documenti di trasporto, fatture, determinazioni di liquidazione e mandati di pagamento.***	2 (molto efficace)	2	3	4	6 (MEDIO BASSO)

Implementazione di Processi e Modelli gestionali di livello regionale		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(5) 1		**SERVIZIO INTEGRAZIONE OSPEDALE-TERRITORIO ED INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA** **Attiva partecipazione all'impostazione di Accordi integrativi regionali (AIR) con ordini professionali ed associazioni di categoria**	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		**SERVIZIO VALUTAZIONE INTEGRATA IN SANITÀ** **Valutazioni HTA**	5 (assente)	4	3	9	12 (RILEVANTE)
(10) 2		**Valutazioni HS**	1 (assoluto)	3	3	10	9 (RILEVANTE)

Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilevo regionale		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(11) 1		**<u>SERVIZIO ANALISI DOMANDA E OFFERTA DI SALUTE E SISTEMI INFORMATIVI</u>** **Coordinamento organizzativo e produzione di indicazioni tecniche non vincolanti: Caso "Centro Salute e Ambiente Puglia" (CSAP)**	2 (molto efficace)	3	3	11	9 (RILEVANTE)
Attivazione/riorganizzazione di Reti Assistenziali per patologia		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(12) 1		**<u>AREA DI PROGRAMMAZIONE SANITARIA</u>** ***Definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)***	1 (assoluto)	3	3	12	9 (RILEVANTE)
Organizzazione di intere reti di servizi, attività e strutture		IDENTIFICAZIONE	ANALISI				
(13) 1		**<u>AREA EMERGENZA SANITARIA E GOVERNO CLINICO</u>** ***Riorganizzazione di reti di servizi ESISTENTI: Rete dell'Emergenza-Urgenza ("118")***	1 (assoluto)	3	3	13	9 (RILEVANTE)
(14) 2		***Creazione o organizzazione EX NOVO di reti e di servizi:*** ***Programma di Ricerca-Intervento "FormASP – Plant Seeds"***	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'Agenzia regionale esplicita le proprie scelte dichiarando che presso di essa non possono persistere processi complessi che sviluppano 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.

LIVELLO DI CONTROLLO		QUANTITA' DI RISCHIO: da 1 a 6 (BASSO E MEDIO-BASSO) 1	da 8 a 12 (RILEVANTE) 2	da 15 a 25 (CRITICO) 5
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 - 2015

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 a25

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		PONDERAZIONE	Sistemi di Trattamento del rischio di *maladministration*/corruzione				
N. - n. *	**MACRO-AREA DI RISCHIO**	**PROCESSO COMPLESSO**	**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**	REDAZIONE DI APPOSITO REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI PUBBLICO/PRIVATO. 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. 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	ADOZIONE DEL REGOLAMENTO	Dott. Attolini	interne	12 mesi
(9) - 1	***Valutazioni di tecnologie sanitarie***	**Valutazioni HTA**	**II - 1**	REDAZIONE DI APPOSITO REGOLAMENTO PER LA DISCIPLINA DEL PROCESSO DI VALUTAZIONE (MANUALE HTA) SOLLECITARE ALLA COMMITTENZA ISTITUZIONALE L'EMANAZIONE DEL	ADOZIONE DEL REGOLAMENTO INVIO DI RELAZIONE CON GLI ELEMENTI DI OPPORTUNITA' E LE	Dott.ssa Graps Direttore Generale Dott.ssa Graps	interne	4 mesi 1 mese

				PROPRIO "POSITION PAPER" DEFINIZIONE e APPROVAZIONE della metodologia di PRIORITY SETTING INTRODURRE DICHIARAZIONI DI ASSENZA DI CONFLITTO DI INTERESSI IN TUTTI I TAVOLI HTA, STABILI E NON	AZIONI NECESSARIE ADOZIONE DELLA METODOLOGIA PREDISPOSIZIONE DEL MODELLO E DELLE MODALITA' DI TENUTA	Dott.ssa Graps Sig.ra G.Rubino		3 mesi 1 mese
(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***	**Richiesta acquisto "a regime" di farmaci A-PHT presenti nel**	**III - 1**	allo studio strategie di ottimizzazione	--	--	interne	6 mesi

	magazzino	**Prontuario PHT da più di tre mesi.**						
(11) - 1	***Coordinamento tecnico-scientifico di attività di rilevo 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)

ARES PUGLIA

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

ARES PUGLIA

REGISTRO DEI RISCHI – All. C

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

ARES PUGLIA

DESCRIZIONE DI EVENTO DI CORRUZIONE/*MALADMINISTRATION* – All. 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
☐ DISCREZIONALITA'		
☐ RILEVANZA ESTERNA		
☐ COMPLESSITA'		
☐ VALORE ECONOMICO		
☐ FRAZIONABILITA'		

ARES PUGLIA

TABELLA DI ANALISI DEL RISCHIO – All. 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?**
☐ No. È del tutto vincolato.	☐ NO.
☐ E' parzialmente vincolato dalla legge e da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari).	
☐ E' parzialmente vincolato solo dalla legge.	☐ SI.
☐ E' parzialmente vincolato solo da atti amministrativi (regolamenti, direttive, circolari).	
☐ 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 *maladministration* o eventi analoghi attribuiti, da giornalisti od opinionisti, all'Agenzia Regionale Sanitaria della Puglia?**
☐ No. Ha come destinatario finale un ufficio interno.	☐ NO.
☐ Si, il risultato del processo è rivolto direttamente ad utenti esterni all'Agenzia.	☐ Non ne abbiamo memoria.
	☐ Si, sulla stampa locale.
	☐ Si sulla stampa nazionale.
	☐ Si sulla stampa nazionale e locale.
	☐ 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?	
☐ No, il processo coinvolge la sola Agenzia.	**Nota: d'ufficio viene assegnato il val. max**
☐ Si, il processo coinvolge anche l'Ente Regione.	
☐ Si, il processo coinvolge più di 2 amministrazioni (Regione, AA.SS.LL., ecc.).	

ARES PUGLIA

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?**
☐ Ha rilevanza esclusivamente interna (fondi di bilancio).	☐ A livello di singolo addetto.
	☐ A livello di collaboratore o funzionario.
☐ Comporta l'attribuzione di vantaggi a soggetti esterni, ma di non particolare rilievo economico (es.: concessione di borsa di studio per studenti).	☐ A livello di dirigente di ufficio non generale ovvero di responsabile di Struttura Semplice.
	☐ A livello di dirigente di ufficio generale (ad es. di Direzione Amministrativa, di Direzione di Area, di Struttura Complessa).
☐ Comporta l'attribuzione di notevoli vantaggi a soggetti esterni (es. affidamento appalto).	☐ 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)?	
☐ NO.	
☐ SÌ.	

Efficacia dei controlli	
Anche sulla base dell'esperienza pregressa, il tipo di controllo applicato sul processo è adeguato a neutralizzare il rischio?	
☐ Si, costituisce un efficace strumento di neutralizzazione.	
☐ Si, è molto efficace.	
☐ Si, per una percentuale approssimativa del 50%.	
☐ Si, ma in minima parte.	
☐ No, il rischio rimane indifferente.	

Valore della PROBABILITA'	**Entità del RISCHIO**	**Valore dell'IMPATTO**

ARES PUGLIA

Piano di Trattamento del rischio di *maladministration*/corruzione inerente ai più rilevanti *processi complessi* dell'A.Re.S. Puglia
All. E

* vedi Registro dei rischi – All. C		PONDERAZIONE		Sistemi di Trattamento del rischio di *maladministration*/corruzione				
N. - n. *	MACRO-AREA DI RISCHIO	PROCESSO COMPLESSO	Fascia di priorità F. – ord.	Misure da attivare	Indicatori	Responsabili	Risorse	Tempi

F. Squillace - Ufficio Prevenzione, Protezione ed Anticorruzione

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 marce 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/nota credito/nota 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/nota 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 Sevizio 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 assegnate alla **Sig.ra MR**: attività di cui alla Lettera a), dal Punto.n10 al Punto n. 15;

- Funzioni assegnate alla **Dott.ssa SP**: attività di cui alla Lettera a), dal Punto.n10 al Punto n. 15;

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] 136 MLN di Euro alla data di adozione del presente Piano.

[5] 90 MLN di Euro 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] All'atto dell'adozione del presente Piano il Servizio dispone di una unità di personale amministrativo esperto.

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