

FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: AOPSO_BO
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000026
DATA: 31/01/2020 13:25
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE e del PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA 2020 - 2022.

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Gibertoni Chiara in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Lavazza Luca - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Petrini Anna Maria - Direttore Amministrativo

Su proposta di Luisa Capasso - ANTICORRUZIONE TRASPARENZA E RAPPORTI CON
L'UNIVERSITA' che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di
legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [01-01]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- PERCORSO INTERNISTICO
- ATTIVITA' GENERALI ED ISTITUZIONALI
- RICERCA E FORMAZIONE NELLE PROFESSIONI SANITARIE
- RICERCA ED INNOVAZIONE
- GESTIONE DELLE RELAZIONI SINDACALI
- DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE
- PROGETTAZIONE, SVILUPPO E INVESTIMENTI
- GESTIONE DEL PATRIMONIO
- UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO E RAPPORTI CON LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO
- MEDICINA LEGALE E GESTIONE INTEGRATA DEL RISCHIO
- SERVIZIO LEGALE ED ASSICURATIVO
- PERCORSO CHIRURGICO
- PERCORSI AMBULATORIALI INTEGRATI
- PERCORSO MATERNO INFANTILE
- GESTIONE LOGISTICA PERCORSO PAZIENTI



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

- MONITORAGGIO E SUPPORTO ALL'ACQUISIZIONE PERSONALE DIRIGENTE SANITARIO
- SVILUPPO ORGANIZZATIVO
- GOVERNO CLINICO, QUALITA', FORMAZIONE
- CONTROLLO DI GESTIONE E SISTEMA INFORMATIVO
- INFORMATION COMMUNICATION TECHNOLOGY (ICT)
- INGEGNERIA CLINICA
- VALUTAZIONE DEL PERSONALE
- CENTRO LOGISTICO
- PROGRAMMAZIONE AZIENDALE FABBISOGNO DEL PERSONALE
- SUPPORTO ALLA GESTIONE DEI PROCESSI ASSISTENZIALI DAI
- FARMACIA CLINICA
- FISICA SANITARIA
- IGIENE OSPEDALIERA E PREVENZIONE
- AREA CARDIO TORACO VASCOLARE E TRAPIANTI
- SERVIZI DI SUPPORTO E DIAGNOSTICA
- UO PERCORSI INNOVATIVI PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE TRAPIANTOLOGICA REGIONALE E TRAPIANTI SPERMEN

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000026_2020_delibera_firmata.pdf	Capasso Luisa; Gibertoni Chiara; Lavazza Luca; Petrini Anna Maria	309989120C64F6A7FEF6F022DA53EAC4EB5FFEDF6BBEC18E2B24CDC961471126
DELI0000026_2020_Allegato1.pdf:		FB64506632B7EBF3A46C5376764D9D62F2D03B1A4D218DF4819F05938D0A0891



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.
Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.

DELIBERAZIONE

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE e del PROGRAMMA DELLA TRASPARENZA 2020 - 2022.

IL DIRETTORE GENERALE

Visti:

- la Legge 6 Novembre 2012 n. 190 ad oggetto “ *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella Pubblica Amministrazione*”;
- il D.Lgs n. 33 del 14 marzo 2013 ad oggetto D.Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 come riformato dal DLgs n. 97/2016 “*Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”;
- il D.Lgs n. 39 dell’8 aprile 2013 ad oggetto “Disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50 , della Legge 6 novembre 2013, n. 190”;
- il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013 ad oggetto “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D. Lgs n. 165 del 30.03.2011”;
- il testo del D.L. n. 69 del 21.06.2013 coordinato con la Legge di conversione 09.08.2013, n. 98 recante “Disposizioni urgenti per il rilancio dell’economia”;
- il D.L. n. 101 del 31.08.2013 convertito in Legge n. 125 del 30 ottobre 2013, ad oggetto “Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione delle pubbliche amministrazioni”;
- il DLgs n.9 del 17 maggio 2016 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza. Correttivo della legge 6 novembre 2012, n.190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013 n.33, ai sensi dell’articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n.124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”;
- la legge n.179 del 30.11.2017 “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell’ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato*”;

Viste altresì:

- la deliberazione n. 72/2013 della Commissione Indipendente per la Valutazione e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT) ora Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) con la quale è stato approvato il *Piano Nazionale Anticorruzione*, predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, ai sensi dell'art. 1, comma 2) lett. b) della Legge n. 190 del 6/11/2012;
- la deliberazione della CIVIT n. 50/2013 "Linee Guida per l'aggiornamento del programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016";
- la determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 "Piano Nazionale Anticorruzione" (G.U. 16.11.2015, n. 267), la delibera dell'ANAC n. 831 del 3 agosto 2016, "*Determinazione di approvazione definitiva del Piano nazionale Anticorruzione 2016*", ai sensi dell'art.19 del D.L 24 giugno 2014, n.90 ed infine la delibera n. 1208 del 22/11/2017 ;

Dato atto che la Legge n. 190/2012 ha individuato nel principio della trasparenza un elemento fondamentale nello sviluppo delle politiche di prevenzione della corruzione, disponendo che il "Piano triennale di Prevenzione della corruzione" sia integrato con il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità";

Richiamate le deliberazioni aziendali:

- n. 76 del 7.3.2013, n. 172 dell'1.4.2015 e n. 518 del 1.12.2015: ad oggetto: l'individuazione e nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e del Responsabile per la Trasparenza";
- n. 40 del 30.1.2014 ad oggetto: "Adozione del "Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione", del "Programma Triennale per la Trasparenza e l'integrità" e del "Codice Di Comportamento";
- n. 52 del 30.01.2015; n. 17 del 29.1.2016; n. 22 del 31.1.2018 di Aggiornamento annuale al PTPCT. ed in particolare l'ultima, la n.36 del 30.1.2019 "*A pprovazione del piano triennale di prevenzione della corruzione e del programma della trasparenza 2019 – 2021*";

Rilevato che l'art. 1 della Legge n. 190/2012 al comma 8 sancisce l'obbligo di adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione entro il 31 gennaio di ogni anno;

Richiamato il contenuto delle Linee guida di cui alle delibere Anac:

- n. 1309 del 28/12/2016 "*Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del d.lgs. 33/2013 art. 5- bis, comma 6,*

del d.lgs. n. 33 del 14/03/2013 recante «Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni».

- n. 1310 del 28/12/2016 « *Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs.33/2013 come modificato dal d.lgs. 97/2016*».
- n. 1074 del 21/11/2018, “*Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione*” ove é ripreso il tema del Ruolo e Poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, richiamando ed allegando al documento la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 riguardo poteri di verifica, controllo ed istruttori del RPCT in presenza di segnalazioni di casi di presunta corruzione.

Richiamata altresì la **Legge regionale n.9 del 1^a giugno 2017** capo III “Altre misure di adeguamento in materia sanitaria” e i seguenti atti della Regione Emilia Romagna :

- prot. n. 158950 del 2/7/2013 ad oggetto “Disposizioni in materia di trasparenza nelle Aziende e negli Enti del SSR - Applicazione del D.Lgs 33/2013”;
- prot. n. 293855 del 26/11/2013 ad oggetto: “Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione aziendale e Codice di Comportamento per Enti e Aziende del SSR”;
- delibera di Giunta Regionale n. 334 del 17 marzo 2014 “Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo indipendente di valutazione per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Regionale e per l'Agenzia Regionale per la prevenzione e l'ambiente (ARPA) della Regione Emilia-Romagna”;
- “Linee guida per l'applicazione da parte delle Aziende ed Enti del SSR degli obblighi di pubblicazione di cui al dlgs n. 33/2013, come modificato dal dlgs n.97/2016 concernenti i titolari di incarichi dirigenziali” (agli atti prot. Gen. 22280 del 22.11.2016);
- Determina del Direttore della Direzione generale per la “Cura della persona, salute e welfare” n. 20318 del 4/12/2017”Costituzione del Tavolo regionale per il Coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione nelle Aziende e negli Enti del SSR”.

Vista la delibera n. 1/2014 dell'Organismo indipendente di valutazione inerente “Provvedimenti in materia di trasparenza, anticorruzione, valutazione e ciclo di gestione della performance” che forniva le prime indicazioni metodologiche ed operative in ordine alle funzioni ed ai compiti attribuiti all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) ed agli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) da costituirsi presso

ciascuna Azienda ed ente del Servizio Sanitario Regionale; tale delibera, sulla scorta delle prescrizioni normative sopra espressamente richiamate, ha previsto che tra l'altro all'Organismo unico di valutazione a livello regionale siano attribuiti:

punto d. “..... esercizio delle funzioni attribuite agli organismi di cui all'art. 14 del D.lgs. n. 150/2009 da successive leggi statali, in particolare dalla normativa relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione:

d.1 *parere obbligatorio sul codice di comportamento prima della adozione;*

d.2 *verifica della coerenza tra gli obiettivi previsti nel programma triennale per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel piano della performance...” ;*

Dato atto che sul portale aziendale, nel mese di ottobre, è stata pubblicata la comunicazione inerente l'avvio della consultazione pubblica del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori d'interesse (volontari, organizzazioni sindacali, ordini e Collegi professionali, ecc). in vista dell'aggiornamento del documento per il triennio 2020 – 2022;

Ritenuto infine di dare evidenza che il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e l'annesso Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, sono stati redatti quali strumenti strettamente coordinati e correlati per lo sviluppo di un complessivo programma di attività in una logica di gradualità, in coerenza con i contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione;

Delibera

per le ragioni espresse in premessa:

- a) di approvare il “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2020- 2022” e l'annesso “Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità” allegato quale parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- b) di dare mandato al RPCT di procedere alla pubblicazione del PTPCT e degli annessi allegati sul sito aziendale “Amministrazione Trasparente”;
- c) di disporre l'adempimento delle azioni previste nel PTPCT, dando atto che gli stessi, strumenti fondamentali per l'applicazione della normativa, dovranno essere assoggettati ad un continuo aggiornamento secondo quanto prescritto ed in stretta aderenza alla realtà aziendale;

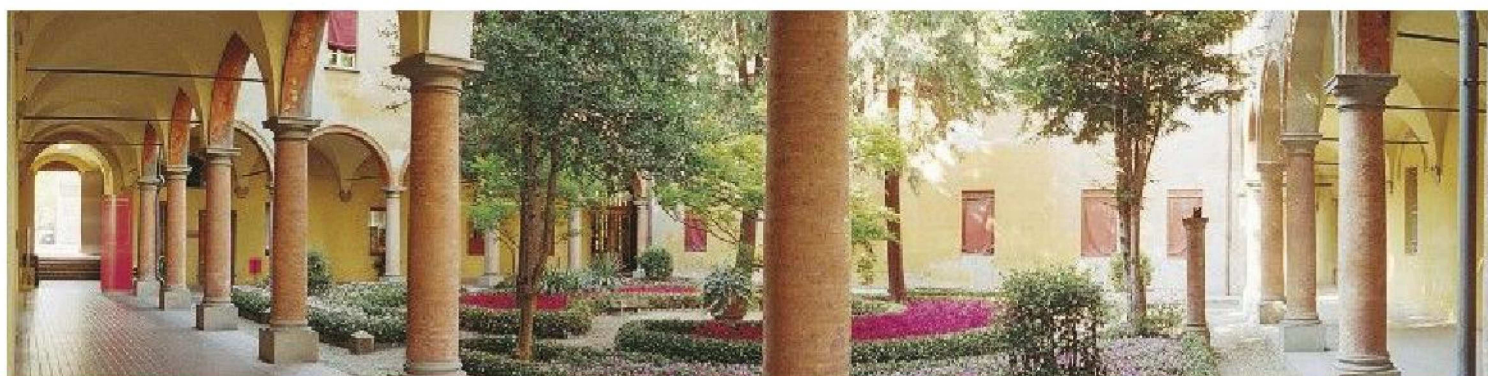
Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Luisa Capasso



PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2020-2022

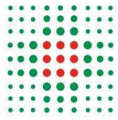
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2020 - 2022



ART. 1, COMMI 8 E 9, LEGGE 6
NOVEMBRE 2012, N. 190

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza

INDICE	
1. Premessa	pag. 4
2. Nozione di Corruzione	pag. 6
3. Il Contesto Esterno, il Contesto Interno e l'organizzazione <i>3.1 L'ambito regionale</i> <i>3.1.1 La sanità nella Regione Emilia Romagna</i> <i>3.2 Area Vasta di Bologna Centro</i> <i>3.3 Il Contesto Interno e l'organizzazione</i> <i>3.3.1. Il Contesto interno e il percorso di riconoscimento IRCCS</i> <i>3.4 Il Piano della performance</i>	pag. 9
4. Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e gli altri Soggetti <i>4.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione</i> <i>4.2 Gruppo di lavoro permanente</i> <i>4.3 L'Organismo indipendente di Valutazione (OIV) e l'Organismo aziendale di supporto (OAS)</i> <i>4.4 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)</i> <i>4.5 I Dirigenti, i dipendenti e i collaboratori, a qualsiasi titolo</i> <i>4.6 Il Codice di comportamento</i> <i>4.7 Altri soggetti</i>	pag. 26
5. Rendicontazione sulle Attività svolte nell'anno 2019 e Registro del RISCHI <i>5.1 Considerazioni sulle attività 2019</i> <i>5.1.2 Controlli verifiche ed ispezioni - I processi di integrazione e unificazione interaziendale</i> <i>5.2 I Processi ed il Registro dei Rischi</i>	pag. 39
6. Individuazione delle aree a rischio e misure di contrasto	pag. 52
7. Le misure di prevenzione ed in primis il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità" 2020 – 2022" <i>7.1 Il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2020-2022</i> <i>7.1.1 Il procedimento di Elaborazione e Adozione del Programma</i>	pag. 55

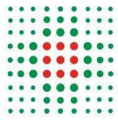


Policlinico S. Orsola-Malpighi

7.1.2 <i>Il Responsabile della trasparenza e gli adempimenti</i>	
7.1.3 <i>Il programma 2020/2022</i>	
7.1.4 <i>L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)</i>	
7.1.5 <i>Gli Obiettivi 2020-2022 e le iniziative per la trasparenza per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità</i>	
7.1.6 <i>Giornate della Trasparenza ed ascolto degli Stakeholders</i>	
7.1.7 <i>Processo di attuazione e sistema di monitoraggio interno</i>	
7.1.8 <i>Accesso Civico</i>	
7.1.9 <i>Dati ulteriori</i>	
7.2 <i>Disciplina della rotazione del personale</i>	
7.3 <i>Obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse</i>	
7.4 <i>Disciplina della inconfiribilità/incompatibilità di incarichi</i>	
7.5 <i>Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito</i>	
8. Formazione del personale	pag. 74
9. L'iter di Approvazione	pag. 77
Allegato 1 Programmazione 2020 – 2022	
Allegato 2 Il registro dei Rischi	
Allegato 3 Relazione annuale del RPCT	
Allegato 4 PROGRAMMA TRIENNALE 2020 – 2022 per la Trasparenza e l'Integrità	
Allegato 5 Elenco obblighi di pubblicazione	

LEGENDA

ABBREVIAZIONE	FORMULAZIONE PER ESTESO
A.O.U.	Azienda Ospedaliero universitaria di Bologna
C.C.A.	Codice di Comportamento Aziendale
AVEC	Area Vasta Emilia Centro (Bologna e Ferrara)
CTSS	Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana
C.C.D.P.	Codice di Comportamento dei Dipendenti Pubblici (D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62)
C.E.C.	Codice Etico e di Comportamento
A.N.A.C. (ex CIVIT)	Autorità Nazionale Anticorruzione
I.R.C.C.S	Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
R.P.C.T	Responsabile Prevenzione Corruzione e Trasparenza
R.T.I.	Responsabile Trasparenza Integrità
U.P.D.	Ufficio per i Procedimenti Disciplinari
U.E.	Ufficio Etico
O.I.V.	Organismo Indipendente di Valutazione
O.A.S	Organismo di Supporto Aziendale
U.R.P.	Ufficio Relazioni con il Pubblico
P.N.A.	Piano Nazionale Anticorruzione
P.T.P.C.	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione
P.T.P.C.T.	Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza
P.T.P.	Piano Triennale della Performance
P.T.T.I.	Piano Triennale Trasparenza ed Integrità
S.S.N.	Servizio Sanitario Nazionale
S.S.R.	Servizio Sanitario Regionale
R.E.R	Regione Emilia Romagna
DGR	Delibera della Giunta Regionale
FAD	Formazione a distanza



1. PREMESSA

1.1 Il Piano Aziendale Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)

Il presente Piano rappresenta un aggiornamento dell'ultimo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione Aziendale adottato dal Direttore Generale con atto n. 36/2019 su proposta del responsabile aziendale anticorruzione

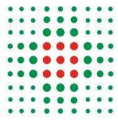
Il presente Piano fa riferimento al periodo 2020-2022 e viene predisposto tenendo conto del P.N.A., approvato da ANAC, con la Delibera n. 831 del 3 agosto 2016 e degli aggiornamenti successivi, nonché delle Linee guida ANAC.

La finalità è dare attuazione al comma 5 dell'art. 1 della L. n. 190 del 6/11/2012 recante *“Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione”*.

Tale norma si inserisce in un quadro normativo, nazionale ed internazionale, volto a neutralizzare o quantomeno minimizzare il rischio di pratiche corruttive nell'agire quotidiano della pubblica amministrazione. Il Piano va aggiornato annualmente o comunque ogni qual volta un mutamento organizzativo e normativo lo rendesse necessario

Con il PTPCT si intende procedere all'individuazione **delle azioni prioritarie ed attuative per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità al fine di garantire il corretto e trasparente funzionamento dell'azione amministrativa**. Tra queste non vanno trascurate le iniziative volte a sensibilizzare tutti i soggetti sulla necessità di dare piena applicazione alle misure di contenimento del rischio, aumentando la consapevolezza che la presenza di fenomeni corruttivi non può essere superficialmente ed aprioristicamente ritenuta lontana dalle nostre realtà.

L'obiettivo finale a cui si vuole gradualmente giungere, è la realizzazione di un sistema di controllo preventivo finalizzato a creare un ambiente di diffusa e rigorosa percezione e consapevolezza della necessità del rispetto delle regole.

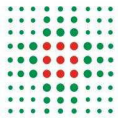


Gli strumenti più significativi da adottare per dare attuazione alla Legge n. 190/2012 e successive modifiche, possono così individuarsi:

- a) l'analisi dei processi nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione;
- b) lo sviluppo e il monitoraggio di meccanismi di controllo delle decisioni nelle aree a rischio in primis;
- c) l'adozione delle misure in materia di trasparenza disciplinate dal Decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33 – *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*, come modificate dal Dlgs n. 97/2016, previste nel Programma triennale per la Trasparenza (vedi paragrafo 7.1)
- d) la diffusione e la promozione di iniziative formative volte ad approfondire le conoscenze e ad indirizzare i comportamenti nell'ottica di una condivisione dei principi di eticità ed integrità;
- e) la diffusione dei principi espressi nel Codice di Comportamento nazionale e aziendale;
- f) il coinvolgimento dei Dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio, nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di monitoraggio per l'implementazione del Piano.

Un'azienda sanitaria può essere vista come un'organizzazione articolata in processi, le cui funzioni sono normativamente imposte, caratterizzata dalla gestione di processi di erogazione di servizi.

In considerazione della complessità della realtà organizzativa di quest'Azienda, nei binari tracciati da ANAC dapprima con la Determinazione n.12 del 28.10.2015 e poi con il Piano nazionale Anticorruzione 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016) per l'identificazione delle Aree a “rischio generali” ed alle aree a “rischio specifiche”, si è ritenuto di definire percorsi interni volti all'individuazione prioritaria e alla condivisione dei processi interni a più elevato rischio, prevedendone mappature assistite, con il supporto e la guida di un facilitatore, per l'identificazione dei fattori di rischio e la definizione di misure di prevenzione adeguate.



1.2 Il percorso aziendale

Fin dall'anno 2013, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, ancora nelle more della predisposizione del primo "Piano Nazionale Anticorruzione" (Deliberazione n.72 dell'11.9.2013 Civit) ed in conformità alle prime disposizioni operative del Dipartimento della Funzione Pubblica (Circolare n. 1 del 25.1.2013), nominò con Deliberazione n.76 del 7.03.2013, il Responsabile della prevenzione della corruzione, avviando un'intensa attività di studio della normativa e di confronto a livello interaziendale in area vasta (province di Bologna e Ferrara) e metropolitana. Furono da subito effettuati confronti con i Dirigenti dell'Azienda ai fini della predisposizione del Codice di comportamento, dell'assolvimento degli obblighi in materia di Trasparenza e di avvio delle analisi per l'individuazione dei processi a maggior rischio di corruzione.

I momenti di studio, approfondimento e confronto sia all'interno dell'Azienda che con diversi soggetti esterni, sono stati e sono tuttora perno dell'intera attività condotta sul tema della prevenzione della Corruzione.

I Piani Triennali (e gli altri documenti correlati: Codice di comportamento aziendale, Programma triennale trasparenza ed integrità e Regolamento per la gestione degli incarichi extra istituzionali, ecc), hanno rispettato il previsto iter di adozione nei tempi fissati e sono pubblicati sul sito aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente."

2. NOZIONE di CORRUZIONE

2.1 Qualche considerazione

"La natura sistemica della corruzione ha comportato un ingigantimento del bene giuridico offeso e una rarefazione del contenuto di disvalore dei singoli comportamenti di corruzione. In effetti, la corruzione sistemica, oltre al prestigio, all'imparzialità e al buon andamento della pubblica amministrazione, pregiudica, da un lato, la legittimazione stessa delle pubbliche amministrazioni e dall'altro, l'economia della Nazione". "Ma è altrettanto vero che la stabilità della finanza cui è strettamente correlato il corretto uso delle finanze pubbliche per la crescita della persona e per lo sviluppo di una società solidale orientata alla realizzazione del bene comune non può prescindere da un'etica pubblica di cui il principio di legalità, unito a quello di buon andamento, da un lato è un'attuazione di essa e, dall'altro, una strumentazione per la tutela dei diritti fondamentali in un giusto temperamento di risorse scarse". (dichiarazioni di Luigi Giampaolino – già Presidente della Corte dei Conti della Repubblica Italiana dal 2010 al 2013).

Più e più volte all'Italia sono state attribuite posizioni pesanti in “classifiche” mondiali, tra i paesi più corrotti (posizioni differenziate a seconda di chi conduce le indagini, *ovvero International Risk Guide, Corruption Perception Index, World bank Indicators*), dopo paesi quali la Georgia, il Ruanda o il Ghana. Così come impressiona la “stima” di 60 miliardi all'anno quale costo della corruzione in Italia, più volte ricordato.

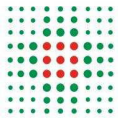
In questi ultimi tempi tale inquadramento è stato rivisto, alla luce di più approfondite considerazioni e dando maggior rilievo al fatto che queste indagini si basano sulla “percezione”. **Secondo l'Indice di Percezione della Corruzione del 2018, l'Italia è al 53° posto nel mondo per corruzione perepita. Negli ultimi anni, il nostro Paese ha migliorato la sua posizione grazie all'approvazione di nuove normative, in primis la legge anticorruzione e quella per la protezione dei whistleblower, ma c'è ancora molto da fare.**

L'organismo anti-corruzione del Consiglio d'Europa (GRECO) ha, infatti, sottolineato nel suo rapporto 2019 che in alcuni paesi la percezione pubblica dei bassi livelli di corruzione potrebbe condurre a sottovalutare la necessità di adottare delle misure per contrastare le pratiche di corruzione. Nel suo rapporto annuale, il GRECO esamina le misure adottate nel 2018 dai suoi 49 Stati membri per la lotta contro la corruzione; Il Presidente del GRECO, Marin Mrčela, ha affermato: “Nessun paese è immune alla corruzione. Tutti i paesi, indipendentemente dalla loro posizione negli indici di percezione, devono adottare misure concrete per prevenire e combattere la corruzione. Affidarsi alle percezioni e sottovalutare la forza delle misure preventive comporta l'elevato rischio che alcuni comportamenti si evolvano rapidamente in fenomeni di corruzione”.

Come ogni anno, il 9 dicembre si è celebrata la Giornata Internazionale contro la Corruzione voluta dalle Nazioni Unite per ricordare quanto questo fenomeno influisca negativamente sulle nostre vite: “Uniti contro la corruzione per lo sviluppo, la pace e la sicurezza” è stato il tema scelto dalla Nazioni Unite per la Giornata 2019 contro la corruzione, un male endemico e pervasivo che mina istituzioni pubbliche e private in ogni Paese. Antonio Guterres, segretario generale dell'Onu, ha esortato a continuare a lavorare per trovare soluzioni innovative per vincere la battaglia contro la corruzione. L'evasione fiscale, il riciclaggio di denaro sporco e altri flussi illeciti sottraggono, infatti, le risorse necessarie a scuole, ospedali e infrastrutture essenziali.

Transparency International Italia, nell'ambito dell'iniziativa “Mappiamo la corruzione” che si pone l'obiettivo di monitorare le notizie di corruzione e reati simili che vengono riportate dai media, ha rilevato la presenza di 387 casi di corruzione e reati affini in Italia nel primo semestre 2019.

Le regioni maggiormente interessate sono Lombardia, Sicilia e Campania mentre i tre settori più critici sono Pubblica Amministrazione, sanità e politica in cui 1 caso su 3 è relativo ad appalti pubblici.



I reati più diffusi, oltre a quello corruttivo che conta il 40% dei casi, sono: peculato, turbativa d'asta, abuso d'ufficio, truffa, voto di scambio, concussione, riciclaggio e frode.

Transparency International Italia suggerisce alcune azioni, quale ad esempio un'efficace applicazione della legge sul whistleblowing, legge approvata nel novembre 2017; il rafforzamento dei presidi anticorruzione negli enti pubblici, dotando di maggiori risorse i Responsabili per la Prevenzione della Corruzione; la semplificazione delle leggi per evitare abusi; maggiori investimenti sull'educazione civica dei giovani, per formare una società più sensibile, consapevole e attiva.

2.2 Presupposti e definizione

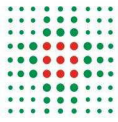
L'adeguamento del proprio comportamento a parametri di lealtà, di correttezza, di servizio al bene comune trova fondamento nella Costituzione stessa, che impone di svolgere le funzioni pubbliche con disciplina ed onore (art. 54, comma 2) e con imparzialità (art. 97) nonché di essere al servizio esclusivo della Nazione (art. 98)

La **corruzione**, disciplinata dal nostro codice penale, all'interno degli artt. 318-322, può essere definita come un particolare accordo (*factum sceleris*) tra un funzionario pubblico ed un soggetto privato, mediante il quale il primo accetta dal secondo, per un atto relativo alle proprie attribuzioni, un compenso che non gli è dovuto.

Ai fini dell'applicazione della Legge n. 190/2012 e dell'adozione del presente piano, il concetto di corruzione è **inteso in senso lato**, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività svolta dalla Pubblica Amministrazione, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati.

Le situazioni rilevanti, nell'ambito dell'azione di prevenzione e contrasto della corruzione, sono pertanto più ampie della fattispecie penalistica e sono tali da comprendere l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I del codice penale nonché le situazioni in cui, a prescindere dalla rilevanza penale, venga in evidenza un **mal funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite** (come ad esempio le situazioni di conflitto di interesse, nepotismo, clientelismo, assenteismo, sprechi, ecc).

A tal proposito si richiama quanto contenuto nella Circolare n.1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 25 gennaio 2013 *"il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati"*



3. IL CONTESTO ESTERNO, IL CONTESTO INTERNO E L'ORGANIZZAZIONE

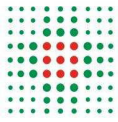
3.1 L'ambito Regionale

La Regione Emilia-Romagna è tra le regioni italiane più vaste territorialmente e, con oltre quattro milioni di abitanti, tra le più popolate.

Nel 2011 la Regione Emilia Romagna ha varato la Legge n. 3 per la prevenzione delle infiltrazioni mafiose e per la diffusione della cultura della legalità e nel 2013 il Protocollo d'intesa di legalità per la ricostruzione delle zone colpite dagli eventi sismici del 27 giugno 2012. Obiettivo, il potenziamento dell'attività di controllo e vigilanza sugli appalti, sia per la fase di esecuzione delle opere nei cantieri edili e di ingegneria civile, sia per la verifica dei requisiti delle imprese affidatarie, subappaltanti e subfornitrici, quindi per l'intera filiera delle imprese interessate ai lavori.

Altro passo rilevante è stata poi l'approvazione della Legge regionale 28 ottobre 2016, n. 18 "*Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili*" e l'approvazione della L.R n. 9/2017 sul tema specifico della ricerca e delle sperimentazioni cliniche.

La Regione, per una più incisiva strategia di contrasto alla corruzione ha attivato il progetto per costituire la Rete cui partecipano anche ANCI, UPI, UNCEM e UNIONECAMERE dell'Emilia Romagna, prevedendo la sottoscrizione di un protocollo. Gli enti che aderiscono si impegnano a collaborare per la realizzazione e il buon funzionamento della Rete. L'azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna (d'ora in poi AOU) ha aderito con delibera n.289 del 19.12.2017 alla "*Rete per l'integrità e la trasparenza*", della Regione Emilia Romagna, concepita ai sensi dell'art. 15 della legge regionale n. 18/2016, quale sede di confronto volontaria a cui possono partecipare i responsabili della prevenzione della corruzione e i responsabili per la trasparenza degli enti locali del territorio regionale e di tutti gli altri enti non appartenenti al Sistema delle amministrazioni regionali di cui all'articolo 1, comma 3 bis, lettera d) della legge regionale n. 43 del 2001, al fine di condividere esperienze e attività di prevenzione messe in campo con i rispettivi piani triennali di prevenzione della corruzione, organizzare attività comuni di formazione, con particolare attenzione ai settori a rischio di corruzione valorizzando il più ampio confronto tra istituzioni, associazioni e cittadini. La Rete, a cui hanno aderito, ad oggi, ben **195 enti**, è coordinata dal RPCT dell'Ente Regione che ha costituito un gruppo di lavoro, proprio per l'approfondimento del contesto territoriale.



Attività di contrasto sociale e amministrativo

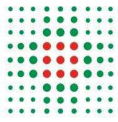
Con l'adozione della L.R. 18/2016 la Regione Emilia-Romagna ha dedicato una particolare attenzione ai progetti di promozione della legalità. Sono incentivate tutte le iniziative per la promozione della cultura della legalità sviluppate d'intesa con i diversi livelli istituzionali, ivi incluse le società a partecipazione regionale, che comprendono anche il potenziamento dei programmi di formazione del personale e lo sviluppo della trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Numerose disposizioni sono volte a rafforzare la prevenzione dei fenomeni di corruzione ed illegalità a partire dal settore degli appalti pubblici. Tra le misure previste:

- la valorizzazione del rating di legalità delle imprese (art. 14);
- la creazione di elenchi di merito, a partire dal settore dell'edilizia ed in tutti i comparti a maggior rischio di infiltrazione mafiosa (art. 14);
- la diffusione della Carta dei Principi delle Imprese e dell'Elenco di Merito delle imprese e degli operatori economici (art. 14);
- Il monitoraggio costante degli appalti pubblici, anche in collaborazione con l'Autorità anticorruzione (art. 24);
- La riduzione delle stazioni appaltanti, favorendo la funzione di centrale unica di committenza esercitata dalle unioni di comuni (art. 25);
- La promozione della responsabilità sociale delle imprese, al fine di favorire il pieno rispetto delle normative e dei contratti sulla tutela delle condizioni di lavoro (art. 26).

Ulteriori misure specifiche vengono adottate per il settore dell'autotrasporto e facchinaggio, con il potenziamento dell'attività ispettiva e di controllo negli ambiti della logistica, e in quelli del commercio, turismo, agricoltura e della gestione dei rifiuti, anche al fine di contrastare i fenomeni del caporalato e dello sfruttamento della manodopera (artt. 35-42). Viene favorita poi una maggiore condivisione di informazioni sui controlli da parte dei corpi deputati alla protezione del patrimonio naturale, forestale e ambientale in genere, oltre al maggiore sostegno alle attività della rete del lavoro agricolo, cercando di prevenire l'insorgenza di fenomeni illeciti all'interno del contesto agricolo.

Recentemente la Giunta regionale, con propria delibera n. 2151 del 22/11/2019 ha approvato il *Piano integrato delle azioni regionali per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile e la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e dei fenomeni corruttivi relativo al biennio 2020/2021*, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 28 ottobre 2016, n. 18 sopra citata.



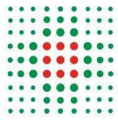
Prosegue poi l'azione di diffusione della Carta dei Principi di responsabilità sociale di imprese e la valorizzazione del rating di legalità, attraverso i bandi per l'attuazione delle misure e degli interventi della DG Economia della Conoscenza, del Lavoro e dell'Impresa. L'adesione diviene così requisito indispensabile per l'accesso ai contributi previsti dai bandi.

Continua l'attività dell'Osservatorio regionale dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, che fornisce anche assistenza tecnica alle Stazioni Appaltanti, enti e soggetti aggiudicatori del territorio regionale, per la predisposizione dei bandi, di promozione del monitoraggio delle procedure di gara, della qualità delle procedure di scelta del contraente e della qualificazione degli operatori economici.

È stato realizzato l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei prezzi delle opere pubbliche.

In relazione all'art. 34, della L.R. n. 18/2016, è continuata l'attività relativa all'aggiornamento dell'Elenco di merito degli operatori economici del settore edile e delle costruzioni. La formazione dell'Elenco di merito, che conta ad oggi 1.506 imprese iscritte, persegue due principali finalità: a) la prima è rivolta alla costituzione di una banca dati a cui le Stazioni Appaltanti, i Comuni, i committenti, i professionisti ed i cittadini possono attingere per affidare incarichi alle imprese; b) la seconda riguarda l'attuazione del principio della semplificazione offrendo la possibilità, ove si realizzino le condizioni normative ed organizzative, di non dover ripresentare i medesimi documenti previsti per altri adempimenti.

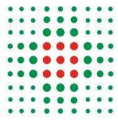
È stato aggiornato e adeguato al nuovo Codice degli appalti pubblici D. Lgs. 50/2016 e ss.mm. ii. il sistema informativo SITAR, ora denominato SITAR 2.0; l'Osservatorio regionale, quindi, con il nuovo sistema informativo, a partire dagli ultimi mesi del 2017, ha svolto in modo più efficace la propria attività di monitoraggio dell'intero ciclo di realizzazione degli appalti pubblici dalla fase di programmazione a quella del collaudo, tenendo conto delle sue specificità in relazione alla tipologia e all'importo. Il SITAR 2.0 permette inoltre di assolvere in modo unitario alle diverse esigenze di monitoraggio dei vari organismi legalmente deputati, concentrando in un'unica banca dati le diverse informazioni e semplificando l'azione di invio, realizzando quindi il monitoraggio previsto dal Codice dei contratti pubblici in modo completamente informatico e rendendolo più efficiente e meno gravoso per i soggetti coinvolti.



Con l'approvazione della nuova legge urbanistica regionale (L.R. 21 dicembre 2017 n. 24 - Disciplina regionale sulla tutela e l'uso del territorio), sono state introdotte norme ed obblighi specifici di contrasto dei fenomeni corruttivi e delle infiltrazioni della criminalità organizzata nell'ambito delle operazioni urbanistiche. In particolare, l'articolo 2 (Legalità, imparzialità e trasparenza nelle scelte di pianificazione), oltre a ribadire che le amministrazioni pubbliche devono assicurare, anche nell'esercizio delle funzioni di governo del territorio, il rispetto delle disposizioni per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e contro i conflitti di interesse, definite dalle leggi statali e dall'ANAC, introduce inoltre l'obbligo di acquisire l'informazione antimafia, disciplinata dall'articolo 84 del D. Lgs. 159/2011, relativamente ai soggetti privati che propongono alle amministrazioni comunali l'esame e l'approvazione di progetti urbanistici, nell'ambito dei diversi procedimenti regolati dalla legge (accordi operativi, accordi di programma e procedimento unico per i progetti di opere pubbliche e di interesse pubblico e per le modifiche di insediamenti produttivi).

A seguito di diversi incontri tematici e della deliberazione di Giunta n. 15 del 8 gennaio 2018, è stato sottoscritto il 9 marzo 2018 il Protocollo di intesa per la legalità negli appalti di lavori pubblici e negli interventi urbanistici ed edilizi, tra la Regione, il Commissario delegato per la ricostruzione e le nove Prefetture/Uffici territoriali del governo, operanti in Emilia-Romagna, volto ad incrementare le misure di contrasto ai tentativi di inserimento della criminalità organizzata nel settore delle opere pubbliche e dell'edilizia privata, migliorando l'interscambio informativo tra gli enti sottoscrittori, garantendo maggiore efficacia della prevenzione e del controllo, anche tramite l'estensione delle verifiche antimafia a tutti gli interventi finanziati con fondi destinati alla ricostruzione. Nell'ambito di tale Protocollo, volto ad aggiornare, integrare e rinnovare l'omologo accordo siglato il 5 marzo 2012, tra la Regione e le Prefetture, oltre a recepire il nuovo Codice degli appalti pubblici, con la deliberazione di Giunta n. 2032 del 14/11/2019, è stato approvato l'Accordo attuativo dell'Intesa per la legalità firmato il 9 marzo 2018 per la presentazione alle Prefetture-UTG, attraverso il sistema informativo regionale SICO della notifica preliminare dei cantieri pubblici, di cui all'art. 26 del Decreto Legge 4 ottobre 2018, n. 113 (convertito con modificazioni dalla legge 1 dicembre 2018, n. 132). Tale Accordo dà anche attuazione a quanto previsto dagli art. 30 e 31, della L.R. 18/2016, in materia di potenziamento delle attività di controllo e monitoraggio della regolarità dei cantieri.

Inoltre, si prevedono anche misure indirizzate ad agevolare l'attuazione dell'art. 32 della L.R. 18/2016 sul requisito della comunicazione antimafia per i titoli abilitativi edilizi relativi ad interventi di valore complessivo superiore a 150mila euro, nonché l'attuazione delle richiamate norme della nuova legge urbanistica regionale (L.R. n. 24 del 2017) inerenti all'obbligo di informazione antimafia per i soggetti privati proponenti progetti urbanistici.



Va rimarcato, inoltre, che le misure di prevenzione e contrasto ai tentativi di infiltrazione criminale e mafiosa sono estese non solo all'ambito pubblico, ma anche al settore dell'edilizia privata puntando a promuovere il rispetto delle discipline sull'antimafia, sulla regolarità contributiva, sulla sicurezza nei cantieri e sulla tutela del lavoro in tutte le sue forme.

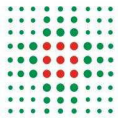
Con la sottoscrizione di accordi di programma, la Regione poi ha sostenuto un ampio spettro di azioni nell'ambito della promozione della cultura della legalità: interventi di sensibilizzazione e formativi, specialmente per i più giovani; costituzione di "Centri per la legalità"; attivazione di Osservatori locali sulla criminalità organizzata e per la diffusione della cultura della legalità. Ne è stata sostenuta la creazione: nella provincia di Rimini, nella Città Metropolitana di Bologna, nelle amministrazioni comunali di Forlì e Parma e nelle Unioni Terre d'Argine (MO) e Tresinaro Secchia (RE).

Scenario economico-sociale a livello regionale: descrizione del profilo criminologico del territorio E-R

Fin dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso, le attività di ricerca realizzate dalla Regione Emilia-Romagna hanno permesso di ricostruire un quadro articolato della presenza delle organizzazioni criminali in regione e di comprendere le strategie adottate da tali organizzazioni nello spostamento e nell'insediamento di uomini nel territorio per condurre attività lecite e illecite e organizzare i traffici illegali.

A differenza di altre regioni del Nord Italia, il controllo del territorio da parte di organizzazioni criminali in Emilia-Romagna risulta ancora assente, mentre la loro attività principale e più remunerativa è costituita dai traffici illeciti, in particolare dal traffico di stupefacenti. Le altre attività rilevanti delle mafie in Emilia-Romagna riguardano l'edilizia pubblica e privata, il movimento terra e autotrasporti, l'usura, il recupero crediti, la gestione e il controllo illegale del gioco d'azzardo, le estorsioni, l'intestazione fittizia di beni e il riciclaggio.

Le realtà territoriali più vulnerabili, ma anche quelle più studiate e conosciute, sono quelle di Reggio Emilia e Modena, dove le indagini confermano la presenza di 'ndranghetisti e casalesi nei cantieri edili. È l'edilizia, infatti, il settore più vulnerabile all'infiltrazione mafiosa in Emilia-Romagna e dove i processi di corruzione e di condizionamento della criminalità organizzata sono più visibili e consolidati, come dimostrato anche dall'inchiesta Aemilia, il cui impianto accusatorio è stato recentemente confermato nel primo grado di giudizio.



Parma è la città in cui si segnala una presenza significativa di Cosa nostra, con cellule collegate alla famiglia Panepinto di Bivona (AG), per il resto poco presente nel territorio regionale.

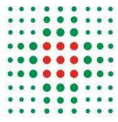
Anche nel mercato immobiliare si segnala nella regione un notevole attivismo delle cosche mafiose, in particolare nella città di Bologna. Si tratta di un settore strategico, che consente di reinvestire capitali illeciti ed acquisire patrimoni immobiliari, in genere utilizzando acquirenti fittizi. Anche in questo caso si rivela fondamentale il ruolo giocato da “faccendieri” locali e prestanome nel mondo delle professioni. Il riciclaggio risulta così essere una delle attività più fiorenti della criminalità organizzata in Emilia-Romagna e si manifesta attraverso acquisti di attività commerciali, imprese ed immobili.

Anche l'area della Romagna è stata interessata da una crescente infiltrazione delle mafie, come testimoniano le diverse inchieste condotte dall'autorità giudiziaria. Nella riviera romagnola, ed in particolare nella provincia di Rimini, le mafie si sono concentrate in attività legate al narcotraffico, gioco d'azzardo, recupero crediti, usura, estorsioni, gestione di locali notturni, intestazione fittizia di beni ed il riciclaggio.

Ancora negli anni più recenti il controllo del mercato degli stupefacenti in Emilia-Romagna assume una rilevanza fondamentale per le organizzazioni criminali. È infatti da questa attività che tali organizzazioni criminali traggono la porzione più consistente dei loro profitti, da reinvestire poi in parte anche nelle attività del mercato legale attraverso complesse attività di riciclaggio.

Il riciclaggio dei capitali illeciti è infatti l'attività terminale per bonificare i capitali provenienti da tutta una serie di attività criminali e che avviene attraverso più fasi e una molteplicità di canali che si vanno sempre di più affinando e moltiplicando man mano che aumentano gli strumenti per contrastarlo: dalla immissione dei capitali nel circuito finanziario attraverso banche, società finanziarie, uffici di cambio, centri off-shore e altri intermediari, alla loro trasformazione in oro, preziosi, oggetti di valore, assegni derivanti da false vincite al gioco, ecc., fino appunto all'investimento in attività lecite a ripulitura avvenuta.

Nel corso degli ultimi decenni l'attività di contrasto alla criminalità organizzata si è molto concentrata sull'attacco ai capitali di origine illecita e ciò è avvenuto anche grazie al supporto di un sistema di prevenzione che è un importante complemento all'attività di repressione dei reati, intercettando e ostacolando l'impiego e la dissimulazione dei relativi proventi. In questo sistema di prevenzione l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia dal d.lgs. n. 231/2007 (che è la cornice legislativa antiriciclaggio in Italia), è l'autorità incaricata di acquisire i flussi finanziari e le

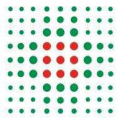


informazioni riguardanti ipotesi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo principalmente attraverso le segnalazioni di operazioni sospette trasmesse da intermediari finanziari, professionisti e altri operatori; di dette informazioni l'UIF effettua l'analisi finanziaria, utilizzando l'insieme delle fonti e dei poteri di cui dispone, e valuta la rilevanza ai fini della trasmissione agli organi investigativi e della collaborazione con l'autorità giudiziaria, per l'eventuale sviluppo dell'azione di repressione.

Secondo i dati pubblicati annualmente da questo organismo, negli ultimi dieci anni (dal 2009 al 2018) in Emilia-Romagna sono state segnalate all'UIF quasi 50.000 operazioni sospette di riciclaggio, pari al 10% di tutte le segnalazioni avvenute nel territorio nazionale. Osservandone l'andamento nel tempo, va detto che il numero di segnalazioni è aumentato costantemente in Emilia-Romagna e nel resto dell'Italia, e ciò va interpretato sicuramente come un possibile tentativo di espansione criminale nell'economia legale, ma probabilmente anche di un'accresciuta sensibilità e attenzione per il problema del riciclaggio da parte dei soggetti che sono incaricati a trasmettere le segnalazioni all'UIF, ovvero principalmente degli operatori finanziari e in second'ordine dei professionisti (basti pensare che dal 2009 al 2018 il numero di segnalazioni è quasi quintuplicato sia in regione che in Italia).

Un andamento simile del fenomeno, seppure con numeri sensibilmente inferiori rispetto alle segnalazioni all'UIF, lo si riscontra nei dati delle denunce delle forze di polizia (i dati della delittuosità), secondo i quali i reati di riciclaggio in regione sono cresciuti costantemente negli ultimi dieci anni, passando dalle 95 denunce del 2009 alle 124 del 2018. Ciò detto, va tuttavia rilevato che nel decennio in esame la regione ha detenuto costantemente tassi di reato di riciclaggio inferiori alla media nazionale.

Quello della corruzione è un fenomeno difficile da misurare non solo perché è difficile definirne correttamente i contorni, ma perché presenta anche, come è ovvio, un elevatissimo sommerso. Tuttavia, se ci si limita a osservare i delitti commessi negli ultimi anni in Emilia-Romagna da pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione, anche in questo caso si può notare una crescita non trascurabile del fenomeno. In particolare, dal 2011 al 2017 (che è l'ultimo anno per cui si dispone dei dati dell'Autorità giudiziaria), i procedimenti per i reati di questo tipo per i quali l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale sono stati 2.317 (il 5% di quelli definiti in tutti i distretti giudiziari del paese). Va precisato che per quasi il 70% di questi procedimenti si è trattato di violazioni dei doveri d'ufficio e abusi, mentre la restante parte riguardava reati più strettamente collegati ai fenomeni corruttivi. In particolare, nel settennio in esame l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale per 341 procedimenti riguardanti delitti di peculato, 237 di malversazione, 66 di concussione e 154 di corruzione vera e propria.



Non trascurabile, infine, è il numero di soggetti condannati con sentenza irrevocabile per avere commesso tali reati. In particolare, 949 sono i pubblici ufficiali che dal 2011 al 2017 sono stati condannati per avere commesso delitti contro la pubblica amministrazione, di cui 159 per peculato, 16 per malversazione, 54 per concussione e 93 per corruzione. ¹

¹ **Fonti:**

Rivista «QUADERNI DI CITTÀ SICURE», numeri:

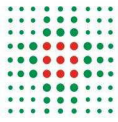
- 11b “La sicurezza in Emilia-Romagna. Terzo rapporto annuale” (1997);
- 29 “Criminalità organizzata e disordine economico in Emilia-Romagna” (2004);
- 39 “I raggruppamenti mafiosi in Emilia-Romagna. Elementi per un quadro di sintesi” (2012), a cura di E. Ciconte;
- 41 “Mafie, economia, territori, politica in Emilia-Romagna” (2016), a cura di E. Ciconte;
- 42 “Mafie, economia, lavoro” (2018), a cura di V. Mete e S. Borelli.

Rapporto annuale dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per il 2017, n. 10 – 2018 (v.: <http://uif.bancaditalia.it/publicazioni/rapporto-annuale/>)

LIBERA INFORMAZIONE:

- 2011 Mafie senza confini, noi senza paura – Dossier 2011 – Mafie in Emilia-Romagna, (a cura di Frigerio L., Liardo G.), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.
- 2012 Mosaico di mafie e antimafia – Dossier 2012 – I numeri del radicamento in Emilia-Romagna, (a cura di Della Volpe S., Ferrara N., Frigerio L., Liardo G.), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.
- 2013 Mosaico di mafie e antimafia – Dossier 2013 – L'altra 'ndrangheta in Emilia-Romagna, (a cura di S. Della Volpe, L. Frigerio, G. Liardo), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.
- 2015 Mosaico di mafie e antimafia – Dossier 2014/15 – Aemilia: un terremoto di nome 'ndrangheta, (a cura di S. Della Volpe, L. Frigerio, G. Liardo), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma.

(per eventuali integrazioni, per descrizione del territorio di riferimento vd. anche la “RELAZIONE SULL'ATTIVITÀ DELLE FORZE DI POLIZIA, SULLO STATO DELL'ORDINE E DELLA SICUREZZA PUBBLICA E SULLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA” del Ministro dell'Interno al Parlamento in https://www.camera.it/leg18/494?idLegislatura=18&categoria=038&tipologiaDoc=elenco_categoria)

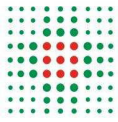


3.1.1 La sanità nella Regione Emilia Romagna

La Regione, sempre pronta ad adottare le misure più adeguate a prevenire, a seguito di un grave episodio avvenuto nel maggio 2017 all'Azienda ospedaliero universitaria di Parma, protagonista il Direttore della terapia del dolore, docente universitario di Anestesia e Rianimazione, accusato di aver condotto sperimentazioni cliniche illegittime, a scapito di ignari pazienti, con oneri a carico del SSN per la promozione di prodotti farmaceutici, a vantaggio di se stesso e ovviamente delle case farmaceutiche produttrici, ha approvato la **Legge n.9 del 1^ giugno**. Al capo III "Altre misure di adeguamento in materia sanitaria" - art 5, sono puntualizzate le Politiche regionali di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza e all'art 7 ha previsto l'obbligatorietà di **espresso e motivato nulla osta del direttore generale** della struttura sanitaria ove vengano condotte le sperimentazioni cliniche e gli studi, al fine di garantire anche l'assenza di pregiudizi per l'attività assistenziale. E' poi richiamata la responsabilità non solo disciplinare ma anche civile, amministrativa e contabile, per chi avvia sperimentazioni in assenza di detto nullaosta. Va ricordato che la nostra azienda **da sempre ha adottato tale modalità** di preventivo rilascio di nullaosta per tutte le sperimentazioni condotte all'interno del Policlinico, a seguito di approvazione del Comitato Etico, anche qualora le stesse fossero in capo all'Università di Bologna. Questo grave episodio, ha visto anche le dimissioni del Rettore e la sospensione del professionista.

Si conferma anche l'importanza del **tavolo di lavoro permanente** di confronto tra la Direzione generale per la "Cura della persona, salute e welfare" della Regione Emilia Romagna e i RPCT degli enti e delle Aziende del SSR, costituito dal 2017. L'attenzione è rivolta all'applicazione della normativa in materia di trasparenza e di prevenzione della Corruzione: il **gruppo formalizzato** con nota agli dell'Azienda PG n. 15783 dell'11/8/2016 e recentemente approvato con determina del Direttore della Direzione generale per la "Cura della persona, salute e welfare" n. 20318 del 4/12/2017. E' prevista la presenza dei componenti l'OIV regionale.

Nel corso dell'anno 2017, alcuni RPCT delle Aziende sanitarie della Regione e tra queste anche la nostra, con il RPCT aziendale ed una sua collaboratrice, avviarono un confronto al fine di individuare **modalità di raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti**, facilitate attraverso l'utilizzo di una procedura informatica regionale GRU, diffusa presso le aziende sanitarie della Regione.

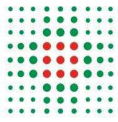


Inoltre, in seno allo stesso sottogruppo, è stato predisposto il modello regionale per la raccolta delle dichiarazioni pubbliche di assenza di conflitto di interesse, sempre attraverso la medesima procedura informatizzata. Il processo di informatizzazione dello schema condiviso all'interno dell'applicativo regionale di gestione delle Risorse Umane (GRU), completato ed esteso a tutti i dipendenti. Nel corso del 2018 tale modello è stato adottato e la compilazione a carico di tutti i dipendenti, è stata posta come obiettivo ai Direttori generali (20% al 31/12/2018). Nel dicembre 2019, la Direzione Generale dell'Assessorato alle Politiche della salute, ha disposto la temporanea sospensione dell'obbligo di consegna delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali, con nota PG/2019/929510 del 20/12/2019, ciò sia per superare le incertezze legate al tema della pubblicazione di tale documentazione sia le misure che ciascun RPCT ha adottato, efficaci dal punto di vista della prevenzione del rischio corruttivo.

Un altro Gruppo di RPCT, sempre con il coordinamento della Regione, ha contribuito alla proposta di redazione di una **nuova Linea Guida per l'adozione di Codici di comportamento aziendali** confrontabili ed omogenei il più possibile. Nell'anno 2018 è stato adottato il nuovo codice, previo esperimento della prevista procedura di consultazione pubblica.

E' bene poter qui richiamare quanto ANAC rileva, in sede di aggiornamento 2017 al PNA: dall'analisi condotta su n. 577 Pubbliche Amministrazioni, relativamente alle attività rivolte alla prevenzione dei fenomeni corruttivi, emerge che *“l'esperienza maggiormente positiva è quella delle Aziende del settore sanitario”*. Per il settore della salute questo è un riconoscimento importante, di un lavoro che ogni giorno viene portato avanti all'interno delle aziende e degli enti del nostro Paese. Un settore, quello sanitario, fra i più delicati e impattanti, per la salute dei cittadini e per il maggior impiego di risorse della comunità.

Transparency international ha pubblicato il proprio report 2017 **“Curiamo la corruzione – percezione rischi e sprechi in sanità”**, presentato il 12 dicembre 2017 a Roma. Non è ancora disponibile il rapporto 2018. Al capitolo *“Analisi dei rischi di corruzione in sanità”* si trova un'interessante analisi comparativa dei PTPC 2016-2018 delle Aziende sanitarie di tutta Italia, con indicazione dei criteri utilizzati e soprattutto dei risultati per regione. L'Emilia-Romagna ha conseguito un risultato davvero eccellente (al 2° posto dopo il Trentino-Alto Adige, senza che nessun PTPC sia giudicato “insufficiente”). Si tratta di un dato oggettivamente positivo, che valorizza il lavoro svolto in questi anni pur tra mille difficoltà. Si evidenzia inoltre il seguente passaggio: ***“Le tre regioni che hanno ottenuto le migliori valutazioni (% di Piani MOLTO BUONI) sono Trentino-Alto Adige, Emilia-Romagna e Piemonte, dove emerge una forte collaborazione tra RPC ed emergono le sinergie con il sistema regionale”***.



3.2 Area Vasta Bologna Centro

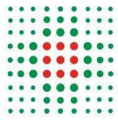
Dal dicembre 2013, i responsabili della Prevenzione e della corruzione delle Aziende sanitarie delle Città di Bologna e Ferrara, Azienda Usl di Imola e Istituto Ortopedico Rizzoli, hanno provveduto a costituire un coordinamento permanente, con il **tavolo “trasparenza ed anticorruzione” dell’AVEC (Area Vasta Emilia Centro)**- A decorrere dal 2015, si è “aggregato” il RPCT dell’Azienda Usl della Romagna. Nel corso delle riunioni a cadenza mensile, sono condivisi e trattati gli aspetti normativi di immediata applicazione dettati dall’emanazione di provvedimenti normativi e di Anac nonché la condivisione della organizzazione di proposte di eventi formativi ecc. Sulle risultanze delle attività svolte dal Tavolo degli RPCT e al fine di dare impulso alle rispettive azioni all’interno delle proprie Aziende, viene data puntuale informazioni ai Direttori Amministrativi attraverso l’invio di verbali.

A tal proposito si sottolinea come da tempo gli indirizzi regionali alle Aziende sanitarie, sottolineano l’esigenza di sviluppare possibili forme di collaborazione ed integrazione vera e propria, sia a livello provinciale che di area vasta. Tali azioni negli anni hanno coinvolto sia aspetti e servizi sanitari, sia i cosiddetti “servizi di supporto”.

L’Area Vasta Emilia Centro (AVEC), nel dare attuazione alle indicazioni regionali ed in conformità a quanto stabilito dall’art. 15 della L. 7.8.1990, n. 241 “Accordi fra pubbliche amministrazioni”, che recita “*..le amministrazioni pubbliche possono sempre concludere tra loro accordi per disciplinare lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune.*” ha approvato:

- in data 7 settembre 2010 il Progetto organizzativo “Unificazione servizi amministrativi Aziende sanitarie area metropolitana di Bologna”, recepito in Azienda il 13 Giugno 2011 con deliberazione n.213. In attuazione di detto progetto sono stati istituiti, con decorrenza 1°Luglio 2011:
 - il “**Servizio acquisti metropolitano**” con sede presso l’Azienda U.S.L. di Bologna
 - il “**Settore previdenza metropolitano**” con sede presso l’Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna (successivamente confluito nel Servizio Amministrazione del Personale con deliberazione n.395 del 26/8/2015)

- in data 4 settembre 2013 il Progetto per l’integrazione delle funzioni tecnico-amministrative per lo svolgimento con l’Azienda USL di Bologna e l’Istituto Ortopedico Rizzoli; attraverso specifiche convenzioni per l’unificazione e le modalità di svolgimento del:
 - “**Servizio Amministrazione del Personale**”
 - “**Servizio Contabilità e Finanza**”



Le predette convenzioni recepiscono, per ciascuno degli ambiti sopra indicati, i progetti di unificazione validati dai Direttori Amministrativi di questa Azienda, dell'Azienda USL di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, in quanto ritenuti esecutivi. A seguito delle relative verifiche di fattibilità, per realizzare la gestione unificata è stato individuato il modello dell'Azienda capofila, in cui un'Azienda struttura al proprio interno tutta l'organizzazione delle funzioni unificate (cfr. Delibera n. 395 del 26.8.2015 ad oggetto: *Recepimento delle convenzioni specifiche con l'Azienda Usl di Bologna e l'Istituto Ortopedico Rizzoli per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi amministrazione del personale e contabilità e finanza*).

Con le deliberazioni n. 201 e 220 dell'agosto 2019, sono state recepite ed approvate le convenzioni relative all'aggiornamento e riorganizzazione delle funzioni unificate per gli aspetti giuridici ed economici dell'Amministrazione del personale e del servizio Contabilità e Finanza.

A conclusione del Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC) avvenuto nel corso dell'anno 2017, le Aziende dell'Area metropolitana città di Bologna, hanno dato attuazione a quanto previsto dalla DGR n. 81 del 22/01/2018 relativa all'approvazione del progetto di legge "Norme in materia di Finanziamento, programmazione, controllo delle Aziende sanitarie e Gestione Sanitaria Accentrata", che dispone l'inserimento dell'art 3 ter alla L.R. n. 29/2004, ad oggetto "Sistema **di audit interno**".

Pertanto, come indicato nella DGR 919/2018 del 18/06/2018 "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale per l'anno 2018", le Aziende sanitarie regionali hanno provveduto ad istituire la funzione di Audit interno e, sempre come esplicitato dalla sopra menzionata nota, nel corso del 2018, è stato istituito un gruppo di lavoro regionale che prevede la partecipazione dei referenti aziendali con il compito di favorire e coordinare le funzioni di Audit aziendale nella fase di istituzione. (v. capitolo 5.1)

In sede di area metropolitana, con Deliberazioni delle Aziende USL di Bologna e di Imola, dell'Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, è stato approvato il progetto "Gruppo audit area metropolitana di Bologna". Come descritto nel progetto, gli uffici delle Aziende sanitarie metropolitane coinvolte sono gli Uffici bilancio, gli Uffici controllo di gestione e sistemi informativi, gli Uffici anticorruzione e trasparenza e gli Uffici qualità.

3.3 Il Contesto interno e l'organizzazione

Il Policlinico S. Orsola è un'Azienda Ospedaliero-universitaria, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Alma Mater di Bologna. Il primo nucleo dell'ospedale risale al 1592. La Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università ha sede presso il Policlinico S. Orsola.

L'Azienda è stata istituita dalla legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29 ed è disciplinata dai seguenti atti di indirizzo o di intesa aventi carattere generale e speciale:

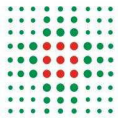
- a) D.G.R. 14 febbraio 2005, n. 318, recante *“Disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, ai sensi dell'art. 9, comma 6, della legge regionale n. 29/2004”*, così come modificata dalla D.G.R. 6 agosto 2015, n. 1191, recante *“Composizione dei Comitati di Indirizzo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie regionali – Modifica della deliberazione di Giunta regionale n. 318/2005”*
- b) D.G.R. 14 febbraio 2005, n. 297, recante *“Protocollo di Intesa tra la regione Emilia-Romagna e le Università degli studi di Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.r. 23 dicembre 2004, n. 29”*
- c) D.G.R. 29 luglio 2016, n. 1207, recante *“Approvazione schema nuovo Protocollo di Intesa tra la Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma, in attuazione dell'art. 9 della L.R. 23 dicembre 2004, n. 29”*.

L'Azienda eroga e sviluppa, integrandole, assistenza polispecialistica, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale ed internazionale. Attualmente il Policlinico è organizzato in 80 Unità operative ed in 9 Dipartimenti ad attività integrata, dove viene assicurato l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, ed in particolare del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, Oggi si colloca nel cuore della città di Bologna, con 27 padiglioni che coprono un'estensione pari a circa 1,8 chilometri quadrati, circondati da 1.400 alberi.

Nel corso del 2015 è stato attivato il nuovo Polo Cardio-Toraco-Vascolare, un centro all'avanguardia europea e ad altissima tecnologia, dotato attualmente di 164 posti letto, 6 sale operatorie, 2 sale ibride e 3 di emodinamica

L'Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna è dotata di 1.461 posti letto (dato al 31/12/2019) con un organico al 31.12.2019 di 5.174 unità, compreso il personale universitario integrato.

Tra personale dipendente, studenti e docenti universitari, pazienti e visitatori, fornitori sono circa 20 mila le persone che lo frequentano quotidianamente.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

Altra eccellenza è l'attività Trapiantologica (nel 2019 sono stati eseguiti n. 257 trapianti, di cui n. 122 di rene, 99 di fegato, 27 di cuore e n. 9 di polmone). L'Azienda è sede del Centro Regionale Trapianti. Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale (complessivamente il 14,6%).

Vengono effettuati oltre 4.000.000 di prestazioni specialistiche e circa 62.000 ricoveri, di cui il 44,6% per interventi chirurgici.

Il legame con l'Università dà impulso sia all'assistenza sia all'attività di ricerca.

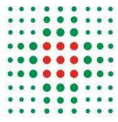
Al Policlinico fanno riferimento circa 2.580 studenti di Medicina e Chirurgia, circa 880 medici in formazione specialistica e circa 106 dottorandi ed assegnisti di ricerca che svolgono attività clinica.

L'Azienda opera sul territorio provinciale e regionale nell'ambito del quale la popolazione assistibile complessivamente è superiore ai 4.300.000. Nell'ambito della provincia, l'Azienda definisce ogni anno i volumi di attività con le due Ausl che insistono sul territorio, Bologna e Imola, coerentemente con le linee di programmazione di Area Vasta, Provinciale e Metropolitana. L'Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi definisce accordi di fornitura con le aziende presenti sul territorio provinciale, l'Ausl di Bologna e l'Ausl di Imola e le aziende USL extraprovinciali della regione Emilia-Romagna, in applicazione di quanto disposto dalla delibera di programmazione regionale. Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale (complessivamente il 15,7%).

Vengono eseguiti oltre 4.000.000 di prestazioni specialistiche e più di 60.000 ricoveri, di cui oltre 27.000 per interventi chirurgici.

La Direttrice generale pro tempore, insediatasi il 19 dicembre 2016, ha presentato dimissioni per motivi personali e dal 1^a ottobre 2019, è stata nominata la drssa Gibertoni. L'impegno della Direzione è volto alla realizzazione degli obiettivi di mandato definiti dall'Assessorato alla Salute della Regione, formulati sulla base del Programma di mandato della Giunta della Regione Emilia-Romagna.

Per una completa definizione dell'organizzazione dell'Azienda si rimanda all'Atto aziendale e al ROA, Regolamento di Organizzazione Aziendale.



A seguito dell'avvenuta sottoscrizione nel luglio 2016, è entrato in vigore il nuovo **Protocollo d'intesa** tra la Regione Emilia-Romagna e le Università di Bologna, Ferrara, Modena-Reggio Emilia e Parma in attuazione dell'art. 9 comma 3, della L.R. 29/2004. Nel confermare gli assetti istituzionali, le soluzioni organizzative e le modalità di relazione che hanno consentito una proficua collaborazione fra Servizio sanitario regionale e Università, il nuovo Protocollo prevede alcune rilevanti novità. Da un lato, infatti, esso prende atto dei cambiamenti normativi e organizzativi intervenuti sia nel Servizio sanitario regionale sia nel sistema universitario. Dall'altro, esso introduce alcune innovazioni per favorire un più efficace coordinamento tra le programmazioni di Regione e Università a livello di sistema regionale così come a livello locale. Nell'anno 2017 si è avviato il lavoro congiunto per **dare attuazione al Protocollo**, attraverso l'accordo attuativo locale e viste le indicazioni regionali per l'attuazione del 15/9/2017 prot. 613801

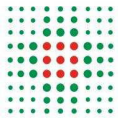
Con deliberazione n. 275 del 21/12/2018, si è proceduto all'approvazione e alla sottoscrizione con il Rettore dell'Università di Bologna, dell'**Accordo attuativo**, ai sensi dell'art. 9 co. 3 della L.R. n. 29/2004, per disciplinare in maggior dettaglio alcuni specifici temi delineati nel Protocollo di intesa.

Nell'ambito delle rispettive autonomie e specifiche finalità istituzionali, Azienda e Università si impegnano ad informare i propri rapporti al principio di leale collaborazione ed a perseguire un modello di relazioni basato sulla programmazione congiunta delle forme di integrazione tra attività assistenziali, didattico-formative e di ricerca.

In tale quadro le Parti per quanto di specifica competenza, intendono promuovere i fondamentali obiettivi di:

- assicurare la qualità e la congruità della formazione del personale medico e sanitario;
- promuovere lo sviluppo della ricerca biomedica e sanitaria;
- garantire la qualità e la sostenibilità del Servizio Sanitario;
- semplificare le procedure, anche tramite l'utilizzo di sistemi di digitalizzazione dei documenti.

Con l'aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione, ANAC ha concentrato l'attenzione anche **sulle Istituzioni universitarie**. Le Università, con la parte relativa alla ricerca, rappresentano un elemento importante per la gestione completa e sistemica della "corruzione" in sanità. I potenziali conflitti di interesse nel sistema universitario e della ricerca con le ditte esterne (farmaceutiche, di dispositivi medici, ecc.) sono un punto importante da analizzare e da cui partire. I soggetti che fanno parte del sistema universitario devono rispondere alla stessa maniera alle misure di prevenzione della corruzione senza differenziazioni per l'appartenenza a settori diversi rispetto a quello delle aziende ospedaliere/sanitarie. Tutto ciò per fare sì che i valori e l'etica entrino a pieno titolo nel sistema a tutela della salute e per fare sì che tutto il sistema della salute sia al solo servizio del cittadino e non di "interessi" particolari.



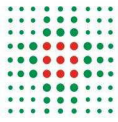
3.3.1 - Il Contesto interno e il percorso di riconoscimento IRCCS

Nel corso dell'anno 2019, è stato avviato il procedimento per il riconoscimento di IRCCS dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, nei due ambiti "Assistenza e Ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "Gestione medica e chirurgica integrata nelle patologie oncologiche", che integrano attività assistenziali e di ricerca, al fine di:

- sviluppare un partenariato di natura strategica con il sistema della ricerca e della formazione universitaria nell'ambito delle strutture del SSN, essenziale per una ricerca autenticamente traslazionale;
- adottare un concetto di disciplinarietà trasversale, cioè multiprofessionale e transdisciplinare, anziché concentrarsi su singoli organi e apparati, in risposta alla necessità di personalizzare gli interventi a fronte dell'alta complessità dei pazienti;
- focalizzare l'attenzione allo sviluppo, alla sperimentazione e al trasferimento delle nuove tecnologie interventistiche, complementari o sostitutive delle tecniche tradizionali, con l'obiettivo di realizzare un approccio integrato e multiprofessionale fra discipline mediche e chirurgiche;

Con deliberazione n. 694/2019 la Giunta Regione Emilia-Romagna, ha positivamente valutato la presenza dei requisiti previsti dall'art. 13 del D.Lgs. n. 288/2003 e dalle circolari applicative con successiva deliberazione 2068 del 18/11/2019 la Regione è intervenuta nella ridefinizione del perimetro delle aree di ricerca del costituendo IRCCS, individuando le seguenti discipline per le quali viene richiesto il riconoscimento: "Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico" e "Gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche".

Al momento della stesura del presente Piano, si è in attesa della conclusioni del Ministero che il 19 dicembre ha proceduto alla *site visit*.

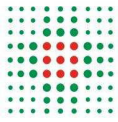


3.4 Il Piano della performance

Il Piano della performance è utilizzato sia all'interno dell'Azienda per orientare l'attività del gruppo dirigente (e del personale dell'azienda) nel perseguire le fondamentali priorità strategiche individuate nel dialogo con la direzione aziendale sia all'esterno, nei rapporti con i diversi portatori di interesse (stakeholder), per rappresentare le priorità strategiche individuate e la conseguente assunzione di responsabilità nel raggiungimento degli obiettivi definiti e nella loro rendicontazione (accountability).

Il documento, coerentemente con i principi contenuti nel D.lgs. n. 150/2009 ed in conformità con le linee guida fornite dall'ANAC, è redatto in stretta connessione con gli obiettivi previsti nel Programma triennale di prevenzione della Corruzione. Il collegamento annuale con l'evoluzione degli obiettivi dell'anticorruzione e della trasparenza viene garantito con il processo di budget.

Nell'elaborazione del Piano sono state recepite le indicazioni e gli indirizzi forniti dall'Organismo Indipendente di Valutazione unico regionale per il SSR con le Delibere 1/2014 e 3/2016 dell'OIV-SSR; il documento è stato quindi sviluppato secondo le articolazioni dell'albero della performance, strutturato su due livelli, mediante Dimensioni della performance ed Aree della performance attraverso le quali è possibile individuare un collegamento indicativo con le priorità strategiche stabilite dalla Direzione Generale dell'Azienda, strettamente correlate agli obiettivi di programmazione regionale.



4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE e GLI ALTRI SOGGETTI.

4.1 Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione

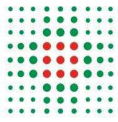
Con Deliberazione n. 76 del 7.3.2013 in applicazione dell'art. 1, comma 7, della legge n. 190/2012 il Direttore generale individuò e nominò responsabile della prevenzione della corruzione, la dott.ssa Luisa Capasso Dirigente Amministrativo Responsabile della Struttura complessa Affari Generali, istituzionali e convenzioni provvedendo successivamente con deliberazione n. 368 del 16.09.2013, a nominare la stessa anche Responsabile aziendale della trasparenza.

Nel corso dell'anno 2015, vi fu un avvicendamento nella Responsabilità affidata per il periodo aprile-novembre al Dott. Marco Storchi titolare di un incarico dirigenziale di Responsabile della Struttura Complessa "Servizi di supporto alla persona"; (deliberazione n.172/2015), a seguito dell'assenza della precedente responsabile, dovuta ad un periodo di aspettativa per altro incarico.

Dal 1^a dicembre 2015, è stato rivisto il collocamento in ambito aziendale di dette responsabilità, prevedendo la istituzione di una struttura complessa denominata "**Anticorruzione, Trasparenza e Rapporti con l'Università**", (deliberazione n. 514/2015) e l'affidamento della responsabilità alla drssa Luisa Capasso (deliberazione n. 518 /2015), nel frattempo rientrata. Al momento è assegnato alla struttura un collaboratore di categoria D per le funzioni di Prevenzione della Corruzione e trasparenza. E' confermata alla stessa anche la Responsabilità per la Trasparenza. Tale riorganizzazione può ritenersi rispondente a quanto previsto nel PNA 2016, là dove ANAC prevede al punto 5.2 che al RPCT "*..siano riconosciuti poteri e funzioni idonei a garantire lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività ..*" Così come pure la disposizione di unificare in capo ad un unico soggetto, entrambe le responsabilità: in questa azienda fin dalla prima nomina, si è seguito tale indirizzo.

Il criterio di scelta del RPCT, risulta in linea con quanto già ripreso in sede di aggiornamento del PNA nella deliberazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e poi nel PNA 2016

In occasione dell' Aggiornamento 2018 al PNA approvato con delibera n.1074 del 21 novembre 2018, ANAC ha ripreso il tema del Ruolo e Poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, richiamando ed allegando al documento la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 con la quale l'Autorità aveva inteso dare indicazioni interpretative ed operative, con particolare riguardo poteri di verifica, controllo ed istruttori del RPCT in presenza di segnalazioni di casi di presunta corruzione.



Già nel PNA 2016 adottato con Delibera n. 831 del 3 agosto 2016, l'Autorità aveva ritenuto opportuno sottolineare che la scelta del RPCT dovesse ricadere su persone che avessero sempre mantenuto una condotta integerrima. Con l'aggiornamento 2018 si forniscono ulteriori indicazioni, alle amministrazioni, invitate a considerare tra le cause ostative allo svolgimento e al mantenimento dell'incarico di RPCT le condanne in primo grado prese in considerazione nel decreto legislativo 31 dicembre 2012, n. 235, art. 7, co. 1, lett. da a) ad f), nonché quelle per i reati contro la pubblica amministrazione e, in particolare, almeno quelli richiamati dal d.lgs. 39/2013 che fanno riferimento al Titolo II, Capo I «Dei delitti dei pubblici ufficiali contro la Pubblica amministrazione».

Onere del RPCT dare tempestiva comunicazione all'amministrazione o ente presso cui presta servizio, di aver subito eventuali condanne di primo grado.

Nel ricordare che il RPCT risponde nelle ipotesi previste ai sensi dell'art. 1 commi 10,12,13, e 14 della legge 190/2012, come modificato dal D.lgs. n.97/2016, si richiamano brevemente le funzioni attribuite:

- elaborazione della proposta del piano triennale della prevenzione della corruzione;
- definizione di procedure appropriate per la selezione e la formazione dei dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- verifica dell'efficace attuazione del piano e la sua effettiva idoneità a prevenire il rischio corruttivo;
- proposta di modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti nell'organizzazione aziendale che comportino una revisione dello stesso;
- elaborazione della relazione annuale sull'attività anticorruzione svolta;
- verifica della diffusione dei codici di comportamento nell'amministrazione, il monitoraggio annuale sulla loro attuazione, ai sensi dell'articolo 54, comma 7, del decreto legislativo n. 165 del 2001, la pubblicazione sul sito istituzionale e la comunicazione all'Autorità nazionale anticorruzione, di cui all'articolo 1, comma 2, della legge n. 190 del 2012 dei risultati del monitoraggio (articolo 15 d.P.R. 62/2013)
- individuazione del personale da inserire in percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

A fronte delle funzioni attribuite al responsabile della prevenzione della corruzione, la legge 190 del 2012 **prevede consistenti responsabilità** in caso di inadempimento.

In particolare l'omessa predisposizione del piano della prevenzione della corruzione ovvero la mancata individuazione delle procedure di selezione e formazione dei dipendenti che devono operare in settori particolarmente esposti alla corruzione, costituiscono elemento di valutazione delle responsabilità dirigenziale.

Le modifiche apportate dal D.Lgs.n. 97/2016 precisano che in caso di ripetute violazioni del PTPC sussiste la responsabilità dirigenziale e per omesso controllo, sul piano disciplinare, se il RPCT non prova di aver comunicato agli uffici le misure da adottare e le relative modalità e di aver vigilato sull'osservanza del Piano. I dirigenti, pertanto, rispondono della mancata attuazione delle misure di prevenzione della corruzione, ove il RPCT dimostri di avere effettuato le dovute comunicazioni agli uffici e di avere vigilato sull'osservanza del Piano.

Resta immutata, in capo al RPCT, la responsabilità di tipo dirigenziale, disciplinare, per danno erariale e all'immagine della pubblica amministrazione, prevista all'art. 1, co.12, della L.n. 190/2012, in caso di commissione di un reato di corruzione, accertato con sentenza passata in giudicato, all'interno dell'amministrazione. Il RPCT può andare esente dalla responsabilità ove dimostri di avere proposto un PTPCT con misure adeguate e di aver vigilato sul funzionamento e sull'osservanza dello stesso. Riguardo gli strumenti individuati al fine di consentire l'effettivo svolgimento del ruolo, si rinvia a quanto sopra evidenziato con la istituzione di una struttura complessa denominata "*Anticorruzione, Trasparenza e Rapporti con l'Università*" (deliberazione n. 514/2015).

Con l'**aggiornamento 2018 al PNA**, l'Autorità ribadisce quanto vadano valorizzati i rapporti con i RPCT quale figura chiave nelle amministrazioni e negli enti per assicurare effettività al sistema di prevenzione della corruzione come declinato nella l. 190/2012. Da qui il particolare rilievo che ANAC attribuisce alla scelta del RPCT nelle Amministrazioni e negli altri enti tenuti a nominarlo.

ANAC interagisce con il Responsabile, nello svolgimento della propria attività di vigilanza per verificare sia l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione di cui alla L. 190/2012, sia il corretto adempimento degli obblighi di pubblicazione di cui al d.lgs. 33/2013.

Relativamente alla vigilanza sulle misure anticorruzione, si ricorda che l'art. 1, co. 2, lett f), della L.190/2012 assegna all'Autorità il compito di esercitare la vigilanza e il controllo sull'effettiva applicazione e sull'efficacia delle misure anticorruzione adottate dalle pubbliche amministrazioni e sul rispetto delle regole sulla trasparenza amministrativa. La collaborazione dei RPCT è indispensabile per l'Autorità al fine di poter compiutamente svolgere tali funzioni.

Altro tema su cui l'Autorità si sofferma, è la richiesta di riesame sulla revoca del RPCT e su misure discriminatorie, vista quale misura di garanzia dell'autonomia e indipendenza del RPCT.

Il legislatore ha previsto che, in caso di revoca dell'incarico, l'Autorità possa richiedere all'amministrazione o ente che ha adottato il provvedimento di revoca, il riesame della decisione nel caso rilevi che la revoca sia correlata alle attività svolte dal RPCT in materia di prevenzione della corruzione. Analogamente, l'Autorità può richiedere il riesame di atti adottati nei confronti del RPCT in caso riscontri che essi contengano misure discriminatorie a causa dell'attività svolta dal RPCT per la prevenzione della corruzione.

Per quanto attiene la relazione annuale per l'anno 2019, la stessa è stata redatta secondo lo schema predisposto da ANAC nel rispetto del termine di scadenza al 31 gennaio 2020. E' pubblicata sul sito aziendale ed allegata al Piano (allegato 3).

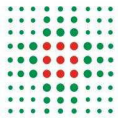
Il RPCT si avvale della collaborazione di un **gruppo di lavoro aziendale permanente**, che vede la presenza di tutte le competenze necessarie a supportare il Responsabile per la realizzazione delle fasi del processo di gestione del rischio (vedi la deliberazione n. 17 del 15.1.2014 *“Adozione di linee guida aziendali in materia di contrasto all’illegalità ed alla corruzione in applicazione delle relative disposizioni legislative. Costituzione di un gruppo di lavoro permanente”*) Nel corso del 2016 la composizione del Gruppo era stata aggiornata mentre per l'anno 2018, il RPCT ha proposto, sulla base dell'esperienza condotta in questi anni, un'integrazione con la presenza di un componente la Direzione delle professioni sanitarie, in ragione della sensibilità alle tematiche ed attenzione mostrata in varie occasioni (vedi ad es incontri formativi) dal personale tecnico ed infermieristico, più vicino alle attività assistenziali rivolte ai pazienti. (**vedi successivo punto 4.2**).

Richiamando ancora una volta quanto ANAC rileva a proposito della positiva esperienza in ambito sanitario riguardo l'applicazione della normativa di prevenzione della corruzione (v. punto 3.1.2), si da evidenza qui **della rete informale** creata nel 2014 che vede collegati e uniti decine di Responsabili per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza della Sanità. Una rete in cui ogni giorno si scambiano pareri sulle buone pratiche e sulle modalità per prevenire i rischi corruzione e di cattivo uso delle risorse con un approccio positivo che cerca di non rendere burocratica tale attività ma di snellire e migliorare l'efficienza dei processi e dare trasparenza all'attività della P.A.

Nel corso del 2019, alcuni RPCT, tra cui la stessa Luisa Capasso, che risulta tra i soci fondatori, hanno costituito l'Associazione Italiana per l'Integrità del Sistema Salute (AIIS), aperta a tutti coloro che intendano attivamente partecipare ed intervenire sui temi della prevenzione e della gestione dei rischi in sanità.

4.2) Gruppo di lavoro permanente

La composizione del Gruppo di lavoro coordinato dal RPCT, costituito fin dal gennaio 2014, è stata rivista alla luce dei mutati assetti organizzativi (ad es l'avvenuta costituzione dei servizi amministrativi unificati), così da renderla più coerente, integrandola con responsabili di funzioni che svolgano un ruolo di coordinamento rispetto ad altre articolazioni organizzative nel raggiungimento degli obiettivi del PTPCT.



Per le motivazioni riportate al punto precedente, il Gruppo nel 2019 è stato integrato e modificato con la delibera di approvazione del Piano, prevedendo la presenza, tra l'altro, di un rappresentante della Direzione delle professioni sanitarie.

L'attuale composizione sarà a breve rivista in considerazione dell'avvicendamento di alcuni dirigenti nelle funzioni di responsabilità:

4.3 L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)

Le modifiche che il D.Lgs.n.97/2016 ha apportato alla L. n.190/2012 rafforzano le funzioni già affidate agli OIV in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza dal d.lgs. n.33/2013, anche in una logica di coordinamento con il RPCT e di relazione con l'ANAC. Il PNA 2016, nella parte speciale "Sanità", ha assegnato alle Regioni e, per conseguenza, agli Organismi di Valutazione delle Performance aziendali, un ruolo di interlocuzione specifico con i RPCT.

Nell'ambito dei poteri di vigilanza e controllo attribuiti all'ANAC, l'Autorità si riserva di chiedere informazioni tanto all'OIV quanto al RPCT in merito allo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e trasparenza, anche tenuto conto che l'OIV riceve dal RPCT le segnalazioni riguardanti eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione dei PTPC.

La connessione fra gli obiettivi di performance e le misure di trasparenza ha trovato conferma nel d.lgs. 33/2013. Gli OIV sono tenuti a verificare la coerenza tra gli obiettivi di trasparenza e quelli indicati nel piano della performance, utilizzando altresì i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della valutazione delle performance (art. 44). L'OIV, inoltre, esprime parere obbligatorio sul codice di comportamento che ogni amministrazione adotta ai sensi dell'art. 54, co. 5, d.lgs. 165/2001.

In particolare, l'art. 1 comma 7 prevede che il RPCT segnali anche all'OIV, oltre che alla DG, eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza. L'art. 8, invece, conferma in capo agli OIV, anche attraverso gli OAS, la verifica della coerenza tra gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale con i Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e che nella misurazione e valutazione delle performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza, con verifica dell'OIV della relazione annuale del RPCT (art.1 comma 14 l.190/2012)

La Giunta della Regione Emilia Romagna, con delibera n. 334 del 17 marzo 2014 ha approvato l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo indipendente di valutazione unico regionale per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Regionale, prevedendo:

- l'istituzione di un organismo unico a livello regionale denominato Organismo indipendente di valutazione degli enti e le aziende del servizio sanitario regionale;
- l'istituzione presso ogni Azienda di un organismo aziendale di supporto, per il quale è prevista la possibilità della presenza di soggetti esterni, dotati di idonea qualificazione professionale, individuati nel rispetto delle norme di cui all'art. 7 del D.lgs. n. 165/2001 e nei limiti di spesa e nei budget che saranno assegnati per il 2015 della regione Emilia-Romagna;
- le competenze attribuite ai due distinti livelli.

L'Organismo indipendente di valutazione regionale, con la delibera n. 1/2014 recepita dall'Azienda (v. Delibera n. 55 del 30.1.2015), ha fornito le prime indicazioni metodologiche ed operative in ordine alle funzioni ed ai compiti attribuiti all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) ed agli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) da costituirsi presso ciascuna Azienda ed ente del Servizio sanitario regionale , prevedendo che:

- all'**Organismo Indipendente di Valutazione** a livello regionale sono attribuiti i seguenti compiti e funzioni:

a. valutazione della correttezza metodologica dei sistemi di misurazione e valutazione delle attività e delle prestazioni individuali:

- a.1 linee guida e di indirizzo, modelli attuativi e verifica del ciclo della performance;
- a.2 linee guida e di indirizzo, modelli attuativi e verifica della correttezza metodologica dei sistemi di valutazione integrata del personale dipendente;

b. promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione e misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati in enti e aziende del SSR e dell'ARPAE:

- b.1 valutazione dell'impatto sui sistemi incentivanti;
- b.2 misurazione e valutazione della performance dei dirigenti in relazione alla attuazione degli

obblighi di trasparenza;

c. monitoraggio del funzionamento complessivo del sistema dei controlli interni nell'ambito di enti e aziende del SSR e dell'ARPA e presentazione alla Giunta regionale di una relazione annuale sullo stato dello stesso;

d. esercizio delle funzioni attribuite agli organismi di cui all'art. 14 del D.lgs.150/2009 da successive leggi statali, in particolare dalla normativa relativa all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione:

d.1 parere obbligatorio sul codice di comportamento prima della adozione;

d.2 verifica della coerenza tra gli obiettivi previsti nel programma triennale per la trasparenza e l'integrità e quelli indicati nel piano della performance;

- all'**Organismo di supporto istituito a livello aziendale** spetta:

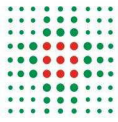
1) Garantire il collegamento con l'OIV unico per i compiti in materia di valutazione di cui alle precedenti lettere a) e b):

- garantire la gestione procedimentale e documentale del processo di controllo;
- assicurare il supporto alla attività di valutazione interna, in particolare per la definizione e manutenzione della metodologia di classificazione e graduazione delle posizioni dirigenziali, per la definizione degli strumenti di incentivazione individuali o legati a specifici progetti, per l'individuazione di indicatori di risultato qualitativo e quantitativo nel sistema di incentivazione del comparto;
- assicurare il corretto confronto tra valutato e valutatore in ogni fase del procedimento di valutazione della prestazione, in special modo nei casi di pareri difformi;

2) Garantire il collegamento con l'OIV per i compiti di cui alla lettera d):

- garantire lo svolgimento delle attività relative all'assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità;
- assicurare la gestione procedimentale e documentale relativa alle competenze in materia di piano triennale della trasparenza, codice di comportamento.

Pertanto in Azienda dal 1° febbraio 2015 è stato istituito, in conformità a quanto disposto dalla Regione, l'**Organismo aziendale di supporto (OAS)**, che opera in correlazione ed integrazione con l'OIV. Sono state attribuite all'Organismo aziendale di supporto, le funzioni proprie ed i compiti connessi alla gestione procedimentale e documentale in materia di piano triennale della trasparenza e codice di comportamento. **L'OAS è stato rinnovato** nella sua composizione con delibera aziendale n. 334 del 31.12.2019.



Con delibera n. 4/2016, l'OIV ha fornito agli OAS e ai RPCT aziendali, le prime indicazioni ai sensi del D.Lgs. n.97/2016 e del PNA 2016. Detta deliberazione, così come disposto, è pubblicata sul sito aziendale "Amministrazione Trasparente", sezione "Personale" sottosezione "OIV".

4.4 L'Ufficio per i procedimenti disciplinari (UPD)

In tema di prevenzione della Corruzione, al responsabile dell'Ufficio Procedimenti disciplinari, vengono affidate compiti e funzioni piuttosto rilevanti, quali:

- l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione del procedimento disciplinare per violazioni dei Codici di comportamento, richiesta di parere facoltativo all'Autorità Nazionale Anticorruzione secondo quanto stabilito dall'art. 1, comma 2, lett.d), della legge 190/2012;
- attività di vigilanza e, in raccordo col Responsabile della prevenzione, di monitoraggio come previsto dall'art. 15 del DPR 62/2012 e dal Codice di comportamento aziendale;

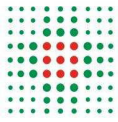
Ai fini di consentire una valutazione complessiva dei dipendenti anche sotto il profilo comportamentale, stabilisce un accordo informativo col Responsabile della Prevenzione della Corruzione. E' necessario ridefinire i rapporti con il RPCT, tenuto conto della mutata configurazione dell'Ufficio per i procedimenti disciplinari che dall'1.10.2015 ha assunto forma collegiale. Si è infatti valutata positivamente la costituzione di un organismo di tipo collegiale, composto da professionisti in possesso di specifiche competenze tecniche, a garanzia della formulazione di valutazioni e giudizi multi professionali.

4.5 I Dirigenti, i dipendenti e i collaboratori, a qualsiasi titolo

Con l' Aggiornamento 2018 al PNA, come già in quello 2015, sono stati descritti i compiti del RPCT peraltro previsti nella L. 190/2012, in particolare nella sua interlocuzione con gli altri soggetti interni alle amministrazioni o enti, nonché nella sua attività di vigilanza sull'attuazione delle misure di prevenzione della corruzione.

All'art. 1, co. 9, lett. c) è disposto che il PTPCT preveda «obblighi di informazione nei confronti del RPCT chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano». Tali obblighi informativi ricadono su tutti i soggetti coinvolti, già nella fase di formazione del Piano e, poi, nelle fasi di verifica del suo funzionamento e dell'attuazione delle misure adottate.

Al riguardo si rammenta che l'art. 8 del d.p.r. 62/2013 prevede un dovere di collaborazione dei dipendenti nei confronti del RPCT, dovere la cui violazione è sanzionabile disciplinarmente e da



valutare con particolare rigore. È imprescindibile, dunque, un forte coinvolgimento dell'intera struttura in tutte le fasi di predisposizione e di attuazione delle misure anticorruzione.

La partecipazione dei Dirigenti, oltre che di tutto il personale dell'Azienda, assicura maggiori garanzie di reale incisività nelle azioni di prevenzione del fenomeno corruttivo, tenuto conto che:

“Tutti i dirigenti per l'area di rispettiva competenza:

- *svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);*
- *partecipano al processo di gestione del rischio;*
- *propongono le misure di prevenzione (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001);*
- *assicurano l'osservanza del Codice di comportamento e verificano le ipotesi di violazione;*
- *adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e rotazione del personale (artt. 16 e 55 bis d.lgs. n. 165 del 2001);*
- *osservano le misure contenute nel PTPCT (art. 1, comma 14, della l. n. 190 del 2012);”*

Le azioni aziendali saranno pertanto sempre più rivolte a richiamare i Direttori di Struttura al rispetto degli obblighi di collaborazione attiva e di corresponsabilità nella progettazione, promozione ed adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione, sottolineando che la violazione delle misure di prevenzione e degli obblighi di collaborazione ed informazione e segnalazione previsti dai Piani e dal Codice di comportamento, da parte dei dipendenti dell'azienda è fonte di responsabilità disciplinare, alla quale si aggiunge, per i dirigenti, la responsabilità dirigenziale.

Ai sensi dell'art.1, comma 14, della legge 190/2012 incorrono in violazioni passibili di sanzione disciplinare i dipendenti che non osservino quanto contenuto nel presente PTPCT.

Sono tenuti poi a:

- partecipare al processo di gestione del rischio, prestando la loro collaborazione al Responsabile della Prevenzione della Corruzione (art. 8 Codici di comportamento generale e Art. 7 Prevenzione della corruzione aziendale del Codice aziendale)
- osservare le misure contenute nel Piano Triennale della Prevenzione della Corruzione (art. 1, c. 14, legge 190/2012; art. 8 Codice di comportamento generale e art 8 e 12 del Codice aziendale);
- segnalare tempestivamente al Responsabile della struttura di appartenenza o al Responsabile della prevenzione, le situazioni di illecito (art. 54 bis d.lgs. 165/2001 e “Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente e relative forme di tutela” adottato con delibera del Direttore generale n.645/2014) nonché i casi di personale in conflitto di interesse (art. 6 bis legge 241/1990; artt. 6 e 7 Codice di comportamento generale e Art. 4 Conflitto di interessi e obbligo di astensione del Codice aziendale).

Analogamente chiunque collabori con l'Azienda è obbligato ad osservare le misure contenute nel piano e a segnalare eventuali situazioni di illecito (artt. 2 e 8 DPR 62/2013; PNA - All A.2).

In tal senso si evidenzia che una prima azione di coinvolgimento avviene attraverso il Gruppo di lavoro permanente (v. *punto 4.2*) che periodicamente si incontra con il RPCT. I componenti del Gruppo e i Dirigenti, sono stati sollecitati a proporre azioni per la predisposizione del presente piano (*mail del 20 dicembre ore 13.29*) e hanno partecipato attivamente. Ulteriori disposizioni in merito alla partecipazione, alla responsabilizzazione e ai doveri di collaborazione, potranno essere contenuti in specifici e separati atti interni cui si fa rinvio.

Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto nelle specifiche clausole inserite nei relativi contratti.

Nell'anno 2016 con deliberazione n. 71 del 23.3.2016 è stato approvato il “...**patto di integrità in materia di contratti pubblici per aggiudicazioni di beni, servizi e lavori in economia e per forniture di beni, servizi e lavori non rientranti nell'ambito di competenza del servizio acquisti metropolitano.**”

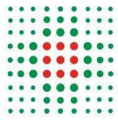
4.6 Il Codice di Comportamento

Premesso che l'adozione del **Codice di Comportamento** da parte di ogni Pubblica Amministrazione rappresenta una delle principali misure di attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione a livello decentrato, secondo quanto indicato nel Piano Nazionale Anticorruzione, l'Azienda dopo aver adottato un primo Codice con deliberazione n. 40 del 31.1.2014, ritenne di provvedere ad una revisione dello stesso, secondo la prevista procedura (delibera n. 154 del 30/3/2015). Fermo restando l'impianto generale, furono apportate alcune modifiche al Codice stesso per renderlo maggiormente coerente con il Piano Triennale di prevenzione della Corruzione e più facilmente fruibile per i soggetti destinatari, con stretto riferimento alle Aree ed ai processi a rischio individuati nel PTPC.

Ministero della salute, Anac e di Agenas nel settembre 2016 hanno emanato “**Le Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN**” approvate poi con determinazione ANAC n. 358 del 29/3/2017, Linee guida che comportano un'ulteriore edizione del Codice aziendale.

A tal proposito il tavolo permanente di confronto tra Regione Emilia Romagna e i RPCT degli enti e delle Aziende del SSR (v. *punto 3.1.2*), aveva predisposto già nel 2017 uno schema unico di riferimento per le Aziende regionali, successivamente approvato da parte dell'Assessorato.

Con delibera di Giunta n. 96 del 29.1.2018, è stato approvato lo “*Schema tipo del Codice di comportamento per il personale operante presso le Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna*” che, come da nota della Direttrice Generale dell'Assessorato Cura della persona, Salute e Welfare



della R.E.R., è stato redatto tenendo conto del Codice di comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 62/2013), della L.R. 9/2017, dei Codici di Comportamento adottati dalle singole Aziende sanitarie della regione ed ovviamente delle Linee Guida A.N.A.C. sopra richiamate.

Molti articoli del nuovo Codice sono dedicati ai comportamenti da rispettare nello svolgimento di alcune attività considerate a rischio corruzione nello specifico ambito sanitario (**Libera professione, gestione delle liste di attesa, sponsorizzazioni** e attività formativa, **attività conseguenti al decesso, rapporti con società farmaceutiche, sperimentazioni**)

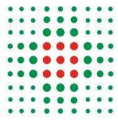
E' stato successivamente avviato, in accordo anche con i RPCT delle Aziende della città, il percorso di consultazione pubblica nel rispetto delle procedure previste dalla più volte citata delibera n. 75/2013 dell'Autorità Nazionale Anticorruzione, disponendo la pubblicazione nel periodo dal 29.03.2018 al 21.04.2018, ai fini della conclusione dell'iter di approvazione entro il 31 maggio 2018.

Gli stakeholders sono stati invitati a far pervenire osservazioni, proposte di integrazione, di modifica o comunque suggerimenti

La pubblicazione è stata accompagnata da comunicazioni specifiche ed invito indirizzati:

- agli organismi sindacali aventi titolo di tutte e tre le aree di contrattazione collettiva del personale del Servizio Sanitario Nazionale
- al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione dell'Università degli Studi di Bologna
- Al Comitato Misto Consultivo
- Al Comitato Unico di Garanzia
- Agli Ordini e Collegi di tutte le Professioni presenti nell'ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale (invio unitamente ad Azienda Usl di Bologna, Imola e IOR)
- Alle Associazioni rappresentate nel Consiglio Nazionale dei consumatori e degli utenti invio unitamente ad Azienda Usl di Bologna, Imola e IOR)
- Alle Associazioni o altre forme di Organizzazioni Rappresentative di particolari interessi e a tutti i soggetti che operano nel settore e che fruiscono delle attività e dei servizi prestati dall'AOSP-BO (invio unitamente ad Azienda Usl di Bologna, Imola e IOR)

Onde agevolare la presentazione di osservazioni e proposte, seguendo la logica dell'articolato stesso del Codice, è stata predisposta apposita modulistica scaricabile dalla sezione di pubblicazione, ove, altresì, è stata inserita la possibilità di intervenire informaticamente, direttamente sulla sezione del sito.



In tal modo è stata garantita una procedura di massima trasparenza: sono pervenute all'Azienda alcune proposte di modifica/integrazione al Codice peraltro non accolte, come rilevato e motivato nella Relazione. Con delibera del Direttore generale n. 115 del 24 maggio 2018 è stato adottato.

Si è conseguentemente provveduto alla diffusione tra i dipendenti e gli altri soggetti obbligati (liberi professionisti, co.co.co, ecc.) del nuovo Codice di comportamento aziendale.

Da ultimo si evidenzia che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile dei Procedimenti Disciplinari devono verificare annualmente il livello di attuazione del **codice**, rilevando, ad esempio:

- *il numero e il tipo delle violazioni accertate e sanzionate delle regole del codice;*
- *in quali aree dell'amministrazione si concentra il più alto tasso di violazioni.*

Anche questi indicatori confluiranno nel cruscotto di verifica del RPCT di cui al successivo paragrafo 5.2.

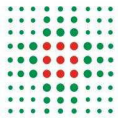
Si richiama qui quanto detto **al paragrafo 4.4**, a proposito dell'urgenza di definire modalità di riferimento e responsabilità, rispetto alla composizione collegiale dell'Ufficio, dall'1/10/2015.

E' prevista, inoltre, nella programmazione del presente piano, la predisposizione di un questionario per la rilevazione del livello di conoscenza e di applicazione del codice nell'ambito dei singoli dipartimenti, strumento di verifica anche dell'efficacia della Formazione FAD, resa disponibile a tutti i dipendenti sul tema.

4.7 Altri Soggetti: il “gestore” delle segnalazioni “antiriciclaggio” ed il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)

Il Ministero dell'interno con decreto del 25 settembre 2015 «*Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione di operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione*» dispone l'individuazione al proprio interno con provvedimento motivato, di un **soggetto “gestore” delle segnalazioni “antiriciclaggio”** oltre che l'implementazione di un sistema che garantisca la segretezza delle segnalazioni tramite procedure interne ben codificate e modulate, tenendo conto della specificità dell'attività svolta e delle dimensioni organizzative e operative.

L'art. 6 co. 5 dispone che nelle amministrazioni indicate all'art. 1, lett. h) del decreto, la persona individuata come “gestore” delle segnalazioni di operazioni sospette può coincidere con il Responsabile della prevenzione della corruzione, in una logica di continuità esistente fra i presidi anticorruzione e antiriciclaggio e l'utilità delle misure di prevenzione del riciclaggio a fini di contrasto della corruzione.



Le amministrazioni possono quindi valutare e decidere, motivando congruamente, se affidare l'incarico di "gestore" al RPCT oppure ad altri soggetti già eventualmente provvisti di idonee competenze e risorse organizzative garantendo, in tale ipotesi, meccanismi di coordinamento tra RPCT e soggetto "gestore".

Con deliberazione n.14/2017, il Direttore Generale **ha nominato la drssa Luisa Capasso**, RPCT aziendale, anche soggetto gestore in materia di antiriciclaggio secondo quanto sopra descritto. Alla stessa è stato affidato il compito di formulare un'adeguata proposta formativa in materia di antiriciclaggio al Dirigente Responsabile del Servizio Interaziendale Formazione e Aggiornamento e di predisporre una procedura interna di valutazione delle anomalie e delle modalità di rilevazione che è stata svolta in data 14 marzo 2017. Si rileva che il D.L.gs n. 90/2017 ha rivisto l'art 10 del Dlgs n.213/2007 eliminando l'obbligo di segnalazione alla UIF delle operazioni sospette.

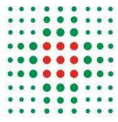
Infine il PNA 2016 raccomandava l'individuazione del **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** cioè del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e di indicarne il nome all'interno del PTPCT

L'art. 33-ter, comma 1 del DL. n. 179/2012, inserito dalla legge di conversione n.221/2012, prevede l'istituzione dell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti presso l'Autorità per la Vigilanza sui Contratti Pubblici di Lavori, Servizi e Forniture (AVCP), nell'ambito della Banca Dati Nazionale dei Contratti Pubblici (BDNCP).

Sempre il medesimo art 33-ter pone l'obbligo a carico delle stazioni appaltanti, di iscrizione e di aggiornamento annuale dei propri dati identificativi, pena la nullità degli atti adottati e la responsabilità amministrativa e contabile dei funzionari responsabili.

Il Comunicato del Presidente dell'AVCP del 16 maggio 2013, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 28/5/2013, stabiliva che le stazioni appaltanti, a partire dal 1° settembre 2013 e comunque entro il 31 dicembre 2013, dovessero comunicare, per l'espletamento del procedimento amministrativo sotteso all'applicazione dell'art. 33-ter del decreto legge n.179/2012, il nominativo del responsabile, ai sensi della legge 241/90

Con deliberazione n. 540 del 23.12.2013 "**Nomina del responsabile dell'anagrafe per la stazione appaltante ai sensi dell'art. 33 ter, comma 1, del d.l. n. 179/2012 convertito nella l. n. 221/2012**", l'azienda ha provveduto a nominare quale Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA,) l'Ing. **Daniela Pedrini** Direttore del Dipartimento tecnico dell'Azienda.



5. RENDICONTAZIONE SULLE ATTIVITA' SVOLTE NELL'ANNO 2019 e REGISTRO dei RISCHI

5.1 Considerazioni sulle attività 2019

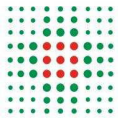
Le attività oggetto di attenzione nel 2019 sono state influenzate dal **sistema corruttivo fatto emergere nel comparto funerario** dall'inchiesta denominata "**Mondo sepolto**", determinato dalle attività di due cartelli di pompe funebri bolognesi che si spartivano i funerali tra gli ospedali Maggiore e Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Sant'Orsola - Malpighi.

La Regione Emilia Romagna è prontamente intervenuta garantendo un ruolo di coordinamento per le Aziende sanitarie nelle attività di verifica, revisione e valutazione delle procedure adottate in ambito funerario. Nella delibera 1678 del 14.10.2019 su "*Regolamentazione dell'esercizio dell'attività funebre*" e "*Indirizzi e direttive in materia di accreditamento delle imprese funebri operanti nell'ambito delle strutture di ricovero e cura pubbliche e private accreditate e delle strutture socio-sanitarie a carattere residenziale accreditate ed altre disposizioni in materia di prevenzione della corruzione*", ha previsto l'introduzione di una procedura di accreditamento delle imprese di onoranze funebri che accedono ai locali delle camere mortuarie e la valutazione e qualificazione delle procedure adottate dalle Aziende della Regione al fine di favorire l'adozione di modalità operative uniformi per la gestione dei decessi, dirette ad assicurare la conformità alle norme ed alle indicazioni regionali, in particolare alle disposizioni previste dalla DGR n. 96/2018.

Per quanto riguarda l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, una prima azione tra quelle attuate a potenziamento delle misure di prevenzione e di contrasto degli eventi corruttivi in ambito funerario si è tradotta nella revisione delle informative, sia quelle consegnate ai familiari in reparto sia quelle da affiggere nella camera mortuaria; con il primario obiettivo di assicurare agli utenti la libera scelta delle imprese di onoranze funebri e ribadire l'impossibilità da parte del personale del Policlinico di intervenire con consigli o indicazioni.

A tal proposito, è stato stilato un decalogo sui comportamenti ad uso interno per stigmatizzare, in particolare, che:

- I dipendenti dell'Azienda Ospedaliera non devono intrattenere alcun tipo di rapporto con i titolari o funzionari di Imprese Funebri.
- Devono invitare i funzionari o titolari ad allontanarsi, potendo rimanere solo il tempo strettamente necessario allo svolgimento dei servizi connessi al funerale;
- NON devono mai dare indicazioni ai familiari, neppure se richiesti;
- NON accettano alcuna ricompensa nel modo più assoluto né dai familiari né dalle Imprese.



A seguire, l'RPCT ha svolto incontri formativi con gli operatori della Camera Mortuaria per illustrare il tema del conflitto di interessi, provvedere alla raccolta delle relative dichiarazioni e consegnare il succitato decalogo. Successivamente a tutte le Imprese Funebri è stata inviata copia della documentazione già consegnata ai dipendenti, con invito a collaborare.

A coronamento degli interventi, descritti si è provveduto a:

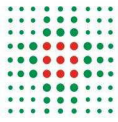
- condurre un monitoraggio sulla frequenza delle chiamate delle varie imprese funebri nel biennio precedente, senza che si evidenziassero particolari criticità.
- adottare il nuovo Regolamento Aziendale sulla vestizione delle salme
- rendere applicativo il sistema di prenotazione informatizzata dei funerali a carico delle Imprese di onoranze funebri
- effettuare tre audit interni sulla Camera Mortuaria, andando a verificare il rispetto delle indicazioni aziendali e l'applicazione del principio di rotazione. Sono state, infatti, identificate due funzioni per l'espletamento delle diverse attività, rispettivamente amministrativa e sanitaria; per la funzione sanitaria è previsto che gli operatori turnino con una periodicità di 8 mesi, con una sostituzione - nell'arco temporale definito - di un operatore ogni mese a partire dal quarto.

Le azioni messe in campo dall'Azienda, oggetto di una specifica relazione, sono state valutate positivamente da ANAC (Fascicolo n. 1344/2019) nella relazione dell'Autorità su "CONCLUSIONE ATTIVITA' DI VIGILANZA GESTIONE DEI DECESSI INTRAOSPEDALIERI".

Nel 2020 sarà data applicazione alle Indicazioni regionali, in particolare attivando la tracciatura degli accessi e il monitoraggio mensile dei nominativi delle imprese funebri per verificare eventuali concentrazioni di funerali rispetto ad una stessa impresa o a gruppi di imprese.

Altri temi incalzanti nel 2019 sono stati i Servizi Unici Metropolitan, le relazioni tra questi e le Aziende coinvolte e gli indicatori di attività più corretti per la valutazione di efficacia delle misure di prevenzione individuati sui rispettivi processi.

Gli audit interni e gli obiettivi legati alle misure di prevenzione del rischio, oltre a tutte le informazioni utili a monitorare il rispetto di regolamenti e il contesto aziendale sono stati riuniti in un cruscotto di indicatori da riesaminare periodicamente consentendo di svolgere la funzione di controllo sui processi a rischio.



PROCESSO DI ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI

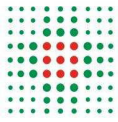
L'area acquisti è un ambito di rischio particolarmente critico per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario. ANAC ha compiuto numerosi interventi sul tema, a partire dal PNA 2015 in termini generali e nel PNA 2016 specificamente per il settore sanitario; in quest'ultimo documento è presente uno specifico paragrafo *“Sotto-processo di adesione agli strumenti delle centrali di committenza o dei soggetti aggregatori”* che indicava che in tale ambito *“il ruolo delle singole stazioni appaltanti muta, poiché il venir meno delle fasi di progettazione, selezione del contraente e aggiudicazione richiede una maggiore attenzione alla programmazione e alla esecuzione dei contratti. I profili di rischio collegati si arricchiscono di aspetti peculiari e tipici che richiedono l'adozione di misure specifiche da aggiungere a quelle del processo più generale”*.

Nelle Aziende sanitarie RER sono attivi consolidati percorsi di acquisto con modalità centralizzate, sulla base della pluriennale esperienza di collaborazione tra le Aziende, le Aree Vaste ed IntercentER. L'attività contrattuale delle Aziende sanitarie della Regione ER si svolge stabilmente su tre livelli:

- 1. un livello regionale, di cui è responsabile in termini di procedure l'Agenzia IntercentER, cui compete, tra l'altro, la sintesi della programmazione degli acquisti di Beni e Servizi della regione Emilia-Romagna (Masterplan);
- 2. un livello di Area Vasta, dove operano articolazioni organizzative interaziendali dedicate;
- 3. un livello Aziendale, dove operano i diversi servizi che, a seconda dell'organizzazione aziendale, hanno competenza in materia di acquisti di beni e servizi e, in alcuni casi, di procedure di affidamento di lavori.

Partendo dai diversi PTPCT delle Aziende e da quello della Regione (cui fa capo Intercent-ER), nel 2018 è stato svolto uno specifico approfondimento per rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra Intercenter-ER e Aziende sanitarie e per migliorare l'efficienza e l'efficacia delle misure di prevenzione della corruzione nei processi di acquisto.

Per la definizione delle fasi del processo di acquisto si è assunto quale riferimento principale quanto previsto nel capitolo *“AREA DI RISCHIO CONTRATTI PUBBLICI”* del PNA 2015 (Determinazione ANAC n.12/2015). L'analisi del processo ha portato nel 2019 all'individuazione di misure di carattere generale e di misure specifiche, legate alle diverse fasi del processo di acquisto e inserite all'interno del registro dei rischi.



ACQUISIZIONE DEL PERSONALE, CONFERIMENTO INCARICHI E GESTIONE DELLE CARRIERE

Nel 2019 i Responsabili di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) delle Aziende Sanitarie di Bologna hanno condiviso la necessità di integrare le attività tese a verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio corruttivo, rendendole funzionali anche ad ambiti con analoghe necessità di controllo, pur di diverso obiettivo. E' stato, quindi, preso in esame il processo di gestione del personale dipendente e non, **per agevolare una più appropriata scelta delle misure di prevenzione** e per procedere ad un inquadramento del processo sempre più rispettoso della realtà del Servizio Unico Metropolitano.

L'azione di miglioramento che ne è derivata rende indispensabile procedere ad un maggiore confronto interno e ad un'attività tesa alla standardizzazione dei processi, alla revisione dei regolamenti ed alla produzione di linee applicative univoche in merito ai riferimenti normativi comuni, in un'ottica di condivisione interna e di rafforzamento della consapevolezza degli operatori.

Si segnala, inoltre, che dal Servizio Unico Metropolitano, con determinazione n. 3291 del 18/12/19, è stata nominata la nuova commissione di sorteggio che, dal 2020, effettuerà tutti i sorteggi dei componenti delle commissioni di concorso e delle commissioni di valutazione per il conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa per AUSL Bologna, AOSP Bologna, IOR e AUSL Imola.

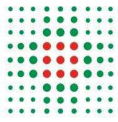
ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

Nel 2018 si è decisa la costituzione di un gruppo di lavoro aziendale permanente sui temi della prevenzione della corruzione, con componenti di ALP, Direzione Sanitaria e Ufficio Anticorruzione; obiettivo quello di supportare il programma aziendale di controlli organizzativo-gestionali per la libera professione e rendere più strutturata e continuativa l'attività.

Nella prima fase di lavoro il gruppo si è occupato di:

- ridefinire/validare i criteri applicati per valutare la correttezza dei processi di erogazione in libera professione;
- individuare le aree critiche e criteri e dimensioni di uno specifico controllo;
- progettare attività di audit sulla libera professione

Nel 2019 sono stati attuati alcuni audit presso le strutture nelle quali i professionisti sono autorizzati ad eseguire l'attività, per verificare il rispetto del regolamento aziendale, la corretta gestione delle attività di prenotazione e il rispetto delle fasce orarie programmate.



SPERIMENTAZIONI CLINICHE

Si richiama qui ancora una volta, l'Accordo Attuativo sottoscritto a dicembre 2018 tra AOU e Università di Bologna, ai sensi dell'art. 9 co. 3 della L.R. N. 29/2004, per disciplinare in maggior dettaglio alcuni specifici aspetti. Tra questi si menziona il Capo 3 dell'Accordo "Ricerca, Sperimentazione clinica e attività in conto terzi" che prevede l'individuazione di un Gruppo Ricerca a composizione paritetica, che avrà come compito prioritario, la stesura di un protocollo attuativo per la conduzione delle sperimentazioni al Policlinico, in conformità alla Direttiva regionale "Disciplina delle attività di ricerca e sperimentazione clinica nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie" (nota Prot. n. 705720.del 26/11/2018). Sempre con la finalità di rendere omogenea l'applicazione nelle Aziende sanitarie, sono in corso confronti ed approfondimenti con Regione, anche per definire correttamente le relazioni di conduzione della ricerca in ambito ospedaliero ed universitario.

In attuazione del D.Lgs. n.52/2019 per il riferimento alla pubblicazione di dati e alla dichiarazione sull'assenza del conflitto di interesse, il tavolo regionale Trasparenza e Anticorruzione ha costituito un gruppo di lavoro per delineare le "Indicazioni interpretative delle disposizioni previste in merito alle Sperimentazioni cliniche", che saranno da attuare entro gennaio 2020.

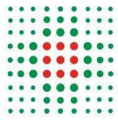
GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO

Nel 2017 si è conclusa la prima fase del percorso attuativo della certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie (PAC) attraverso la validazione delle procedure amministrativo contabili, redatte dalle aziende, da parte dei Collegi Sindacali nell'ambito delle revisioni limitate.

La legge regionale numero 9 del 16 luglio 2018, all'articolo 10, ribadisce l'obiettivo di certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie; pone inoltre a carico dei Collegi Sindacali le attività di verifica dei processi amministrativo contabili, rifacendosi a quanto già previsto nell'ambito del PAC.

Il 2019 è stato caratterizzato dall'avvio delle azioni propedeutiche al passaggio al nuovo gestionale amministrativo contabile (GAAC). L'entrata a regime del GAAC rappresenterà un'occasione di revisione delle procedure amministrativo-contabili adottate nell'ambito del PAC in relazione alle criticità emerse dalle revisioni limitate ed in una prospettiva di sempre maggiore valenza interaziendale.

Le attività 2019 del Gruppo Audit Metropolitano hanno compreso prime verifiche del grado di conoscenza e di applicazione delle procedure mediante questionari di autovalutazione, analisi delle criticità emerse e individuazione degli interventi correttivi anche con l'apporto dei Collegi Sindacali.



5.1.2. CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI

La Direzione ha ritenuto di grande interesse ed attualità il progetto di avvio di audit di controllo delle attività di prevenzione della corruzione e lo ha approvato, nella sua funzione di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali a rischio corruttivo.

In particolare, la funzione di audit interno, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurre l'impatto, è considerata un supporto alla Direzione per valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, per verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, per identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementare misure idonee per ridurli.

Nell'anno 2019 le verifiche sono state eseguite per l'area della **Libera professione, per il processo di gestione del decesso in ospedale** e per l'area della logistica sanitaria, nonché quale verifica della corretta applicazione del regolamento sull'**Informazione scientifica**.

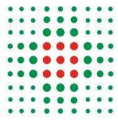
All'articolo 26, comma 3 ter della legge regionale numero 9 del 16 luglio 2018, si dichiara la necessità di istituire all'interno delle Aziende una specifica funzione di Audit con il compito di verificare la conformità dei processi amministrativi contabili ai requisiti legali, alle linee guida ed agli indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche. A tal fine l'Audit aziendale dovrà individuare gli obiettivi di revisione e integrazione delle procedure interne, e dovrà assistere la Direzione aziendale nel coordinamento e nella valutazione dell'efficacia e adeguatezza dei sistemi di controllo presenti ai vari livelli aziendali, raccomandando le dovute azioni di miglioramento.

Come previsto, **nel 2019 la Regione ha istituito il Nucleo Audit Regionale** (Delibera 1972 del 11.11.2019), con compiti di impulso, raccordo e coordinamento delle funzioni di Audit aziendale e ne ha definito composizione, attività e modalità di funzionamento. La drssa Luisa Capasso ne è stata nominata componente, per il ruolo ricoperto di RPCT. La Regione ha avviato un'iniziativa formativa che si concluderà, nella sua prima edizione, nei primi giorni di febbraio 2020.

CONTROLLO DI PROCESSO

I processi di integrazione e unificazione interaziendale

La fondamentale importanza del tema delle integrazioni ed unificazioni interaziendali ha rappresentato, nel corso dell'ultimo quinquennio, e rappresenta tutt'oggi un aspetto fondamentale della pianificazione strategica ed un driver importante per la governance dei servizi sanitari dell'ambito metropolitano.



Su impulso di quanto previsto nel Patto della salute 2014-2016[1], che ha evidenziato la necessità di rivedere “gli assetti organizzativi dei servizi sanitari regionali, individuando dimensioni ottimali delle aziende al fine di migliorare la qualità e l’efficienza nella gestione dei servizi stessi in un’ottica di complessiva razionalizzazione e riduzione dei costi, e in funzione del grado di centralizzazione, tendenzialmente sovraziendale, delle attività di amministrazione generale e di supporto tecnico logistico, con particolare e prioritario riferimento all’acquisto di beni e servizi, al reclutamento ed alla gestione degli aspetti retributivi, contributivi e previdenziali del personale, ai sistemi informatici e all’area tecnico-professionale”. A partire dal 2015, in una prospettiva di applicazione delle disposizioni contenute all’interno del D.M. 2 aprile 2015, n. 70 (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera)[2] e della DGR 2040/2015, le Aziende dell’area metropolitana di Bologna hanno sviluppato molteplici integrazioni lungo i tre principali ambiti di attività che caratterizzano tali Aziende:

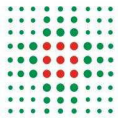
- a) attività amministrative, tecniche e professionali;
- b) servizi di supporto;
- c) attività cliniche, mediante la costituzione di vere e proprie reti cliniche integrate.

Le integrazioni portate avanti nel corso di questi anni, di seguito dettagliatamente rappresentate, si collocano nell’ambito di una più ampia progettualità inerente lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell’area metropolitana di Bologna, frutto di uno specifico accordo di programma tra la Regione Emilia-Romagna, l’Alma Mater Studiorum – Università di Bologna e la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna e di cui alle Deliberazioni della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 743/2017 e n. 841/2017, ed affidato al Nucleo Tecnico di Progetto.

Di seguito un focus per ciascuno di questi ambiti.

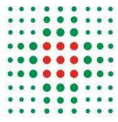
[1] L’Accordo finanziario e programmatico tra il Governo e le Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale

[2] Tra gli obiettivi: la creazione di un sistema basato, da un lato, sull’integrazione tra i servizi ospedalieri, dall’altro, con l’integrazione della rete ospedaliera con la rete dei servizi territoriali.



a) **Attività amministrative, tecniche e professionali.**

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila
Servizio Acquisti Metropolitano (SAM)	Funzioni amministrative- tecniche	-	AUSL Bologna AOU S.Orsola- Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale (SUMAGP)	Funzioni amministrative- tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola- Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale (SUMAEP)	Funzioni amministrative- tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola- Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF)	Funzioni amministrative- tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S.Orsola- Malpighi IOR	AUSL Bologna
Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME)	Funzioni amministrative- tecniche	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna IOR	AUSL Bologna



b) Funzioni cliniche e di supporto.

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila
Laboratorio Unico Metropolitano (LUM)	Funzioni cliniche/ di supporto	Cessione ramo d'attività	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR AUSL Imola	AUSL Bologna
SIMT A.M.BO.	Funzioni cliniche/ di supporto	Cessione ramo d'attività	AUSL Bologna IOR	AUSL Bologna
Medicina del lavoro	Funzioni cliniche/ di supporto	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR	AOU
Genetica Medica Metropolitana	Funzioni cliniche/ di supporto	Assegnazione temporanea	AOU S. Orsola-Malpighi AUSL Imola	AOU
Dipartimento ad attività integrata interaziendale di Anatomia Patologica	Funzioni cliniche/ di supporto	-	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi AUSL Imola IOR	-
Microbiologia Unica	Funzioni cliniche/ di supporto	-	AUSL Bologna AUSL Imola IOR	AOU

c) Reti cliniche.

Progetto	Ambito attività	Istituto giuridico	Aziende coinvolte	Azienda Capofila
Pneumologia Interventistica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU
Medicina Nucleare	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU
Dermatologia	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU
Rete infettivologica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi IOR	AOU
Chirurgia Vascolare	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AOU
Chirurgia Toracica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AUSL Bologna
Neurologia (NEUROMET)	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AUSL Bologna AOU S. Orsola-Malpighi	AUSL Bologna- IRCCS ISN
Chirurgia senologica	Funzione clinica	Assegnazione temporanea	AOU S. Orsola-Malpighi AUSL Imola	AOU
Week Surgery Budrio	Funzione clinica		AUSL Bologna	AOU

Il rapporto conclusivo del Nucleo Tecnico di Progetto, di cui alle succitate D.G.R. n. 743/2017 e n. 841/2017, ha evidenziato che per il corretto funzionamento dei processi e delle dinamiche di integrazione, con il principale scopo di definire e soprattutto dare applicazione a strategie condivise, appare necessario agire in logica di programmazione congiunta tra le Aziende ed Enti dell'Area metropolitana bolognese.

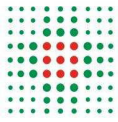
Tenuto conto dei numerosi processi di integrazione in atto, in particolar modo, tra l'Azienda USL di Bologna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola - Malpighi, che richiedono un approccio di pianificazione e programmazione congiunta in ordine alle attività svolte, alle risorse ed allo sviluppo dei medesimi processi, le due Aziende hanno costituito con deliberazione n. 297 del 28.11.2019 una Tecnostruttura interaziendale per il governo dei processi integrazione in area clinico-sanitaria e dei servizi amministrativi, tecnici e professionali, di supporto alle rispettive Direzioni Aziendali allo svolgimento di compiti di pianificazione e programmazione delle attività,

stesura dell'Accordo di Fornitura, definizione del Piano Triennale del fabbisogno di personale in logica congiunta, sviluppo dei processi di integrazione in atto e in divenire.

In un sistema organizzativo basato sulla gestione per processi, il nuovo approccio condiviso richiede conseguentemente di ripensare alle modalità di gestione dei rischi corruttivi, secondo criteri di stretta interazione e condivisione tra gli RPCT delle due Aziende, sia nella fase di analisi del contesto, in particolare l'aggiornamento della mappatura dei processi per gli ambiti di responsabilità condivise di fasi e processi, sia nella fase di trattamento del rischio, che comporterà azioni di prevenzione congiunte e omogenee. Resta inteso che tali modalità di azioni congiunte nelle fasi di analisi, programmazione e monitoraggio delle misure di prevenzione della corruzione, avverrà in un contesto di inalterata responsabilità e autonomia decisionale che la legge anticorruzione chiaramente attribuisce e garantisce alla figura del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di ciascuna azienda.

Relativamente ai Servizi Unici di area amministrativa già in linea con l'approccio illustrato, nel 2019 i Responsabili di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (RPCT) delle Aziende Sanitarie di Bologna hanno condiviso la necessità di integrare le attività tese a verificare l'efficacia delle misure di prevenzione del rischio corruttivo, rendendole funzionali anche ad ambiti con analoghe necessità di controllo, pur di diverso obiettivo. Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) e le procedure relative al Percorso Attuativo della Certificabilità rispondono a finalità apparentemente distinte, pur avendo tuttavia parti di contatto: il primo è orientato alla prevenzione del rischio corruttivo, il secondo alla prevenzione del rischio di non certificabilità del dato contabile. Il PTPCT individua le misure volte ad evitare il manifestarsi di eventi di natura corruttiva, in una accezione estesa del concetto di corruzione che ricomprenda tutte le situazione in cui si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, nell'ambito della attività svolta all'interno della Pubblica Amministrazione, al fine di ottenere vantaggi privati. Il PAC, dall'altro lato, indica gli standard organizzativi, contabili e procedurali necessari a garantire la certificabilità dei dati di bilancio.

E' stato, quindi, preso in esame il processo di gestione del personale dipendente e non: mentre il PTPCT analizza tipicamente le fasi di selezione del personale, di conferimento di incarichi, di progressione di carriera e di mobilità ed infine, del calcolo e pagamento dello stipendio (la cui corretta esecuzione viene garantita attraverso l'utilizzo di software gestionali che traccino gli accessi da parte degli operatori), le procedure PAC mirano a descrivere il processo di costituzione del titolo che autorizza l'azienda a riconoscere il corrispettivo al dipendente, ad iscriverlo in bilancio ed a liquidarlo. I due ambiti di analisi risultano dunque parti di un unico processo tendenzialmente distinte ma sequenziali l'una rispetto all'altra (a monte i processi oggetto della trasparenza, a valle quelli della certificabilità dei dati contabili). Il punto di contatto tra i due ambiti di lavoro è stato individuato nel comune riferimento alla gestione informatizzata dei dati relativi all'area del personale e, in particolare,



alla area stipendiale: il PTPCT, infatti, indica come misura preventiva la profilatura e la tracciabilità degli accessi alle banche dati stipendiali da parte degli operatori, mentre le procedure PAC si riferiscono ai processi della gestione informatizzata (sull'applicativo GRU di Gestione delle Risorse Umane) del trattamento economico del personale quale strumento essenziale nella gestione degli aspetti amministrativi contabili inerenti al processo.

Si è pertanto condivisa e realizzata con il Gruppo Audit area metropolitana di Bologna l'opportunità di un unico "audit integrato" a livello sovraziendale metropolitano sul Servizio di Amministrazione del Personale, che tenesse conto della prevenzione del rischio corruttivo e del rischio di non certificabilità dei dati contabili. Nel 2020 si proseguirà, allargando il fronte comune di azione ai Servizi Unici "Contabilità e Finanza" e "Acquisti".

Per tutti questi ambiti si procederà al rinnovo delle mappature dei rischi, al consolidamento o aggiornamento delle misure di prevenzione e dei relativi indicatori, provvedendo contestualmente al loro inserimento nelle schede di budget delle singole strutture coinvolte. Saranno programmati specifici audit di controllo, senza perdere di vista l'opportunità, già sperimentata, di integrazione con altre funzioni aziendali.

FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

I rapporti con le società farmaceutiche sono stati affrontati, anche su impulso degli indirizzi e direttive della Regione Emilia Romagna in materia (DGR n. 2309/2016), attraverso la emanazione di specifiche disposizioni aziendali e attivazione di un percorso di tracciatura di richieste di visita e numero di incontri avvenuti per singolo professionista (deliberazione aziendale n.110/2017).

Nel 2019 si è proseguito con l'analisi dei dati per la verifica della corretta applicazione del regolamento aziendale, con elaborazione e rappresentazione grafica dei risultati, inviata a tutti i Dipartimenti/Unità Operative. Sono poi stati eseguiti alcuni audit sul campo per controllare l'effettiva conoscenza e applicazione delle procedure da parte degli informatori scientifici del farmaco.

ASSISTENZA AGGIUNTIVA NON SANITARIA

È stato attivato specifico gruppo aziendale per arrivare a disciplinare le corrette modalità di esercizio **dell'assistenza aggiuntiva non sanitaria (ANS)**, intesa come l'insieme delle attività prestate alla persona ricoverata, quale supporto personale, relazionale e affettivo al di fuori delle fasce orarie di visita. Questo al fine di consentire al paziente ricoverato e ai familiari dello stesso di poter scegliere liberamente il tipo di supporto più adeguato alle proprie esigenze; di porre, inoltre, divieto al personale dipendente di prestare assistenza aggiuntiva non sanitaria a titolo oneroso in attività di servizio e non, nonché di rilasciare nominativi di assistenti privati ai parenti o pazienti, anche qualora ne facessero richiesta.

5.2 I Processi ed il Registro dei Rischi

Nel corso dell'anno 2018 sono stati mappati, in considerazione della loro trasversalità dovuta alla riorganizzazione e unificazione delle rispettive strutture, i processi delle seguenti aree a rischio:

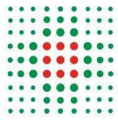
- **Acquisti al di sopra dei €40.000**
- **Acquisti al di sotto dei €40.000**
- **Acquisizione, progressione del personale e conferimento incarichi**
- **Gestione dei pagamenti, delle cessioni di credito e dei controlli collegati all'emissione dei mandati (Contabilità e Finanza)**

per i quali si è giunti all'identificazione del livello di rischio e definizione delle misure preventive.

Per il processo **Acquisti al di sopra dei €40.000** le misure e le scelte procedurali ed organizzative individuate (alcune peraltro già in essere e consolidate da tempo) rappresentano di per sé interventi che riducono il rischio corruttivo in senso lato nei processi di acquisto. Esse impattano positivamente su numerose fasi del processo stesso e riguardano:

- **Segregazione delle funzioni**
- **Rotazione degli operatori con ruolo attivo nei processi di acquisto**, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara
- **Corretta gestione dei conflitti di interesse**
- **Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica**, a garanzia dei necessari livelli di sicurezza e segretezza mediante piena tracciabilità delle operazioni svolte, un articolato sistema di profilazione degli utenti e gestione degli eventuali malfunzionamenti e/o data breach.

Nel 2019 (**deliberazione 42/2019**) sono state adottate delle linee guida che disciplinano le **procedure per l'acquisizione di forniture di beni e servizi, di importo inferiore ad Euro 40.000,00** (iva esclusa) di competenza aziendale, con lo scopo di dare attuazione alle norme statali e regionali in materia di revisione e razionalizzazione della spesa per acquisizione di beni e servizi nell'attività di approvvigionamento.



6. INDIVIDUAZIONE DELLE AREE A RISCHIO - PROGRAMMAZIONE

Per il triennio 2020-2022 si ritiene di procedere in base agli sviluppi richiesti dalle attività svolte nel 2019 e alle indicazioni derivanti dai dati analizzati, che hanno consentito di individuare e condividere con la Direzione Aziendale le aree di programmazione.

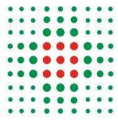
Acquisti al di sotto dei €40.000: nel 2020 saranno programmate verifiche inerenti la corretta comprensione e applicazione delle Linee Guida Aziendali; per questa attività si terrà conto della documentazione pubblicata all'interno della sezione del profilo del Committente da parte dei singoli servizi gestori, rispetto alla quale sono state rilevate alcune difformità di comportamento, da approfondire.

Incarichi extraistituzionali – autorizzazione: l'ambito di lavoro previsto ha gli obiettivi di una migliore definizione delle responsabilità di valutazione e autorizzazione e del consolidamento del percorso di collaborazione già avviato con l'Università per il personale Universitario.

Consulenze legali: occorre valutare la validità dei regolamenti aziendali sull'affidamento dei servizi legali, alla luce del Codice dei contratti e dell'impostazione palesata dal Consiglio di Stato nel parere n.2017 del 3 agosto 2018.

Sponsorizzazioni: nel 2019 è stato attivato uno specifico gruppo di lavoro nell'ambito del Tavolo Regionale Anticorruzione per assicurare alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna/IRCCS pubblici una corretta gestione della formazione sponsorizzata da parte di soggetti esterni privati, nel rispetto delle norme vigenti e del codice di comportamento delle Aziende sanitarie. Si è pervenuti alla redazione di uno schema di Regolamento che nel 2020 troverà un'applicazione specifica da parte delle singole Aziende. Si è in attesa dell'approvazione definitiva da parte della Giunta regionale.

Formazione: il confronto con la realtà AVEC ha messo in evidenza l'esigenza di regolamentare l'accesso e il funzionamento di un albo docenti, esterni e interni per sistematizzare regole e strumenti per l'acquisizione dei servizi di docenza, disporre di uno strumento aggiornato e dotarsi di regole documentate a sostegno delle scelte che si operano nell'ambito del conferimento incarichi di docenza per gli eventi formativi organizzati in Azienda.



Sperimentazioni cliniche: a completamento del percorso intrapreso, si prevede di lavorare sull'approvazione della disciplina attuativa della Direttiva regionale, volta in modo specifico a rivedere responsabilità e modalità di partecipazione alle attività di ricerca di Azienda ed Università. Si procederà, inoltre, all'attuazione delle indicazioni interpretative regionali dell'art.2 del D.Lgs. n.52/2019 in riferimento alla pubblicazione dei dati sulle sperimentazioni dei farmaci.

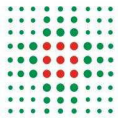
Attività libero professionale: proseguiranno le verifiche interne tese a valutare il rispetto del regolamento aziendale, la corretta gestione dell'orario di lavoro e l'indicazione resa ai pazienti da parte dei professionisti autorizzati ad esercitare attività libero professionale.

Rapporti con le società farmaceutiche: si proseguirà nell'attività di verifica dell'attuazione del percorso di accesso strutturato per gli incontri di informazione scientifica e si darà corso alle indicazioni che perverranno dal gruppo di lavoro formatosi a livello di Tavolo Regionale Anticorruzione; i componenti (professionisti sanitari della Regione, OOSS, rappresentanti dell'industria farmaceutica e di dispositivi, Informatori scientifici) individueranno modalità operative omogenee di applicazione del DGR 2309/2016 nelle singole aziende sanitarie con adozione di strumenti comuni di tracciatura delle attività.

Percorsi sanitari: l'esperienza di mappatura dei processi sanitari condotta fino ad oggi in forma di progetto formativo è da rivedere per le modalità di attuazione; condivisi i percorsi su cui effettuarla che sono stati individuati, in condivisione con la Direzione Aziendale, in quelli di area oculistica e urologica

Amministrazione del personale: gli elementi emersi dall'audit svolto sul processo a livello metropolitano dovranno essere resi funzionali alle attività di riorganizzazione che stanno riguardando il Servizio. Le azioni di miglioramento richieste dovranno essere tenute in considerazione nelle pianificazioni che orienteranno le attività 2020 del Servizio Unico Metropolitano di Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale per poi essere esaminate, in un secondo momento di verifica integrata, nell'ultimo trimestre del corrente anno.

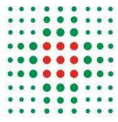
Saranno proseguite le attività atte a garantire la piena applicazione delle misure previste nel codice di comportamento per la gestione anche documentale dei conflitti di interesse (resa possibile dalla funzionalità del Sistema Unitario di Gestione Informatizzata delle Risorse Umane – GRU)



Attività conseguenti al decesso ospedaliero: nel 2019 è stato portato alla luce un sistema corruttivo nel comparto funerario; l'inchiesta, denominata "Mondo sepolto", ha fatto emergere le attività di due cartelli di pompe funebri bolognesi che si spartivano i funerali tra gli ospedali Maggiore e Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Sant'Orsola - Malpighi.

La Regione Emilia Romagna è prontamente intervenuta garantendo un ruolo di coordinamento per le Aziende sanitarie nelle attività di verifica, revisione e valutazione delle procedure adottate in ambito funerario, al fine di favorire l'adozione di modalità operative uniformi per la gestione dei decessi ospedalieri.

Fra le misure introdotte dalla Regione una procedura diretta all'accreditamento delle imprese di onoranze funebri che accedono ai locali delle camere mortuarie e locali annessi delle strutture sanitarie; seguirà l'adozione di un badge per regolamentare gli accessi degli addetti alle strutture sanitarie e alle camere mortuarie, con lo scopo di registrarne informaticamente presenze e accessi. Sarà infine da rafforzare la rotazione del personale pubblico, così come previsto dalle stesse indicazioni regionali e dalle norme anticorruzione.



7. LE MISURE DI PREVENZIONE ed in primis Il “ PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITÀ” 2020 – 2022

Nel richiamare quanto più diffusamente contenuto nella Deliberazione n. 17/2014 già citata contenente le *Linee guida in materia di contrasto all’illegalità ed alla Corruzione nonché nei Piani e nei Regolamenti aziendali*, si evidenziano nei paragrafi seguenti le misure che in modo più significativo possono trovare applicazione.

Per quanto attiene le misure di contrasto, si evidenzia la particolare importanza che assumono in questo senso gli obblighi relativi alla:

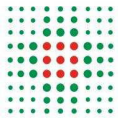
- pubblicazione nel sito istituzionale dei documenti relativi a procedimenti amministrativi che afferiscono ad aree esposte al rischio corruzione (v. Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità, paragrafo 7.1 parte sostanziale del Piano di prevenzione);
- disciplina dell’affidamento di incarichi esterni ;
- disciplina della rotazione del personale;
- disciplina del conflitto di interessi anche potenziale;
- disciplina delle incompatibilità;
- applicazione e miglioramento della procedura operativa volta a raccogliere le eventuali segnalazioni di condotte illecite di cui i dipendenti siano venuti a conoscenza (c.d. Tutela del Whistleblower);
- attivazione delle procedure di verifica della conoscenza del Codice di Comportamento e per la vigilanza sull’applicazione dello stesso nonché delle connesse responsabilità disciplinari (UPD)

7.1 II PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L’INTEGRITÀ 2020 - 2022

Il Dlgs n. 97/2016 ha introdotto importanti innovazioni e modifiche al D.Lgs. n. 33/2013, a partire dalla stessa rubrica che è divenuta *“Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”*.

All’art 1 la trasparenza è intesa come accessibilità totale dei dati e documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini, promuovere la partecipazione degli interessati all’attività amministrativa e favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche.

Il presente programma si propone per il triennio 2020-2022, di dare puntuale attuazione alla normativa in tema di trasparenza in modo da garantire un alto grado di accessibilità alle informazioni di cui i



cittadini/utenti finali necessitano e va inteso quale aggiornamento al programma aziendale approvato per il triennio precedente. I Programmi triennali per la trasparenza e l'integrità, sono redatti in coerenza con la previsione di cui all'art.10 del D. Lgs. n. 33 e successive integrazioni e modificazioni e sulla base delle linee guida dell'Autorità.

Si richiama qui la delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016 "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. 33/2013 come modificato dal d.lgs 97/2016"

L'Azienda intende assicurare la trasparenza delle attività, sotto un duplice profilo:

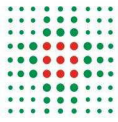
- ❖ statico: consiste nella pubblicità dei dati afferenti all'attività dell'Azienda al fine di consentire il controllo degli stessi da parte della cittadinanza e dell'utenza in generale;
- ❖ dinamico: si basa essenzialmente sul coinvolgimento dei c.d. stakeholders (portatori d'interesse) ed è lo strumento principale per il miglioramento dell'erogazione dei servizi pubblici.

La disciplina della trasparenza cui l'Azienda intende ispirarsi e attenersi nella definizione della propria organizzazione e della propria attività, viene quindi a costituirsi quale principale garanzia per il cittadino e per l'utente, del rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e buon andamento e risulta altresì funzionale al fine della prevenzione e lotta alla corruzione di cui alla legge n. 190/2012.

7.1.1. Il Procedimento di Elaborazione e Adozione del Programma

Il programma è stato predisposto grazie alla collaborazione e all'apporto della Dirigenza aziendale ed in particolare dei dirigenti direttamente coinvolti e responsabili della pubblicazione dei dati (vedi allegato 5). Ci si è avvalsi della loro collaborazione ed esperienza, attraverso la organizzazione di incontri collegiali ed incontri con i singoli, condotti dal responsabile aziendale della Trasparenza.

Nel corso del 2019 si è proceduto a mantenere aggiornato lo stato di pubblicazione, a cura dei responsabili della produzione dei dati e dei responsabili della Pubblicazione. A tal proposito sono stati eseguiti due incontri per la verifica ufficiale e collegiale dello stato di avanzamento. Alla presenza sia dei responsabili della predisposizione e produzione delle informazioni da pubblicare sia dei responsabili della pubblicazione, è stato verificato il corretto adempimento secondo la programmazione ed il rispetto dei tempi di pubblicazione conformemente a quanto previsto nel Programma Aziendale per la Trasparenza e l'Integrità.



Lo stato della pubblicazione dei dati ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013, alla data del 31.12.2017 risulta essere quello rilevabile dall'allegata griglia (allegato 5).

7.1.2 Il Responsabile della trasparenza e gli adempimenti

Come descritto precedentemente **al paragrafo 4.1)** la dott.ssa Luisa Capasso dal **1^ dicembre 2015**, è responsabile della struttura complessa “**Anticorruzione, Trasparenza e Rapporti con l'Università**”, (deliberazione n. 518 /2015). Le funzioni RPC e Responsabile della Trasparenza, come dettato dal PNA 2016, sono sempre state affidate, in questa azienda, ad un unico soggetto.

Nell'allegato 5, sono descritti gli adempimenti in materia di trasparenza che l'Azienda è tenuta a rispettare secondo quanto previsto dal D.Lgs.33/2013 e s.m.e.i. e dalla delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016,indicandone ruolo e funzione.

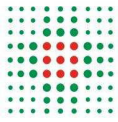
Per ciascun adempimento é stato individuato il responsabile della predisposizione e produzione delle informazioni da pubblicare ed il responsabile della pubblicazione delle stesse con conseguente obbligo di periodico aggiornamento. Si è provveduto a nominarli con nota agli atti prot. 21061 del 3 novembre 2016

Il programma sarà diffuso tramite pubblicazione sul sito dell'Azienda ed anche nella intranet aziendale per garantirne la massima conoscibilità sia all'interno che all'esterno dell'azienda ed approvato quale parte integrante del PTPCT.

7.1.3. II PROGRAMMA 2020 – 2022

Si richiamano i principali interventi dovuti a pronunciamenti e chiarimenti provenienti da ANAC unitamente all'emanazione di linee guida regionali nonché ai confronti avvenuti nell'ambito del Tavolo Area Vasta Emilia Centro composto dai Responsabili Trasparenza delle aziende sanitarie di Imola, Bologna e Ferrara. Ciò ha comportato una corretta definizione dell'ambito soggettivo di applicazione in alcuni obblighi di pubblicazione.

Visto l'articolo 5 co. 2 del decreto legislativo 14 marzo 2013 n. 33, come modificato dal d.lgs. 97/2016 e tenuto conto delle Linee Guida ANAC, Delibera n. 1309 del 28 dicembre 2016, si continuerà a verificare l'applicazione ed il rispetto dei tempi del regolamento interno sull'“Accesso civico generalizzato”.

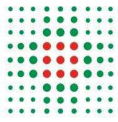


Un aspetto che nel corso dell'anno 2019 ha impegnato il tavolo AVEC è stato quello della compilazione della modulistica per la dichiarazione pubblica di interessi in versione informatizzata sull'applicativo regionale di gestione delle Risorse Umane (GRU). La raccolta, che vede interessato tutto il personale, è stata avviata nel 2018, raggiungendo l'obiettivo del 30% di compilazione, e mirando per il 2019 all'obiettivo del 90%-100% di dichiarazioni rese. Altro aspetto monitorato è stato quello della consegna della dichiarazione dei redditi e dell'aggiornamento della dichiarazione patrimoniale, sempre attraverso l'applicativo regionale di Gestione delle Risorse Umane (GRU): a fine 2019, però, la Regione Emilia-Romagna ha deciso di sospendere temporaneamente la raccolta. Da un punto di vista normativo, infatti, dopo che la Corte Costituzionale si è espressa sulla illegittimità della pubblicazione di tali dichiarazioni (cosa che comunque la Regione Emilia-Romagna e la nostra Azienda aveva sempre escluso), si è creata una situazione oggettivamente complessa. L'auspicio è che il nodo possa essere affrontato e risolto mediante un intervento di razionalizzazione della disciplina a livello nazionale, nell'ambito dei tavoli tecnici istituiti presso la Conferenza delle regioni.

Tramite l'applicativo BABEL di gestione dei documenti informatici e del protocollo, si è resa possibile l'informatizzazione dei processi di pubblicazione dei provvedimenti e dell'albo pretorio. A seguire si è raggiunto l'importante obiettivo della generazione automatica e pubblicazione delle determinazioni e documenti analoghi all'interno del Profilo del Committente. L'intento è di perfezionare l'utilizzo di questo strumento da parte degli utilizzatori, affinando le competenze così da evitare pubblicazioni ridondanti e sviluppando una migliore capacità di organizzazione dei contenuti.

In riferimento alle categorie di dati che devono essere pubblicati a garanzia della trasparenza dell'attività dell'Azienda, è stato delineato un quadro sia delle informazioni già pubblicate relative alla trasparenza, integrità e legalità, sia di quelle di prossima pubblicazione, nonché dei responsabili competenti alla gestione del flusso delle informazioni e pubblicazione.

E' confermato come obiettivo dell'Azienda, in ragione della complessità di applicazione del D.Lgs. n.33, proseguire nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, per arrivare gradualmente al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento. A questo scopo i componenti del tavolo AVEC di prevenzione della corruzione e trasparenza condividono di programmare per il 2020 un'attività di valutazione delle singole sezioni di "Amministrazione Trasparente" per verificare modalità di pubblicazione nelle singole Aziende sanitarie di area AVEC e garantire omogeneità di esposizione delle informazioni.



7.1.4 L'Organismo Indipendente di valutazione (OIV) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS)

Si richiamano qui le funzioni già descritte al **paragrafo 4.3)** riguardo l'Organismo indipendente di valutazione unico regionale per gli enti e le aziende del Servizio Sanitario Regionale (DGR. n. 334 del 17 marzo 2014.

L'Organismo indipendente di valutazione regionale, con la delibera n. 4/2016, già coerente con le indicazioni contenute nell'allegato 1 del Piano Nazionale Anticorruzione del 2019, ha fornito le prime indicazioni metodologiche ed operative in ordine alle funzioni ed ai compiti attribuiti all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) ed agli Organismi Aziendali di Supporto (OAS) costituito presso l'Azienda dal 1° febbraio 2015.

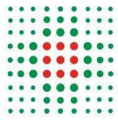
Compete all'OIV in particolare, per quel che rileva in questo paragrafo,....*favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo. "La promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, valutazione, misurazione delle attività e delle prestazioni organizzative e individuali applicati in enti e aziende del Servizio sanitario regionale e dell'ARPAE"*

7.1.5 GLI OBIETTIVI 2020 – 2022 e LE INIZIATIVE PER LA TRASPARENZA PER LA LEGALITÀ E LA PROMOZIONE DELLA CULTURA DELL'INTEGRITÀ

Come si è già avuto modo di sottolineare, la trasparenza, oltre ad un profilo statico, presenta un profilo dinamico che è strettamente correlato all'ottica del "miglioramento continuo" dei servizi pubblici, connaturato al ciclo della performance.

Nella Intranet del portale aziendale è presente dal 2016 una sezione dedicata agli argomenti di prevenzione della corruzione per documentare e sensibilizzare il personale rispetto alle azioni intraprese dall'Azienda sulle aree a rischio trattare specificamente i temi critici di impatto sulla realtà sanitaria.

La cura e lo sviluppo di quest'area informativa, che nel 2019 è stata arricchita di un approfondimento del Codice di Comportamento in relazione al tema del conflitto di interessi, rimane un obiettivo da perseguire con costanza per garantire la promozione e la cultura della legalità all'interno dell'organizzazione.



Accessibilità e responsabili della Pubblicazione

Nell'anno 2016, con il nuovo assetto aziendale e la stabilizzazione delle funzioni dirigenziali, è stato possibile procedere alla nomina del Responsabile Aziendale per l'accessibilità, con il quale si è realizzata la programmazione sul tema in relazione sia al portale aziendale sia alle postazioni dei dipendenti, secondo quanto disposto dall' Art. 9, c. 7 del D.L. n. 179/2012 "Obiettivi di accessibilità" (pubblicata secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 61/2013).

Per quanto attiene la definizione delle responsabilità in ordine alla produzione dei dati e alla responsabilità della Pubblicazione degli stessi, si richiama quanto contenuto al paragrafo **7.1.2)** e riportato nell'allegato 5, così come è individuata la tempistica relativa agli obblighi di pubblicazione e alle azioni programmate.

Informatizzazione e rispetto dei tempi di conclusione dei procedimenti.

Nel corso del prossimo triennio ci si pone l'obiettivo di migliorare i processi di informatizzazione che consentano sempre più un trasferimento automatico delle informazioni oggetto di pubblicazione direttamente dagli applicativi aziendali. Alcuni di questi già sono presenti (come "la pubblicazione delle informazioni sulle singole procedure dei contratti, i dati dei provvedimenti e le determinate a contrarre o documenti analoghi) pur dovendo sottolineare che il vincolo dell'invarianza di spesa nell'applicazione della normativa di cui trattasi, non consente grandi innovazioni.

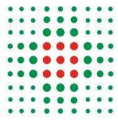
I processi di unificazione delle funzioni e dei servizi amministrativi (cfr. paragrafo 3.2) stanno comportando l'uniformazione dei sistemi informativi ed informatici che, senz'altro, faciliteranno lo scambio dei documenti e razionalizzeranno, gradualmente, gli interventi migliorativi e di manutenzione sull'intera Area Metropolitana. Il nuovo sistema, inoltre, faciliterà l'immissione in automatico nell'area Amministrazione Trasparente delle informazioni dovute.

7.1.6 Giornate della trasparenza ed Ascolto degli stakeholders

La trasparenza è uno strumento fondamentale che, tra l'altro, consentendo ai cittadini ed agli altri stakeholders di conoscere a fondo l'operato di un'amministrazione, favorisce la verifica di un'azione amministrativa improntata ai criteri di integrità e legalità.

Molte sono le azioni che l'Azienda ha intrapreso o vuole intraprendere in questo ambito, sia per garantire la necessaria conoscenza dei servizi e dell'organizzazione aziendali, sia per diffondere la cultura dell'integrità e della legalità.

Innanzitutto, quindi, vanno individuati gli stakeholders aziendali e, tra questi, i soggetti sui quali, in una prima fase, l'Azienda vuole concentrarsi al fine di consolidare un rapporto trasparente e di fiducia. Con il Programma per la Trasparenza l'Azienda, pur ritenendo di fornire informazioni utili a tutti gli stakeholders, essendo fornitrice di servizi sanitari, ha scelto di focalizzare la propria attenzione



principalmente sui cittadini, sugli utenti e sui familiari dei pazienti, nonché sui propri dipendenti.

L'Azienda, in conformità a quanto previsto dall'art. 11 comma 6 del D.Lgs. 150/2009, **Venerdì 25 novembre 2019** ha organizzato la **Giornata della Trasparenza** proposta insieme alle **Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli**; una giornata aperta a cittadini e dipendenti, di riflessione per approfondire i **temi della Trasparenza Amministrativa e dell'Accesso Civico** con uno sguardo ai recenti orientamenti giurisprudenziali e delle Autorità Garanti.

L'iniziativa, giunta alla sua sesta edizione e rivolta a dipendenti, cittadini, istituzioni, associazioni, comitati consultivi misti, organizzazioni sindacali e di categoria, è stata occasione di approfondimento dei temi della Trasparenza delle Pubbliche Amministrazioni, alla luce dei più recenti orientamenti giurisprudenziali e delle Autorità Garanti.

Il materiale illustrativo dei lavori della Giornata della trasparenza è pubblicato sul sito aziendale in Amministrazione Trasparente "Altri Contenuti".

Altre azioni di trasparenza rivolte a cittadini ed utenti sono rappresentate da:

- **Il sito web aziendale**

Il sito web www.aosp.bo.it rappresenta il primario e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti.

Consente, infatti, di fornire informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle Strutture Aziendali, sull'organizzazione dell'Azienda.

Consente altresì di diffondere notizie in merito alla gestione dell'Azienda.

Rimane compito primario dell'Azienda curarne l'aggiornamento in modo da assicurare il più tempestivo e completo accesso agli utenti ai servizi di interesse.

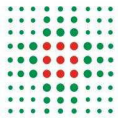
- **Struttura del sito**

La struttura dell'Amministrazione trasparente è mantenuta aggiornata tenendo conto delle indicazioni dell'ANAC.

- **La Carta dei Servizi**

La Carta dei Servizi costituisce il mezzo prioritario per portare a conoscenza del cittadino/utente i servizi offerti dall'Azienda e le modalità della loro erogazione.

Tale documento è consultabile nella sezione "Amministrazione trasparente" alla voce "Servizi erogati" del sito internet aziendale. Oltre a presentare l'Azienda e la sua organizzazione, la "Carta" rende conto degli impegni presi nei confronti del cittadino, unitamente agli indicatori per verificarne la realizzazione.



Le informazioni contenute nella “Carta dei Servizi”, necessariamente sintetiche, sono approfondite da quelle riportate nelle “Guide all’utente”, ovvero le pagine internet delle Unità Operative e delle Strutture Semplici Dipartimentali, che specificano in maniera più dettagliata elementi caratteristici delle unità organizzative (es. tempi di attesa, indicatori di monitoraggio dei processi, personale, orari di apertura ecc.).

- **Indagini di customer satisfaction**

In riferimento al DGR 2339/2019 “Prime indicazioni sulla programmazione 2020 per le Aziende del Servizio Sanitario Regionale”, l’Azienda sarà impegnata sul miglioramento dell’accessibilità in emergenza e urgenza e sulla qualità dell’assistenza nei Pronto Soccorsi. Questo anche tenendo conto dei risultati delle indagini svolte in questa area nel biennio precedente e delle segnalazione degli utenti.

7.1.7. PROCESSO DI ATTUAZIONE E SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO

Lo stato di attuazione del Programma sarà anzitutto verificato, con cadenza annuale, dal Responsabile della trasparenza, che controllerà la progressiva esecuzione delle attività programmate ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge e dal Programma medesimo.

L’attuazione del Programma per la Trasparenza è sottoposto a verifiche periodiche (una al 30 aprile ed una al 31 ottobre) promosse dal Responsabile aziendale che constata lo “stato di avanzamento” del Programma, unitamente ai singoli responsabili per gli adempimenti e della pubblicazione.

Modalità di verifica ulteriori saranno decise dal Responsabile della Trasparenza che dovrà garantire il rispetto di tutti gli ulteriori eventuali adempimenti introdotti dalla normativa o da quanto disposto dall’Organismo di valutazione Regionale.

Per tutti i processi di verifica e controllo viene utilizzata la griglia di rilevazione degli obblighi di pubblicazione, con riferimento ai parametri della completezza, dell’aggiornamento e dell’apertura del formato. (testo allegato 5). Nell’ambito di tale verifica vengono disposti gli interventi eventualmente necessari.

I responsabili della pubblicazione, entro i termini di cui sopra – trasmettono al Responsabile della trasparenza le griglie compilate, integrate di precisazioni e specifiche motivazioni qualora siano evidenziate criticità rilevanti. Devono essere altresì indicate azioni e tempi necessari per la regolarizzazione delle attività, per mantenerle in linea con gli obiettivi definiti.

Inoltre il Responsabile della Trasparenza può disporre controlli mirati a seguito di richieste di accesso civico, nonché a seguito di reclami presentati all'azienda da soggetti terzi. Qualora l'attività di controllo rilevi gravi inadempienze in materia di obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, il Responsabile della Trasparenza (in ottemperanza all'art. 43 D. Lgs. n. 33/2013) trasmette gli atti oltre che alla Direzione Generale, all' Organismo Aziendale di Supporto (OAS), al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e all'Ufficio per i Procedimenti Disciplinari.

Nel 2019 è stato come di consuetudine condotto da parte del RPCT un riesame strutturato con analisi degli indicatori riferiti a:

- rispetto delle attività pianificate all'interno del PTPC
- applicazione degli obblighi di trasparenza
- grado di avanzamento degli obiettivi di budget collegati all'area prevenzione della corruzione

Altra forma di verifica utilizzata è quella dell'audit interno che, dopo l'esperienza sui processi aziendali e sull'area di amministrazione del personale, **nel 2020 proseguirà sugli altri Servizi Unici Metropolitan (acquisizione beni e servizi e contabilità), in collaborazione con le altre aziende coinvolte**, con il particolare obiettivo di monitorare il rispetto e l'efficacia delle misure di prevenzione emerse dalle mappature.

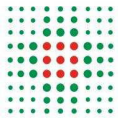
Su un piano più complessivo, invece, spettano all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall' A.N.AC nonché di promozione ed attestazione dell' assolvimento degli obblighi di trasparenza.

Infine compete all'OIV assolvere agli obblighi di comunicazione all'ANAC e di comunicazione delle criticità riscontrate ai competenti organismi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalle norme vigenti.

7.1.8 Accesso civico

L'accesso civico semplice, sancisce il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le Pubbliche Amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del decreto legislativo n. 33/2013, laddove abbiano omesso di renderli disponibili nella sezione "Amministrazione trasparente" del proprio sito istituzionale.

La richiesta è gratuita, non deve essere motivata e va indirizzata al Dirigente Referente individuato per le funzioni di cui all'art. 5, co. 2 del D.Lgs 33/2013 utilizzando il modulo appositamente predisposto.



Con il Decreto Legislativo n. 97/2016 di modifica all'art 5 del D.Lgs n. 33/2013, viene introdotta una nuova tipologia di accesso civico (“**accesso generalizzato**” **c.d. FOIA**) che non sostituisce, ma anzi si aggiunge all'accesso civico.

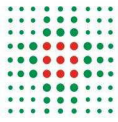
L'accesso generalizzato può essere esercitato da chiunque e senza alcuna motivazione, comporta il diritto di chiunque di accedere a dati e documenti, detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti, secondo quanto previsto dall'art. 5 bis del Decreto stesso

Si è reso pertanto necessario procedere ad una prima applicazione fin dall'entrata in vigore, vale a dire dal 23/12/2016, e successivamente con deliberazione n. 164 del 14/7/2017, si è provveduto all'approvazione del Regolamento (cui si fa rinvio), previo confronto tra le altre Aziende dell'AVEC.

E' stato pertanto pubblicato in “*Amministrazione Trasparente*” l'iter stabilito nel Regolamento, vale a dire che ogni richiesta di accesso generalizzato può essere alternativamente all'Ufficio che detiene i dati e/o i documenti oppure al Protocollo Generale dell'Azienda - Direzione Attività Generali e Istituzionali - Via Massarenti,9 – Bologna utilizzando apposito modulo scaricabile del sito web aziendale, sezione *Amministrazione Trasparente/Altri contenuti-Accesso civico/Accesso civico semplice*.

In ogni caso, l'uso di un formato o di un modulo diverso da quello reso disponibile online non può comportare l'inammissibilità o il rigetto dell'istanza.

- Al momento della presentazione dell'istanza, il richiedente dovrà procedere con la propria identificazione, nel caso in cui non lo avesse fatto, l'ufficio ricevente, ove possibile, dovrà procedere con la richiesta di identificazione. La mancata identificazione del richiedente rende l'istanza medesima irricevibile.
- Ove appaia evidente che l'istanza sia stata erroneamente indirizzata ad un'amministrazione diversa da quella che detiene i dati o documenti richiesti, il ricevente deve trasmettere l'istanza all'amministrazione competente, dandone tempestiva comunicazione al richiedente, con la precisazione che il termine per la conclusione del procedimento decorrerà dalla data di ricevimento della richiesta da parte dell'ufficio competente.
- **Trasmissione Telematica:** ai sensi dell'art. 5, comma 3, del Decreto Trasparenza, l'istanza può essere trasmessa dal soggetto interessato per via telematica secondo le modalità previste dal D.lgs 7 marzo 2005, n. 82 recante “Codice dell'Amministrazione Digitale” (CAD).
- **Altre modalità di trasmissione** L'istanza di accesso civico generalizzato può essere presentata anche a mezzo posta, fax o direttamente presso gli uffici sopra indicati; laddove la richiesta di accesso civico generalizzato non sia sottoscritta dall'interessato in presenza del



dipendente addetto, la stessa deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore da inserire nel fascicolo (ai sensi dell'art. 38, commi 1 e 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

In fase di prima applicazione, considerata la recente introduzione della normativa in materia di accesso civico generalizzato e ritenuto di dover garantire il più possibile uniformità nella trattazione delle istanze, il Responsabile si avvale, se lo ritiene, del supporto dei componenti il Gruppo Aziendale di prevenzione della corruzione, singolarmente considerati ed in ragione della specifica competenza. Qualora si rendesse necessario l'esame collegiale dell'istanza, assume il Coordinamento del Gruppo - eventualmente integrato per peculiari tematiche - il responsabile della Direzione Attività generali ed Istituzionali o suo delegato, stante la estraneità del RPCT nella fase della prima istanza.

- Il procedimento di accesso civico generalizzato deve concludersi con provvedimento espresso e motivato nel termine di 30 giorni dalla presentazione completa dell'istanza con la comunicazione del relativo esito al richiedente ed agli eventuali controinteressati; tale termine è sospeso fino ad un massimo di dieci giorni nel caso di comunicazione ai controinteressati .
- Il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso devono essere motivati. In caso di rigetto totale o parziale, è necessario indicare il Responsabile competente per il riesame. Se il medesimo soggetto ha già formulato una richiesta identica o sostanzialmente coincidente, il Responsabile ha facoltà di non rispondere alla nuova richiesta, a condizione che la precedente sia stata integralmente soddisfatta a prescindere dal suo esito.
- Nel caso in cui i dati e i documenti richiesti con istanza di accesso civico generalizzati siano detenuti dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che in questi casi è competente a decidere in prima istanza, eventuali richieste di riesame rispetto a dinieghi totali o parziali dal medesimo opposti saranno trattate dal Responsabile della Direzione Ricerca ed Innovazione.

Il RPCT deve segnalare i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, all'ufficio procedimenti disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare. Il RPCT segnala altresì gli inadempimenti al Direttore Generale e all'OIV ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.

Se l'accesso civico generalizzato è stato negato o differito per evitare un pregiudizio concreto alla tutela della protezione dei dati personali, in conformità alla disciplina legislativa in materia, il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza deve sentire il Garante per la Protezione dei dati personali il quale si pronuncia entro il termine di 10 giorni dalla richiesta.

A decorrere dalla comunicazione al Garante, il termine per l'adozione del provvedimento da parte del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è sospeso fino alla ricezione del parere del Garante e comunque per un periodo non superiore ai predetti 10 giorni.

TUTELA DELL'ACCESSO CIVICO

Avverso la decisione dell'Azienda o, in caso di richiesta di riesame, avverso la decisione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, il richiedente l'accesso civico generalizzato può proporre ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale ai sensi dell'art. 116 del Codice del Processo Amministrativo di cui al Decreto Legislativo 2 luglio 2010 n. 104.

REGISTRO DEGLI ACCESSI

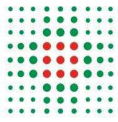
Tutte le richieste di accesso (documentale, civico semplice, civico generalizzato) pervenute all'Azienda devono essere fascicolate in modo opportuno all'interno del sistema di gestione dei flussi documentali; in tale ambito si genera automaticamente il Registro delle istanze di Accesso finalizzato a formare un elenco utile all'adempimento dell'obbligo di pubblicazione. Tale Registro è interamente informatizzato e in tale forma pubblicato in **Amministrazione Trasparente**.

7.1.9. Dati ulteriori

Per "dati ulteriori" si intendono i dati di cui all'art. 4, co. 3, D.Lgs. n. 33/2013 vale a dire dati, informazioni e documenti che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013 o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento.

I dati ulteriori saranno individuati sulla base delle proposte dei Dirigenti Aziendali nell'ambito del percorso di attuazione del Programma Triennale, nonché sulla base delle osservazioni/richieste dei portatori di interessi interni ed esterni all'azienda nel corso delle consultazioni/informazioni descritte precedentemente.

In conformità ai criteri definiti nel Programma 2014-2016 per l'individuazione di dati ulteriori da pubblicare rispetto a quelli obbligatori ex lege, è stata disposta, in accordo con la Direzione aziendale, la pubblicazione dei dati riguardanti **lo stato delle donazioni** sia da singolo privato che da ditte, disposte a favore dell'azienda, confermati anche con il presente programma.



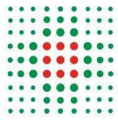
E' stata altresì accolta la proposta proveniente dal Gruppo di approfondimento costituitosi a seguito della unificazione dei Servizi finanziari e di contabilità (cfr. 3.2), di pubblicare il progetto e gli stadi di avanzamento del Programma Attuativo della Certificabilità (PAC).

Nel 2019, in relazione agli adempimenti ai sensi del Decreto Legislativo 14 maggio 2019 n. 52 (art. 2), è stato istituito un gruppo di lavoro cui hanno partecipato l' Agenzia sanitaria regionale, il Servizio Amministrazione SSR, alcuni RPCT e referenti aziendali per la ricerca.

Ne sono scaturite delle linee guida messe a punto dall' OIV-SSR per la predisposizione e pubblicazione di una tabella riepilogativa di tutti gli studi interventistici di farmaco aperti alla data del 31.12.2019. Questi dati dovranno essere esposti in "Altri Contenuti" di Amministrazione Trasparente, in corrispondenza di specifica voce denominata "Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci" (art. 11, c.4bis, D. Lgs 211/2003 – introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs 52/2019)..

Anche nel Programma 2020-2022, ulteriori pubblicazioni saranno individuate e selezionate tenendo conto dei seguenti criteri:

- vincoli derivanti dalle norme in tema di protezione di dati personali di cui al D.Lgs. 196/2003, oltre che il segreto. In particolare l'art. 4, comma 3 del D.lgs. 33 citato, prevede che *"Le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento, fermi restando i limiti e le condizioni espressamente previsti da disposizioni di legge, procedendo alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti"*
- principi ulteriori che regolano l'azione amministrativa (economicità, efficienza, efficacia), in considerazione dei costi che l'amministrazione deve sopportare per procedere al reperimento ed alla pubblicazione. Pertanto i dati ulteriori potranno essere dati già disponibili nell'ambito dei vari flussi informativi aziendali, o elaborazioni di secondo livello di dati disponibili, o rappresentazioni semplificate, o comunque informazioni facilmente reperibili con modalità non inutilmente costose.
- un effettivo interesse per la collettività.



Segue LE MISURE DI PREVENZIONE

7.2) Disciplina della rotazione del personale

Premessa

L'Azienda – nel rispetto della programmazione regionale degli ultimi anni (vedi delibera di Giunta Regionale n. 199/2013), finalizzata a perseguire economie di scala tramite processi di razionalizzazione delle risorse ed unificazione delle funzioni – ha realizzato, congiuntamente all'Azienda USL di Bologna, all'Istituto Ortopedico Rizzoli e all'azienda USL di Imola, progetti di unificazione di funzioni amministrative trasversali (cfr 3.2). L'unificazione ha comportato una ridefinizione delle assegnazioni del personale, ivi comprese quelle dei dirigenti preposti alle strutture riconducibili ad alcune delle principali aree a rischio.

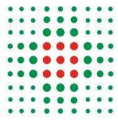
Peraltro, già in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.7.2013, si sono sostanzialmente definiti alcuni criteri ed indicazioni in materia di rotazione degli incarichi, di cui si è tenuto conto nel presente Piano, ed in particolare:

a) “In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta”;

b) “l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne”.

L'azienda riconosce che l'applicazione del principio di rotazione del personale addetto alle aree a rischio indubbiamente riveste particolare rilievo e ne condivide la ratio che mira ad evitare che il medesimo dipendente si trovi ad intrattenere in continuità relazioni prolungate nel tempo con gli stessi utenti o fornitori.

Pertanto, compatibilmente con l'esigenza di dover garantire la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale ed indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, e mantenere continuità e coerenza di indirizzo nelle strutture, si applicherà il principio di rotazione nei settori più esposti a rischio, invitando i Dirigenti ad effettuare la rotazione tra i vari responsabili di procedimento (ad es tra i componenti delle commissioni di gara e di concorso e le segreterie addette; oppure nelle attività di front office, ecc).



Infine non va trascurato che la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi trova un limite oggettivo presso l'Azienda in considerazione della specifica e spesso univoca competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree oggetto di mappatura del rischio, che non permette una fungibilità nei ruoli professionali e quindi di rotazione nei servizi medesimi (vedasi le specialità mediche) In tal senso tuttavia, si prendono a riferimento i suggerimenti contenuti sullo specifico tema nel PNA 2016.

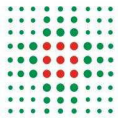
NEGLI ANNI

Nel corso del 2018

- Da giugno 2018 è stato avviato un importante processo riorganizzativo relativo all'assetto organizzativo complessivo dello staff e delle linee della direzione aziendale. In particolare è avviata una prima fase attuativa già nel 2018 (staff Direttore Generale ed amministrativo), accompagnato da una importante iniziativa di formazione a garanzia del più ampio coinvolgimento del personale.
- Dal febbraio 2019, si completerà la seconda fase, con l'organizzazione propria della direzione sanitaria e l'avvio di una nuova modalità di lavoro in team, per consentire maggiore integrazione delle professioni sanitarie e scambio di esperienze.
Pertanto nel 2019, si attueranno anche momenti di "rotazione" per cambio di afferenze nella direzione di servizi ed Aree di servizi (ad es l'Area dell'anatomia patologica, per i servizi di supporto, compresa la camera mortuaria; referenza di direzione sanitaria per il Polo toraco vascolare; per l'area ambulatoriale, ecc)

Nel corso del 2017:

- per quanto attiene l'attività organizzativa della Libera professione, n. 3 funzionari sono stati formati per il cambio di afferenza nel supporto ai medici delle diverse Unità Operative. Sono state ridefinite le afferenze di diverse UO, assegnandole a collaboratori diversi dai precedenti. La rotazione ha riguardato tutti i collaboratori assegnati al supporto alle UO (quindi ai professionisti).
- Per quanto riguarda l'affidamento della gara di progettazione dell'intervento relativo al riordino dell'area materno infantile sono stati individuati nelle funzioni di Presidente, Commissario e Segretario verbalizzante dipendenti diversi rispetto alla precedente gara aggiudicata (concessione e gestione di nuove centrali tecnologiche)
- Per il Servizio di Farmacia clinica, è prevista l'adozione di modalità di rotazione al fine di non preconstituire situazioni favorevoli rispetto alle Ditte farmaceutiche o altri.
- In tema invece di Servizi amministrativi unificati, si è proceduto all'affidamento dell'incarico ad un nuovo Direttore del Personale a seguito di dimissione del precedente assegnato ad altro incarico.



Dall'anno 2016, inoltre, sempre per i principi sopra enunciati, si è intrapreso con le aziende sanitarie dell'area Metropolitana, un processo volto all'**unificazione di servizi anche sanitari**, in conformità alle linee di indirizzo della Regione Emilia Romagna approvate con deliberazione n. 199/2013 laddove si precisa che le Aziende sono tenute a *“Migliorare la qualità dell’offerta e dell’efficienza nella produzione di servizi, avviando un processo di integrazione di attività e funzioni tra Aziende per condividere le migliori professionalità presenti, razionalizzare risorse tecnologiche, materiali, umane e finanziarie, concentrando strutturalmente le funzioni amministrative, tecnico - professionali e sanitarie a prevalente carattere generale e di supporto tecnico-logistico che non influenzano l’esercizio dell’autonomia e della responsabilità gestionale in capo alle direzioni aziendali, ma che possono determinare economie di scala ed economie di processo”*;

A tal proposito si richiama qui quanto descritto al paragrafo 5.1.2., in tema di reti integrate e di funzioni interaziendali realizzate.

7.3) Obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse

Al fine di far emergere possibili conflitti di interesse con l'attività della struttura di assegnazione e con i compiti affidati, ai sensi dell'art. 6 del Codice di Comportamento DPR 62/2013, ogni lavoratore, quando viene assegnato ad una struttura (servizio o staff di direzione) deve informare il relativo responsabile di tutti i rapporti di collaborazione con soggetti privati in qualunque modo retribuiti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, secondo le precisazioni richieste dal Codice stesso.

La disposizione si applica:

- a tutto il personale dipendente con rapporto di lavoro subordinato a tempo indeterminato e a tempo determinato
- a tutto il personale universitario integrato nell'attività assistenziale
- a tutto il personale dipendente di altre pubbliche amministrazioni, acquisito in comando o distacco, ivi compreso il personale che opera in ambito aziendale a titolo di “comando finalizzato”
- a tutto il personale che opera in azienda con altre forme di lavoro flessibile (contratti di formazione lavoro e contratti di somministrazione)

La comunicazione va prodotta all'atto dell'assunzione/reclutamento e della prima assegnazione e ogni qual volta l'operatore venga assegnato ad una diversa struttura organizzativa

Le disposizioni contenute nel **D.P.R. n. 62/2013** stabiliscono un obbligo di astensione per il responsabile del procedimento, il titolare dell'ufficio competente ad adottare il provvedimento finale ed i titolari degli uffici competenti ad adottare atti endoprocedimentali nel caso di conflitto d'interessi, anche potenziale, perseguendo una finalità di prevenzione

Nella programmazione 2019 si continuerà a dedicare attenzione al tema del conflitto di interessi, non solo in ambito appalti pubblici, ma in generale per la diffusione degli indirizzi e delle disposizioni in tutti gli ambiti sensibili.

A tal proposito, nel corso del 2018 la Regione ha reso disponibile la modulistica di dichiarazione pubblica di interessi dei professionisti in versione informatizzata sull'applicativo regionale di gestione delle Risorse Umane (GRU); si è avviata la raccolta, estesa a tutto il personale, che proseguirà, con l'obiettivo di ottenere il 100% di dichiarazioni rese entro il 2019.

Infine, rispetto ai **rapporti con il personale universitario**, rilevata la "doppia dipendenza" Azienda/Università e accertata la necessità che si evitino situazioni di disparità di trattamento rispetto al personale dipendente, sono stati organizzati incontri con il RPCT dell'Università di Bologna al fine di definire modalità di scambio di informazioni, almeno in prima fase e successivamente verificare la possibilità di autorizzazioni congiunte e regole condivise.

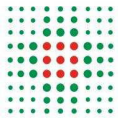
Nel 2016, grazie alla collaborazione del Responsabile ALP e dei responsabili dei competenti uffici dell'Università, si è addivenuti a definire che lo svolgimento di perizie da parte del personale medico universitario convenzionato rientri nello svolgimento della libera professione intramuraria e quindi, in quanto tale, sempre soggetto alla regolamentazione aziendale.

Nell'anno 2018 sono continuate le attività di confronto e coordinamento con il RPCT e gli addetti dell'Area Personale dell'Università, per prevenire per quanto possibile la disparità di trattamento sul tema del conflitto di interessi fra docenti che svolgono anche attività assistenziale presso l'Azienda, avviando un primo confronto sulle tipologie di incarichi autorizzati e condividendone le informazioni relativamente al triennio 2016 – 2018.

E' stato avviato dal 2018 uno studio di fattibilità per l'analisi comparativa fra la normativa e la individuazione del contenuto e dei flussi di informazioni necessari al fine di consentire reciprocamente le corrette valutazioni in tema di conflitto di interessi legate alle attività assistenziale che svolgono i docenti.

Si è realizzato lo scambio di informazioni, attraverso l'invio di file da parte universitaria, per consentire una valutazione complessiva di assenza di conflitto sui professionisti universitari integrati.

L'accordo attuativo approvato a dicembre 2018 e già citato, potrebbe facilitare la realizzazione di momenti istituzionali di condivisione rivolti ad un'auspicabile autorizzazione congiunta degli incarichi extraistituzionali dei docenti universitari integrati in assistenza.



7.4) Disciplina della inconfiribilità/incompatibilità di incarichi (*Regolamento approvato con deliberazione n.39 del 30/1/2014 aggiornato con delibera n. 646 del 23.12.2014*)

Il d.lgs. 39/2013 disciplina i casi di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali.

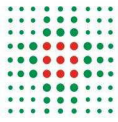
La norma si applica al personale di qualifica dirigenziale ed al personale non inquadrato in qualifica dirigenziale, titolare di funzioni direttive (Posizioni Organizzative).

A livello aziendale, la materia degli incarichi extra-istituzionali, trova disciplina nel regolamento approvato con deliberazione del Direttore generale n.39/2014, revisionato con successiva deliberazione n. 646/2014. Spetta ai Dirigenti Responsabili delle strutture organizzative vigilare affinché le disposizioni in materia di incompatibilità e di conflitto d'interessi contenute nel regolamento vengano rispettate e, a tal fine, si richiama l'art. 20, comma 2 lettera b) del Codice di Comportamento Aziendale (vedi Deliberazione n. 154/2015).

Si rileva come detta regolamentazione sia destinata ad essere modificata, a seguito della più volta richiamata unificazione delle funzioni del Servizio di Amministrazione del Personale a livello Metropolitano, in considerazione dell'intento dichiarato dalle Direzioni aziendali di procedere alla unificazione della regolamentazione della disciplina in tema di incarichi.

Inoltre si richiama la delibera ANAC n.1201 del 18.12.2019: al punto 9 "*Applicabilità della disciplina di cui all'art. 3 d.lgs. n. 39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria*", essa riconduce le ipotesi di inconfiribilità e di incompatibilità nelle Aziende sanitarie non solo agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, attesa la disciplina dettata dall'art.1 commi 49 e 50 della L.190/2012 e dagli artt. 5, 8,10,14 del D.lgs 39/2013, alla luce della Sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014 (incompatibilità), ma anche ai soggetti titolari di competenze di amministrazione e gestione. Si pensi agli addetti agli uffici deputati alla gestione del personale e del trattamento economico ovvero agli Avvocati incardinati negli uffici legali oppure ai responsabili degli uffici che si occupano di curare le relazioni istituzionali o con il pubblico o, ancora, agli esperti informatici e al personale dei dipartimenti "affari generali". In questi casi essi svolgono, infatti, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co. 1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.

Nel 2019 sono stati effettuati, ai sensi del D.Lgs. n. 39/2013, controlli sulle dichiarazioni di inconfiribilità e incompatibilità del direttore amministrativo (dr Davide Fornaciari) e sanitario (dr Gianbattista Spagnoli). **Dal controllo non risultano cause di incompatibilità, né di inconfiribilità.** Le modalità di conduzione di tale controllo sono rinvenibili dal verbale protocollo dell'Azienda n. 2311 del 29.01.2019.



Sinteticamente, si precisa che ai fini del controllo, si è consultato:

- il casellario giudiziale
- Infocamere Telematico con riferimento ad eventuali cariche ricoperte
- dichiarazione dei redditi 2016 consegnate sia dal Direttore Amministrativo e dal Direttore sanitario,.
- Ministero dell'Interno: <http://elezionistorico.interno.it/index.php> .

In considerazione dei cambiamenti avvenuti nella direzione aziendale, nel 2020 si procederà ai previsti controlli

7.5) Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito

L'art 1, comma 51, della Legge n. 190/2012, al fine di consentire l'emersione di illeciti, ha introdotto un obbligo di tutela a favore del dipendente che li segnala (cosiddetto "**whistleblower**") all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti o al proprio superiore gerarchico.

A fine 2017 un importante passo avanti è stata l'approvazione della legge n.179 del 30.11.2017 "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico e privato"

La normativa prevede:

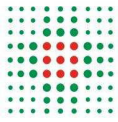
- a)** la tutela dell'anonimato
- b)** il divieto di discriminazione nei confronti dello "whistleblower"
- c)** la sottrazione al diritto di accesso della denuncia, fatte salve le eccezioni espressamente indicate

La legge 179/2017 rafforza tali tutele. Estende al settore privato la tutela del dipendente o del collaboratore che segnali illeciti o violazioni.

Spetta alla PA l'onere della prova che le misure discriminatorie o ritorsive adottate nei confronti del segnalante siano motivate da ragioni estranee alla segnalazione. Il segnalante licenziato ha diritto alla reintegra nel posto di lavoro e al risarcimento del danno.

L'Azienda sia con il Codice di Comportamento che con un Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e delle forme di tutela del "Segnalante", approvato con Delibera n. 645/2014, ha disciplinato tali aspetti. Questa documentazione sarà oggetto di revisione nel corso del 2020.

Nel 2019 è stata attivata la piattaforma informatica in internet, basata su software Globaleaks, che garantisce l'anonimato rendendo impossibile rintracciare l'origine della segnalazione e permette lo scambio di informazioni con il segnalante.



Si dà evidenza infine dell'iniziativa del RPCT continuata anche nel 2019, periodo marzo – maggio, novembre - dicembre, con i cosiddetti “mercoledì dell’Anticorruzione”, vale a dire la disponibilità all’ascolto libero un’ora ogni settimana. Per lo più sono stati incontri che hanno destato interesse finalizzato a ricevere informazioni sul tema Prevenzione della Corruzione. Nel corso dell’anno 2020, si provvederà a ripetere tale iniziativa.

8. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Nel Piano nazionale Anticorruzione 2019, di cui alla Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019, viene confermata la centralità della formazione ed il ruolo strategico che assume per gli aspetti di prevenzione.

In tal senso l’Azienda è impegnata ad individuare un piano per garantire che il personale, a vario titolo coinvolto in aree di attività interessate dal rischio corruttivo, possa essere adeguatamente formato e sensibilizzato sui temi contenuti nel presente piano e sull’importanza del rispetto delle indicazioni ivi contenute, sulle diverse fattispecie del reato di corruzione e le connesse responsabilità penali personali nonché sui risvolti sul piano disciplinare in caso di violazione degli obblighi contenuti nel presente piano.

La formazione è articolata su due livelli:

- Uno di carattere generale rivolto a tutti i dipendenti che abbia ad oggetto l’aggiornamento delle competenze ed i temi dell’etica e della legalità;
- Uno di carattere specifico che si rivolga al responsabile anticorruzione, ai suoi referenti ed ai funzionari e dirigenti operanti in settori considerati a rischio corruzione dal presente Piano.

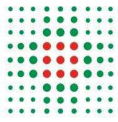
L’Azienda partecipa e condivide l’organizzazione di tematiche comuni anche in ambito AVEC, ritenendo imprescindibile garantire uniformità di approccio alle problematiche in esame. Nel corso dell’anno 2019, sono stati organizzati – anche con partecipazione allargata a colleghi di altre aziende sanitarie dell’Area vasta di Bologna Centro - i seguenti eventi:

1) *Prevenzione della corruzione nell’area gestione risorse umane*

25 ottobre 2019 presso l’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna

Responsabile Scientifico: Dott.ssa Luisa Capasso

Docenti: Proff.: Nicola Aicardi, Desiree Fondaroli, Andrea Lassandari, Carlo Zoli



2) *Prevenzione della corruzione nell'area affidamento lavori, servizi e forniture*

25 novembre 2019

Responsabile Scientifico: Dott.ssa Luisa Capasso

Docente Prof. Fabrizio Figorilli

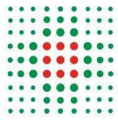
3) **Venerdì 22 novembre 2019**, la **Giornata della Trasparenza** già citata a pag. 60 proposta insieme alle Aziende Sanitarie della Provincia di Bologna e all'Istituto Ortopedico Rizzoli; sui **temi della Trasparenza Amministrativa e dell'Accesso Civico** con uno sguardo ai recenti orientamenti giurisprudenziali e delle Autorità Garanti.

Particolare attenzione e tempo, sono stati rivolti all'organizzazione di incontri formativi, anche con riconoscimento di crediti ECM, al fine di **diffondere i principi del nuovo Codice di comportamento** e richiamare tutti i dipendenti alla compilazione, attraverso la procedura regionale informatizzata di gestione del personale, dei moduli connessi alla valutazione di assenza del **conflitto di interessi**.

E' stata organizzata una serie di incontri aventi oggetto "*Legge 190/2012 - Prevenzione Della Corruzione e Codice di Comportamento*" rivolti a dirigenti amministrativi, tecnici e professionali; personale amministrativo; Dirigenti sanitari e personale infermieristico, delle direzioni e degli staff per un totale di persone formate pari a 203.

Sono poi a disposizione del personale i seguenti **corsi FAD aziendali**:

- **"Obblighi e Responsabilità per prevenire e contrastare fenomeni a rischio corruttivo"** a cura della Responsabile della prevenzione aziendale in collaborazione per gli aspetti tecnici con il Consorzio MED3, con crediti Ecm, rivolto a tutto il personale sanitario (nel 2016 n.221 partecipanti con corso terminato positivamente; nel 2017 n. 69; nel 2018 n. 31)
- **"Il Codice di Comportamento"** a cura della Responsabile della prevenzione aziendale in collaborazione per gli aspetti tecnici con il Consorzio MED3, con crediti Ecm, rivolto a tutto il personale sanitario. Il corso è stato rivisto ed aggiornato in considerazione della nuova edizione approvata (nel 2016 n.441 partecipanti con corso terminato positivamente; nel 2017 n. 132, nel 2018 n. 59).



Il RPCT e la collaboratrice, hanno poi partecipato presso l'Università degli Studi di Bologna, Dipartimento di Giurisprudenza, ad un ciclo di tre Seminari di Alta Formazione – Rete per l'Integrità e la Trasparenza:

- 1) *ANTIRICICLAGGIO*: il 23 ottobre 2019 dalle 14,30 alle 17,30
- 2) *TRASPARENZA*: il 29 novembre 2019 dalle 14,30 alle 17,30
- 3) *VALUTAZIONE E GESTIONE DEL RISCHIO*: IL 5 dicembre dalle 14,30 alle 17,30

Altra iniziativa cui le stesse hanno partecipato, è stato quello organizzato dalla S.P.IS-A. di Bologna,

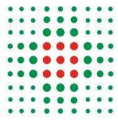
- 4) *“L'accreditamento in ambito socio sanitario: competenze, forme e limiti”* il 20 novembre 2019 dalle 15,30 alle 17,30

Per l'anno 2020 si intende proseguire il percorso di miglioramento della consapevolezza da parte dei professionisti sugli aspetti connessi all'anticorruzione in relazione al tema sponsorizzazioni, conflitto di interesse e Codice di Comportamento

Inoltre si organizzeranno iniziative con un taglio specifico, rivolte ai dipendenti che operano nelle aree più esposte al rischio di corruzione e troverà continuità la modalità organizzativa di prevedere momenti formativi di carattere generale destinati a tutti i dipendenti attraverso Corsi di Formazione a Distanza.

Verrà privilegiata l'organizzazione congiunta con le aziende sanitarie della provincia.

Sarà valutata l'attualità di proseguire con i momenti di ascolto del personale da parte del RPCT nell'ambito dei **“mercoledì dell'Anticorruzione”**, mentre saranno aggiornati gli opuscoli informativi sui temi di maggior interesse per i dipendenti, pubblicati poi sul sito intranet aziendale.



9. L'ITER DI APPROVAZIONE

Sul portale aziendale, nel mese di ottobre, è stata pubblicata la comunicazione inerente l'avvio della consultazione pubblica del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori d'interesse (volontari, organizzazioni sindacali, ordini e Collegi professionali).

Il contenuto del Piano è stato condiviso in fase di predisposizione con la Direzione aziendale, nel corso di due incontri, avvenuti l'11.12.2019 ed il 7.1.2020, come da nota agli atti prot. n. 571 del 9/1/2020.

Con deliberazione del Direttore Generale assunta il 30 gennaio, il Piano è stato approvato ed è immediatamente eseguibile. Sarà pubblicato sul sito aziendale alla sezione "Amministrazione trasparente" e diffuso tra il personale e i collaboratori dell'Azienda.

Sarà sottoposto a revisione entro il 31 gennaio di ogni anno o anche in altro momento, qualora si dovessero rendere necessarie modifiche per eventuali mutamenti dell'organizzazione aziendale. Tutte le comunicazioni di carattere non informale con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, devono avvenire attraverso l'apposita casella e-mail: anticorruzione@aosp.bo.it, connotata di massima riservatezza e ad accesso esclusivo.

PROGRAMMAZIONE 2020 – 2022 ALLEGATO N. 1

La tabella che segue riporta, per ciascuna area di attività dell’Azienda, i singoli processi individuati a maggior rischio di corruzione.

AREE A RISCHIO CORRUZIONE ATTIVITA' 2020 -2022				
	AREA	ATTIVITÀ	RISCHIO	CRONO-PROGRAMMA
1	ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE: Reclutamento Progressioni di carriera Conferimento di incarichi di collaborazione	Definite in mappatura e rappresentate all'interno del registro dei rischi	Definiti in mappatura e rappresentati all'interno del registro dei rischi	Analisi completata nel 2014: le misure correlate sono inserite nel Registro dei rischi allegato 2 al PTPC Nel 2019 sono state verificate verificare tramite audit interno insieme alle altre Aziende unificate. Le azioni di miglioramento scaturite dall'attività di controllo saranno oggetto di un ulteriore audit nel 2020
2	ACQUISIZIONE BENI E SERVIZI SUPERIORI A 40.000,00	Definite in mappatura e rappresentate all'interno del registro dei rischi	Definiti in mappatura e rappresentati all'interno del registro dei rischi	Nel 2018 il processo è stato mappato tramite confronto tra Aziende area metropolitana e Intercenter. Nel prossimo triennio saranno definite le misure preventive, da verificare tramite audit interno insieme alle altre Aziende unificate
3	CONTABILITÀ	Definite in mappatura e rappresentate all'interno del registro dei rischi	Definiti in mappatura e rappresentati all'interno del registro dei rischi	Le attività afferenti a questa area sono state oggetto di valutazione nel corso del 2018 assieme alle altre Aziende unificate Nel prossimo triennio saranno definite le misure preventive, da verificare tramite audit interno insieme alle altre Aziende unificate

AREE A RISCHIO CORRUZIONE ATTIVITA' 2020 -2022

	AREA	ATTIVITÀ	RISCHIO	CRONO-PROGRAMMA
4	AREA ASSISTENZIALE	Accesso all'erogazione delle cure in libera professione	Sono state definite le aree critiche su cui svolgere, oltre ai controlli di routine, verifiche interne sul campo	L'attività specifica, oggetto di confronto nell'ambito di specifico gruppo aziendale nel 2018, è stata verificata con audit interni nel 2019 nelle aree selezionate. L'attività di audit sarà proseguita nel 2020
		Acquisto di prestazioni ad integrazione dell'attività istituzionale in regime ALP (prestazioni aggiuntive art. 55 CCNL/2000)	Utilizzo improprio dell'attività libero-professionale in sostituzione di quella ordinaria a fini di vantaggio personale o di altri, anche con possibile elusione della normativa fiscale di riferimento, in particolare per l'attività autorizzata svolta a di fuori dell'Azienda	
5	RAPPORTI CON I SOGGETTI EROGATORI: CONTROLLI	Attività di Libera Professione svolta presso strutture private	Verifica del corretto andamento delle attività	Controlli da svolgersi nel corso del triennio
6	SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Rapporti con organizzazioni esterne /Ripartizione proventi	Conflitto di interessi	<p>Nel 2018 è stata oggetto di revisione la documentazione aziendale; è iniziata la raccolta delle dichiarazioni pubbliche di interessi dei professionisti all'interno dell'applicativo regionale GRU (Gestione Risorse Umane).</p> <p>Nel 2019, in attuazione del D.Lgs. n.52/2019 per il riferimento alla pubblicazione di dati e alla dichiarazione sull'assenza del conflitto di interesse, il tavolo regionale Trasparenza e Anticorruzione ha costituito un gruppo di lavoro per delineare le "Indicazioni interpretative delle disposizioni previste in merito alle Sperimentazioni cliniche". Tali disposizioni saranno da attuare entro gennaio 2020</p>
7	FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE	Rapporti con informatori scientifici del farmaco	Conflitto di interesse Induzione a favorire case farmaceutiche piuttosto di altre a fini personali	<p>Raccolta delle dichiarazioni di assenza di conflitto di interessi da parte dei professionisti coinvolti attraverso l'applicativo regionale GRU da completare nel 2020.</p> <p>Si proseguirà nell'attività di verifica dell'attuazione del percorso di accesso strutturato per gli incontri di informazione scientifica e si darà corso alle indicazioni che perverranno dal gruppo di lavoro formatosi a livello di Tavolo Regionale Anticorruzione su modalità operative omogenee di applicazione del DGR 2309/2016 nelle singole aziende sanitarie e adozione di strumenti comuni di tracciatura delle attività.</p>

AREE A RISCHIO CORRUZIONE ATTIVITA' 2020 -2022

	AREA	ATTIVITÀ	RISCHIO	CRONO-PROGRAMMA
8	SPONSORIZZAZIONI	Rapporti con organizzazioni esterne / Destinazione e utilizzo delle risorse	Conflitti di interesse	<p>Nel 2019 è stato attivato uno specifico gruppo di lavoro nell'ambito del Tavolo Regionale Anticorruzione per assicurare alle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna/IRCCS pubblici una corretta gestione della formazione sponsorizzata da parte di soggetti esterni privati, nel rispetto delle norme vigenti e del codice di comportamento delle Aziende sanitarie.</p> <p>Si è pervenuti alla redazione di uno schema di Regolamento che nel 2020 troverà un'applicazione specifica da parte delle singole Aziende. Si è in attesa dell'approvazione definitiva da parte della Giunta regionale.</p>
9	COMODATI D'USO/ VALUTAZIONE "IN PROVA"	Monitoraggio di queste particolari modalità di ingresso delle tecnologie all'interno dell'organizzazione	Ricorso eccessivo a queste modalità	Valutazione della pubblicazione in Dati ulteriori delle informazioni sulle tecnologie introdotte attraverso questa modalità.
10	GESTIONE SERVIZI DI SUPPORTO ALLA PERSONA	<p>Concessione servizi commerciali</p> <p>Servizi Alberghieri. In fase di definizione dei documenti di gara.</p>	<p>Formulazione compiti e ruoli che tenga conto di evitare incompatibilità</p> <p>Già richiesta ad ANAC la vigilanza collaborativa ex art. 213 punto 3 lettera h del codice degli appalti</p>	Analisi, mappatura e verifica da svolgersi nel corso del triennio
11	ATTIVITÀ DI PROTOCOLLAZIONE E GESTIONE DEI FLUSSI DOCUMENTALI	<p>Protocollazione</p> <p>Archiviazione</p>	<p>Induzione ad occultare documenti, ad alterare data e ora di ricezione e alla diffusione di informazioni riservate</p> <p>Induzione ad eliminare documenti in originale</p>	<p>Le attività afferenti a questa area sono state oggetto di un manuale aziendale pubblicato nel corso del 2018: Il manuale di gestione descrive e disciplina il sistema di produzione, di gestione e di conservazione dei documenti analogici e informatici nell'Azienda.</p> <p>Il nuovo sistema informatico di gestione documentale, denominato BABEL, assicura la gestione in formato digitale dei flussi documentali. I documenti in uscita sono generati in formato digitale mentre quelli in entrata vengono acquisiti dal sistema di gestione documentale.</p> <p>In merito alla sicurezza informatica il relativo documento verrà pubblicato nel corso del prossimo triennio</p>

AREE A RISCHIO CORRUZIONE ATTIVITA' 2020 -2022				
	AREA	ATTIVITÀ	RISCHIO	CRONO-PROGRAMMA
2020/2022				
12	ATTIVITÀ LEGALE	Conferimento incarichi a legali	Induzione a raggiungere accordi per conferimento a uno specifico legale con compartecipazione ai proventi o altri vantaggi	Le attività afferenti a questa area saranno oggetto di valutazione nel corso del 2020 Le misure correlate saranno inserite nel PTPC 2021-2023
		Transazioni	Induzione a raggiungere accordi con la controparte sull'importo da liquidare con compartecipazione ai proventi	
13	SICUREZZA SUL LAVORO - Medicina del Lavoro - Prevenzione e Protezione - Smaltimento rifiuti	Valutazione del rischio negli ambienti di lavoro	Induzione a una non corretta valutazione del rischio, sia in termini di carenza che in termini di sopravvalutazione	Le attività afferenti a questa area sono portate avanti a livello metropolitano; si attenderanno gli sviluppi del nuovo database per i dati relativi al personale con inidoneità Smaltimento rifiuti: è stata adottata nel 2019 specifica procedura Aziendale Nel 2020 proseguirà il lavoro di diffusione e formazione del personale
		Attività di vigilanza	Induzione ad una mancata vigilanza sul rispetto degli obblighi che gravano sui dirigenti, sui preposti, sui lavoratori, sul medico competente e sugli appaltatori	



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi




ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA


Registro dei Rischi 2020





PROCESSO ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE – La mappatura sarà integralmente rivista nel corso del 2020 (obiettivo di budget), a seguito delle risultanze dell’audit 2019 svolto sul processo e della riorganizzazione del Servizio



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		ANALISI			MISURE PREVENTIVE	
Area	Processo	Descrizione dell’evento	Livello di controllo	Livello di rischio	Priorità		
RECLUTAMENTO PERSONALE	Procedure concorsuali/selettive con rapporto di lavoro a tempo indeterminato/determinato	<p>Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell’imparzialità della selezione, allo scopo di reclutare candidati particolari, quali, a titolo esemplificativo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • il non accoglimento delle domande pervenute fuori tempo • la non ammissione di candidati senza requisiti • la regolare/legittima composizione della commissione esaminatrice • la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove • la cogenza della regola dell’anonimato nel caso di prova scritta/pratica • lo svolgimento della prova orale aperta al pubblico • la regolarità dei lavori della Commissione esaminatrice • il corretto utilizzo delle graduatorie 	Minimo	20	CRITICO	2 	<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza • Rotazione personale e/o Procedimenti • Raccolta dichiarazioni conflitto di interessi • Formazione • Controlli su alcuni requisiti da parte di altro ufficio

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		ANALISI			MISURE PREVENTIVE	
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Livello di rischio		Priorità	
	Procedure comparative per il conferimento di contratti di lavoro autonomo e di collaborazione	<p>Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo degli elenchi di idonei</p>	Minimo	20	CRITICO	<p>2</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza • Rotazione personale e/o Procedimenti • Raccolta dichiarazioni conflitto di interessi • Formazione

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		ANALISI			MISURE PREVENTIVE	
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Livello di rischio		Priorità	
	Procedure per il passaggio diretto/mobilità tra PP.AA.	<p>Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione del Collegio tecnico</p> <p>Irregolarità dei lavori del Collegio tecnico</p>	Minimo	20	CRITICO	<p>1</p> 	<ul style="list-style-type: none"> • Trasparenza • Rotazione personale e/o Procedimenti • Raccolta dichiarazioni conflitto di interessi • Formazione • Controlli su alcuni requisiti da parte di altro ufficio

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		ANALISI			MISURE PREVENTIVE	
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Livello di rischio		Priorità	
	Progressioni economiche di carriera	<p>Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>	Minimo	16	CRITICO	<p>1</p> 	<p>Pubblicazione sul sito web aziendale di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tutti i provvedimenti /accordi/protocolli relativi alla procedura - criteri di attribuzione dei punteggi - graduatoria con punteggio e progressivo grado di utilizzo

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		ANALISI			MISURE PREVENTIVE	
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Livello di rischio		Priorità	
	Gestione carriere	Modifiche non tracciate e/o ingiustificate dei dati contenuti nella banca dati informatica dell'azienda	EFFICACE	10	RILEVANTE	2  16	<p>Abilitazione individuale e selettiva per l'accesso e le modifiche alla banca dati: TUTTI GLI INTERVENTI DEGLI OPERATORI SONO PROFILATI E TRACCIATI DALLA PROCEDURA</p> <p>Registrazione automatica per tracciabilità di ogni intervento manuale effettuato in banca dati</p> <p>Interconnessione "obbligata ed automatica" tra tutte le banche dati aziendali (carriere giuridiche, presenze assenze, stipendi e denunce contributive, contabilità per centri di costo, rilevazione e controllo dei costi del personale), che garantisce il controllo diffuso dei dati gestiti</p>
	Valutazione del personale	Irregolare/illegittima composizione del Collegio tecnico di valutazione		8	RILEVANTE	2  16	<p>Predeterminazione della composizione regolamentare del Collegio tecnico</p> <p>Comunicazione preventiva al soggetto valutato della composizione del Collegio tecnico incaricato della valutazione</p>





AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		ANALISI			MISURE PREVENTIVE	
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Livello di rischio		Priorità	
	Calcolo e pagamento stipendi	Modifiche non tracciate e/ o ingiustificate dei dati contenuti nella banca dati informatica dell'azienda		10	RILEVANTE	2  	<p>Abilitazione individuale e selettiva per l'accesso e le modifiche alla banca dati;</p> <p>TUTTI GLI INTERVENTI DEGLI OPERATORI SONO PROFILATI E TRACCIATI DALLA PROCEDURA</p> <p>Integrale informatizzazione della formazione della banca dati finalizzata ai processi di calcolo e del calcolo stesso, mediante interconnessione "obbligata ed automatica" tra tutte le banche dati aziendali (carriere giuridiche, presenze assenze, denunce contributive, contabilità per centri di costo, rilevazione e controllo dei costi del personale)</p> <p>Registrazione automatica con tracciabilità di ogni intervento manuale effettuato in banca dati</p> <p>Controllo preventivo di compatibilità con tetti massimi di compenso aziendali</p>







CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA - Identificazione delle misure preventive da svolgersi nel 2020



AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE		ANALISI		
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
RECLUTAMENTO PERSONALE	Conferimento Incarichi dirigenziali di Struttura complessa – personale ruolo sanitario	<p>Fase 1) Definizione del fabbisogno oggettivo: rischio di frammentazione di UU.OO. e aumento artificioso del numero delle posizioni da ricoprire, oppure mancata messa a bando della posizione dirigenziale per ricoprirla con incarichi ad interim o di facente funzione.</p> <p>Fase 2) Definizione del profilo del candidato: rischio di individuare un profilo non adeguato alla struttura cui afferisce l'incarico, oppure definizione di un profilo generico non utile a consentire alla commissione giudicatrice la valutazione circa il candidato più idoneo.</p> <p>Fase 3) Costituzione della commissione giudicatrice: rischio di accordi per l'attribuzione di incarichi.</p> <p>Fase 4) Valutazione dei candidati: eccessiva discrezionalità nella valutazione al fine di favorire specifici candidati.</p> <p>Fase 5) Comunicazione e pubblicazione dei risultati.</p>	EFFICACE			25 CRITICO






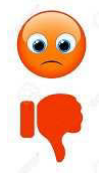
CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA - Identificazione delle misure preventive da svolgersi nel corso del 2020

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
GESTIONE CONTABILITA' E FINANZA	Invio della fattura da parte del creditore					
	Ricezione della fattura	Accettazione di fatture elettroniche ricevute tramite piattaforma digitale SdI dell'Agenzia delle Entrate (Art.25, DL 66/214) oppure cartacea, non conformi	EFFICACE	2	2	MEDIO-BASSO  
	Contabilizzazione della fattura con indicazione dell'importo liquidato, sospeso e/o non liquidabile	Registrazione contabile delle fatture ricevute tramite SDI e verifica di presenza di bolla elettronica di liquidazione		2,00	2,00	MEDIO-BASSO  


AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE		ANALISI		
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Eventuale comunicazione dei debiti scaduti da parte del SUMCF ai servizi gestori	Periodicamente viene trasmesso ai servizi gestori l'elenco delle fatture non liquidate		3,00	1,00	MEDIO-BASSO  
	Eventuale certificazione dei crediti su istanza del creditore	Accettazione o rifiuto delle richieste di cessione di credito		5,00	1,00	MEDIO-BASSO  
	Eventuale anticipazione e/o cessione dei crediti certificati ad intermediario finanziario abilitato	Stesso processo di cui al punto precedente	EFFICACE	5,00	2,00	RILEVANTE  


AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE		ANALISI		
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
GESTIONE CONTABILITA' E FINANZA		Eventuale compensazione dei crediti certificati con somme dovute agli agenti della riscossione a seguito di iscrizione a ruolo, ex articolo 28-quater del DPR 602/1973, ovvero con somme dovute in base a istituti definatori della pretesa tributaria o istituti deflativi del contenzioso tributario, ex articolo 28-quinquies del DPR 602/1973		5,00	2,00	RILEVANTE 
	Pagamento della fattura	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati. Pagamenti di fatture non autorizzate		5,00	4,00	RILEVANTE 


AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE		ANALISI		
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
GESTIONE CONTABILITA' E FINANZA	Anagrafiche fornitori e cessioni di credito	Alterazione anagrafiche e appoggi bancari a proprio favore o di terzi		5,00	2,00	RILEVANTE 
	Registrazione fatture	Alterazione data scadenza creazione documento fittizio	EFFICACE	2,00	2,00	MEDIO-BASSO 
	Pagamenti beni e servizi	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati. Pagamenti di fatture non autorizzate		5,00	4,00	RILEVANTE 


AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Verifiche Durc e Agenzia delle Entrate - Riscossione	Mancata verifica e conseguente pagamento non dovuto		5,00	2,00	RILEVANTE 


PROCESSO LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
PROCESSO LIBERA PROFESSIONE AMBULATORIALE	<p>Rilascio dell'autorizzazione e all'erogazione (apertura agenda, apertura canali di incasso, individuazione spazi ed equipe di accoglienza)</p> <p>Invio della comunicazione e di autorizzazione ed apertura dell'agenda, gestione delle comunicazioni all'equipe di accoglienza supporto e valutazione volumi per quantificazione e risorse</p>	<p>Rischio di errata valutazione per non corretta applicazione delle regole.</p> <p>Possibilità di favorire un professionista nell'attivazione (spazi, tempi,...)</p> <p>Possibilità di favorire un componente dell'equipe di accoglienza</p>	<p>1</p> 	<p>Utilizzare in ogni caso il criterio temporale nella valutazione e nell'autorizzazione delle richieste.</p> <p>Prevedere la rotazione del personale che compone l'equipe (con livelli diversi di rotazione in relazione alle competenze necessarie)</p>	<p>Il criterio temporale è applicato.</p> <p>Inserimento del criterio della rotazione per il personale del comparto nel regolamento attuativo della libera professione: 100%</p> <p>Rendicontazione al 20 gennaio 2016: 100%</p> <p>Il criterio è inserito nella nuova bozza di regolamento in discussione con le OO.SS.</p> <p>Indicatore per anno 2016:</p> <p>Applicazione a regime del criterio della rotazione</p>	Responsabile Ufficio ALP aziendale

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Per ALP d'equipe inserimento del professionista nell'equipe Inserimento del professionista nell'equipe sulla base della richiesta del referente equipe.	Possibilità di favorire o sfavorire un professionista	1 	Modifica del percorso di presentazione della richiesta evitando la figura del referente dell'equipe a cui assegnare solo una funzione di gestione non di filtro	La nuova modalità di gestione della richiesta prevede la presentazione all'ufficio ALP al referente è assegnata solo una funzione di riferimento per l'equipe a livello gestionale.	Responsabile Ufficio ALP aziendale

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Verifica sulla correttezza dei volumi di attività erogata (ALP/SSN) e sui tempi di attesa delle prestazioni</p> <p>Valutazione dei tempi di erogazione e dei volumi delle prestazioni. Per i volumi verifica per equipe/prestazione no per professionista</p>	<p>Rischio di un disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per equipe/ professionista/ prestazione per mancata evidenziazione dei fenomeni</p>	<p>1</p> 	<p>Implementazione del sistema informatico di monitoraggio in alp e confronto con attività istituzionale (valutazione volumi di equipe e tempi prestazione).</p>	<p>Informatizzazione (indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste)</p> <p>Valutazione dati ALP e attività istituzionale = 100%</p> <p>MONITORAGGIO VOLUMI</p> <p>100% per monitoraggio volumi e confronto con attività istituzionale (tutte le prestazioni e tutte le equipe)</p> <p>MONITORAGGIO TEMPI</p> <p>100% per monitoraggio tempi di attesa LP per prestazioni monitorate a livello regionale (MAPS)</p> <p>0% per tutte le altre prestazioni e confronto con SSN</p>	<p>Responsabile Ufficio ALP azienda</p> <p>Responsabile attività ambulatoriale azienda</p>



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Verifica del corretto svolgimento dell'attività di supporto/accoglienza da parte del personale (verifica marcature, limite massimo ore settimanali, ecc.)</p> <p>Effettuazione di controlli incrociati tra dichiarazioni e timbrature</p>	<p>Rischio di non individuare comportamenti non corretti, e di non poterli all'attenzione.</p> <p>Possibilità di favorire il dipendente perché non si evidenziano comportamenti non corretti</p>	<p>1</p> 	<p>Elaborazione di specifiche linee guida aziendali per sottolineare gli elementi più importanti da ricordare e i comportamenti rischiosi da evitare.</p>	<p>Elaborazione Linee Guida</p> <p>Si è diffuso capillarmente il regolamento. Le LG si faranno al termine della revisione del regolamento stesso.</p> <p>Organizzazione sessioni formative: 100% (partecipazione > 80%)</p> <p>Individuazione di alert automatici che monitorino l'attività: 100% disponibile il sistema in forma sperimentale da testare</p> <p>Esecuzione dell'attività di controllo secondo una pianificazione definita: 100% rendicontata alla direzione programma di controllo</p>	<p>Responsabile Referente attività libero professionale per il personale del comparto</p>


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Controlli sulla corretta erogazione (giorni, orari, timbratura, utilizzo del sistema per prenotazione, erogazione, pagamento)	<p>Rischio di non individuare comportamenti non corretti, e di non poterli all'attenzione.</p> <p>Possibilità di favorire un professionista perché non si evidenziano comportamenti non corretti.</p>	<p>1</p> 	Informatizzazione del sistema di gestione dell'attività con blocco delle giornate non autorizzate.	<p>Informatizzazione (indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste):</p> <p>100% dell'attività gestita su agende informatizzate</p> <p>NOTA: non è gestita su queste agende una parte dell'attività radiologica sono state inserite le attività di anatomia patologica con partenza 15 febbraio 2016.</p> <p>Costruzione di un sistema informatizzato che consenta di rilevare gli elementi non corretti incrociando i dati: 100%</p> <p>Il sistema è stato realizzato, è disponibile per il test.</p>	
	Effettuazione di controlli incrociati tra autorizzazioni e, agende e timbrature.					

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Valutazione richiesta di attivazione da parte del professionista (spazi, luoghi tariffe) – ALP individuale e di equipe	<p>Rischio di errata valutazione per non corretta applicazione delle regole.</p> <p>Possibilità di favorire un professionista nell'attivazione (spazi, tempi,...)</p>	<p>2</p> 	Utilizzare in ogni caso il criterio temporale nella valutazione e nell'autorizzazione delle richieste.		
	Valutazione sulla possibilità di erogazione della LP richiesta (disciplina di appartenenza, congruenza con istituzionale, tipologia di prestazione, sede di erogazione interna o esterna – struttura privata non accreditata, studio privato)					


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Incasso della prestazione erogata ed emissione della fattura	Per prestazioni erogate all'interno errore di incasso, per prestazioni erogate all'esterno rischio di percepire compensi con canali non consentiti	3 	Individuazione di canali di pagamento solo informatizzati (no utilizzo di contante se non alle casse aziendali)	Informatizzazione totale processo di pagamento (Indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste): 90% (calcolato sul peso del fatturato dell'attività)	
	Liquidazione compensi (professionisti e comparto) Procedura informatica	Rischio di favorire un professionista a scapito di un altro inserendo le informazioni con priorità.	1 	Rischio basso: tutto ciò che viene comunicato come incassato viene liquidato esattamente con le stesse scadenze.		



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Calcolo dell'impegno orario dedicato ALP da decurtare dal monte ore annuale (solo se attività eseguita in orario di servizio - laboratori, radiologie ecc.)</p> <p>Estrazione annuale dei dati e inserimento nella procedura del personale.</p>	Mancata individuazione del professionista	<p>3</p> 		<p>Individuazione di un sistema informatizzato per trattenere il tempo di erogazione della prestazione che integri anche con le figure professionali oggi non presenti:</p> <p>100% (il sistema è stato progettato e costruito).</p>	


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Richiesta di modifica opzione da intra a extramoenia e sua valutazione (correttezza dei termini di presentazione, decorrenza, tipo di struttura) Valutazione sulla modulistica e sui tempi.	Non attivazione dell'opzione	3 		Numero di opzioni esercitate, numero di opzioni attivate: 100% (Monitoraggio annuale riferito all'anno precedente)	
	Per scelta extramoenia modifica di stato giuridico e chiusura attività intramoenia Gestione amministrativa della richiesta ed inserimento in WHR	Mancato inserimento della richiesta	3 			


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Richiesta di partecipazione alle equipe di accoglienza/supporto e sua valutazione, inserimento del personale in elenco e costituzione dell'equipe</p> <p>Inserimento del richiedente nell'equipe sulla base della richiesta del referente equipe</p>	<p>Possibilità di favorire/sfavorire il richiedente per mancato rispetto dei criteri da applicare</p>	<p>3</p> 	<p>Inserire il principio della rotazione del personale in equipe (nel rispetto delle competenze necessarie);</p>	<p>Inserimento del criterio della rotazione per il personale del comparto nel regolamento attuativo della libera professione: 100%</p> <p>Il criterio è inserito nella nuova bozza di regolamento in discussione con le OO.SS.</p> <p>Indicatore per anno 2016:</p> <p>Applicazione a regime del criterio della rotazione</p>	


PROCESSO LIBERA PROFESSIONE DI RICOVERO


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
PROCESSO LIBERA PROFESSIONE DI RICOVERO	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	Rischio di dirottare il paziente verso il regime ALP	<p>1</p> 		<p>Predisposizione modulistica informativa (Indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste): 100% la modulistica informativa è disponibile allegata alla procedura aziendale revisionata a settembre 2015</p> <p>Revisione percorso (Indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste): 75% inserito nel percorso di accesso la visita di prericovero effettuata da un professionista a questo dedicato (75% perchè la modalità è applicata al pad. 5 ma da implementare al pad. 1)</p>	


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Trasmissione della richiesta di ricovero al CS del reparto per la programmazione del ricovero ed esecuzione della prenotazione	Il CS del reparto sulla base della richiesta del paziente programma e comunica il ricovero Favorire un professionista piuttosto che un altro nella programmazione (e di conseguenza un paziente)	1 		Informatizzazione lista di attesa (Indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste): 50%	
	Incasso della prestazione erogata ed emissione della fattura Effettuazione dell'incasso (POS, assegni no contanti).	Errore di incasso	1 	Valutazione della tariffa nella giornata della dimissione per consentire di controllare la distinta.		


AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
PROCESSO LIBERA PROFESSIONE DI RICOVERO	Per equipe chirurgica e anestesiological inserimento del professionista nell'equipe sulla base della richiesta del chirurgo/anestesista	Possibilità di favorire o sfavorire un professionista	1 			

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Verifica sulla correttezza dei volumi di attività erogata (ALP/SSN) e sui tempi di attesa delle prestazioni</p> <p>Valutazione dei tempi di erogazione e dei volumi delle prestazioni. Per i volumi verifica per equipe/prestazione no per professionista</p>	<p>Rischio di un disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per una equipe/ professionista/ prestazione come conseguenza di mancata evidenziazione dei fenomeni</p>	<p>1</p> 	<p>Vedi processo ambulatoriale</p> <p>Nota: in questo caso è corretto che il livello di controllo sia diverso rispetto all'attività ambulatoriale perchè il sistema è decisamente più strutturato.</p>	<p>Informatizzazione (indicare percentuale di raggiungimento rispetto alle tempistiche previste):</p> <p>100% il dato è disponibile per i volumi in termini di confronto tra equipe.</p> <p>0% sui tempi a meno che non si faccia un calcolo manuale. Questo elemento di criticità dipende dal non utilizzo della LAT informatizzata (vedi prima)</p>	

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Verifica del corretto svolgimento dell'attività di supporto da parte del personale (verifica marcature, limite massimo ore settimanali, ecc.)</p> <p>Effettuazione di controlli incrociati tra dichiarazione e timbrature</p>	<p>Rischio di non individuare comportamenti non corretti, e di non poterli all'attenzione.</p> <p>Possibilità di favorire il dipendente perché non si evidenziano comportamenti non corretti</p>	<p>1</p> 	Vedi processo ambulatoriale	Elaborazione Linee Guida (indicare percentuale di raggiungimento obiettivo rispetto alle tempistiche previste): 50%	



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
PROCESSO LIBERA PROFESSIONE DI RICOVERO	Controlli sulla corretta erogazione (giorni, orari, timbratura, DRG)	Rischio di non individuare comportamenti non corretti, e di non portarli all'attenzione.	3		Costruzione di un sistema informatizzato che consenta di rilevare gli elementi non corretti incrociando i dati: 100%	
	Controlli sulla corretta attribuzione del DRG di ricovero.	Possibilità di favorire un professionista perché non si evidenziano comportamenti non corretti.			Il sistema è stato realizzato, è disponibile per il test.	
		Rischio di non fatturare correttamente l'intervento/ricovero con maggiore o minore introiti			Verifica del DRG: 100% controlli sui ricoveri dei reparti ALP.	



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Liquidazione compensi (professionisti e comparto) Procedura informatica	Rischio di favorire un professionista a scapito di un altro inserendo le informazioni con priorità.	3 	Vedi processo ambulatoriale valgono le stesse considerazioni		



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	<p>Calcolo dell'impegno orario dedicato ALP da decurtare dal monte ore annuale (solo per ricoveri medici)</p> <p>Estrazione annuale dei dati e inserimento nella procedura del personale.</p>	Mancata individuazione del professionista	<p>3</p> 		<p>Individuazione di un sistema informatizzato per trattenere il tempo di erogazione della prestazione che integri anche con le figure professionali oggi non presenti:</p> <p>100% (il sistema è stato progettato e costruito). Il 2015 lo calcoleremo con il sistema vecchio e in contemporanea con il nuovo (verifica sull'effettivo) in modo da iniziare ad applicare da aprile 2016 la nuova modalità.</p>	







AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
PROCESSO LIBERA PROFESSIONE DI RICOVERO	Richiesta di partecipazione alle equipe di supporto all'atto chirurgico e sua valutazione, inserimento del personale in elenco e costituzione dell'equipe	Possibilità di favorire/sfavorire il richiedente per mancato rispetto dei criteri da applicare	3 	Inserimento in equipe sulla base della data della domanda	Inserimento del criterio della rotazione per il personale del comparto nel regolamento attuativo della libera professione: 100% Rendicontazione al 20 gennaio 2016: 100% Il criterio è inserito nella nuova bozza di regolamento in discussione con le OO.SS. Indicatore per anno 2016: Applicazione a regime del criterio della rotazione	
	Inserimento del richiedente nell'equipe sulla base della richiesta del referente equipe			Elaborazione di un documento che specifichi i criteri di inserimento; Pubblicare (trasparenza) l'elenco dei componenti le equipe e predefinire la dimensione delle equipe		




PROCESSO PROGETTAZIONE E SVILUPPO INVESTIMENTI




AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
PROGETTAZIONE E SVILUPPO INVESTIMENTI	Verifica dell'eventuale anomalia delle offerte	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	1 	Prevedere la seduta pubblica per comunicare l'esito del procedimento di verifica dell'anomalia.	Numero di procedure con anomalia dell'offerta/numero di gare	
	Revoca del bando	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	1 	Revoca del bando tramite assunzione di relativo atto determinativo.	Numero gare revocate/numero gare indette	




AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Redazione del cronoprogramma	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	1 	Dichiarazione motivata del progettista sulla congruità del cronoprogramma.		
	Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto	Favorire l'aggiudicatario delle opere	1 	Richiesta di parere del Servizio Legale dell'Azienda nella definizione di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali	Numenro rimedi alternativi a quelli giurisdizionali utilizzati/pareri legali richiesti	

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Predisposizione capitolati d'appalto	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	1 	<p>Rotazione dei tecnici per la stesura delle prescrizioni tecniche dell'appalto.</p> <p>Esplicitazione di tutti i professionisti (e dei ruoli svolti) che partecipano alla stesura del capitolato.</p> <p>Raccolta dei conflitti di interesse dei professionisti che supportano la definizione dei fabbisogni e la stesura del capitolato.</p> <p>Raccolta dei conflitti di interesse anche dei Responsabili Unici dei Procedimenti.</p>	Numero tecnici incaricati della stesura delle prescrizioni tecniche/numero appalti indetti	
	Nomina Commissione Giudicatrice	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	1 	Evidenziare nell'atto di nomina delle commissioni la raccolta del conflitto di interesse.	Numero commissari nominati/numero conflitti di interesse raccolti	

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Operazioni di Collaudo	Favorire l'aggiudicatario delle opere	1  	Oltre a quanto già previsto dalla normativa, nel caso di affidamento a professionisti interni, rotazione degli stessi.	Numero incarichi di collaudo affidati/numero professionisti incaricati	
	Gestione dei Contratti	Favorire l'aggiudicatario delle opere	1  	Rotazione dei tecnici referenti. Evitare incontri con le ditte aggiudicatarie da parte di un solo dirigente/funziario.		
PROGETTAZIONE E SVILUPPO INVESTIMENTI	Definizione dell'oggetto dell'affidamento	Favorire un fornitore rispetto ad un altro. Ampliamento della commessa.	2  	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sull'applicazione di quanto la normativa già prevede in tema di pubblicità dei bandi di gara.	Evidenza nella determina/delibera a contrarre o nell'atto di indizione della gara delle scelte effettuate	

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Individuazione dello strumento/istituto per l'affidamento	Frazionare o accorpare la fornitura	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sull'applicazione di quanto la normativa già prevede in tema di pubblicità dei bandi di gara		
	Requisiti di qualificazione	Richiesta di certificazioni che limitano la partecipazione: requisiti "alti", limitazione della concorrenza o ampliamento	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sull'applicazione di quanto la normativa già prevede in tema di pubblicità dei bandi di gara		
	Requisiti di aggiudicazione	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sull'applicazione di quanto la normativa già prevede in tema di pubblicità dei bandi di gara		

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Valutazione delle offerte	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sull'applicazione di quanto la normativa in materia già prevede in tema di sedute pubbliche per la valutazione delle offerte		
	Procedure negoziate	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sul rispetto di quanto la normativa già prevede in materia		
	Affidamenti diretti	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sul rispetto di quanto la normativa già prevede in materia		




AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Varianti in corso di esecuzione del contratto	Favorire il vincitore della gara	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controllo sull'applicazione del rispetto di quanto già previsto in materia dal Decreto legge 24 giugno 2014 n. 90 come convertito dalla Legge n. 114/2014		
	Subappalto	Favorire le imprese coinvolte	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controlli sull'applicazione di quanto la normativa già prevede in materia.	Numero controlli risultati irregolari/numero controlli totali. Autorizzazioni di subappalti mediante atto determinativo	
	Acquisti in economia	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	2  16	Nessuna nuove misura preventiva. Controllo del rispetto di quanto la normativa già prevede in materia e di quanto previsto nel regolamento aziendale per gli acquisti in economia.		



AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
	Verifica di legittimità, di regolarità, di possesso di requisiti	Favorire l'aggiudicatario delle opere	2  16	Nessuna nuova misura preventiva. Controllo su quanto la normativa già prevede in materia.		
	Liquidazione, ordinazione e pagamento	Favorire un fornitore rispetto ad un altro	2  16	Afferenza a strutture organizzative differenti delle fasi di liquidazione e pagamento.	Misura già realizzata nell'ambito del progetto PAC (percorso attuativo della certificabilità dei bilanci)	




AREA CONTRATTI – IDENTIFICAZIONE DELLE MISURE PREVENTIVE DA SVOLGERSI NEL CORSO DEL 2018


AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
Programmazione	Analisi e definizione dei fabbisogni (Programma triennale per gli appalti di lavori)	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza /efficacia/economicità con possibili anomalie quali: <ul style="list-style-type: none"> • Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione • reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto • reiterazione dell'inserimento di specifici interventi, negli atti di programmazione, che non approdano alla fase di affidamento ed esecuzione 		MEDIO	5	4	20 CRITICO

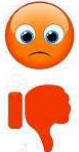




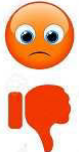


AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
Progettazione della gara	Effettuazione delle consultazioni preliminari di mercato per la definizione delle specifiche tecniche	Attribuzione impropria dei vantaggi competitivi mediante utilizzo distorto dello strumento delle consultazioni preliminari di mercato		MEDIO	5	2	10 RILEVANTE 
	Nomina del responsabile del procedimento	Responsabili del procedimento in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza		MEDIO	3	4	12 RILEVANTE 
	Individuazione dello strumento /istituto per l'affidamento con particolare attenzione al ricorso alla procedura negoziata	Elusione delle regole di affidamento degli appalti, mediante l'improprio utilizzo di sistemi di affidamento, di tipologie contrattuali (ad esempio, concessione in luogo di appalto) o di procedure negoziate e affidamenti diretti per favorire un operatore		MEDIO	5	5	25 CRITICO 




AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Individuazione degli elementi essenziali del contratto	predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione		MEDIO	5	5	25 CRITICO 
	Determinazione dell'importo del contratto	Elusione delle norme sulla determinazione dell'importo finalizzata: - all'esclusione dall'ambito di applicazione delle disposizioni relative alle soglie europee - al frazionamento allo scopo di evitare l'applicazione delle norme del codice dei contratti		MEDIO	5	3	15 CRITICO 



AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Scelta della procedura di aggiudicazione	Elusione delle regole di scelta delle procedure di aggiudicazione al fine di favorire alcuni operatori o un solo operatore		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Predisposizione di atti e documenti di gara incluso il capitolato	fuga di notizie circa le procedure di gara ancora non pubblicate, che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire determinate gare o i contenuti della documentazione di gara		MEDIO	5	3	15 CRITICO 
	Definizione dei criteri di partecipazione, del criterio di aggiudicazione e dei criteri di attribuzione del punteggio	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) prescrizioni del bando e		MEDIO	5	4	20 CRITICO 



AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
		delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti l'abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere la formulazione di criteri di valutazione e di attribuzione dei punteggi (tecnici ed economici) che possono avvantaggiare il fornitore ovvero, comunque, favorire determinati operatori economici					
Selezione del	Publicazione del bando e gestione delle informazioni complementari	Elusione delle norme sulla pubblicazione dei bandi finalizzata a limitare la partecipazione degli operatori economici		MEDIO	5	3	15 CRITICO 



AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Fissazione dei termini per la ricezione delle offerte	Elusione delle norme sulla fissazione dei termini di partecipazione per la ricezione delle candidature o delle offerte al fine di favorire alcuni operatori		MEDIO	5	3	15 CRITICO 
	Trattamento e custodia della documentazione di gara	alterazione o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che in fase successiva di controllo		MEDIO	5	3	15 CRITICO 
	Nomina della commissione di gara	Nomina di commissari in conflitto di interesse o privi dei necessari requisiti		MEDIO	5	3	15 CRITICO 


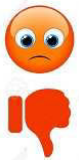

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Gestione delle sedute di gara	Fuga di notizie. Verbalizzazione non corretta alle sedute di gara		MEDIO	5	3	15 CRITICO 
	Verifica dei requisiti di partecipazione	Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche al fine di permettere la partecipazione di un candidato non avente i requisiti richiesti		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Valutazione delle offerte e verifica di anomalia delle offerte	applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara		MEDIO	5	4	20 CRITICO 



AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Annullamento della gara	Utilizzo distorto delle norme al fine di favorire un concorrente escluso o non in possesso dei requisiti di qualificazione		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Gestione di elenchi o albi di operatori economici	Gestione distorta/impropria degli elenchi elabi al fine di favorire sempre un medesimo operatore economico o medesimi operatori economici		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
Verifica dell'aggiudicazione	Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un Aggiudicatario privo dei requisiti Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria		MEDIO	5	4	20 CRITICO 

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Esclusioni e aggiudicazioni	Possibilità di violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
Esecuzione del contratto	Approvazione delle modifiche del contratto originario di esecuzione	Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri (con particolare riguardo alla durata, alle modifiche di prezzo, alla natura dei lavori, ai termini di pagamento, etc.), introducendo elementi che, se previsti fin dall'inizio, avrebbero consentito un confronto concorrenziale più ampio.		MEDIO	5	4	20 CRITICO 

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Autorizzazione al subappalto	Elusione delle verifiche e controlli previsti dalla normativa al fine di autorizzare subappalti a operatori economici non aventi i requisiti mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge, nonché nella mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore.		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Ammissione delle varianti	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (es. per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara)		MEDIO	5	4	20 CRITICO 

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Verifiche in corso di esecuzione	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni contenute nel Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o nel DUVRI	Mancate verifiche al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o per diminuire i costi di esecuzione dell'appalto da parte dell'aggiudicatario		MEDIO	5	4	20 CRITICO 



AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi, il ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore o il mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità dei pagamenti		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Gestione delle controversie	Ricorso a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Effettuazione di pagamenti in corso di esecuzione	Mancato rispetto degli obblighi di tracciabilità Emissione di SAL non corrispondenti ai lavori effettivamente eseguiti liquidazione fatture senza i relativi giustificativi (sal, collaudi, regolare esecuzione)		MEDIO	5	4	20 CRITICO 

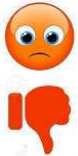
AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
		pagamenti effettuati senza i necessari controlli (DURC regolare, verifiche Equitalia, ecc..)					
Rendicontazione del contratto	Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti		MEDIO	5	4	20 CRITICO 
	Procedimento di verifica della corretta esecuzione, per il rilascio del certificato di collaudo, del certificato di verifica di conformità ovvero dell'attestato di regolare esecuzione (per gli affidamenti di servizi e forniture)	Alterazioni o omissioni di attività di controllo, al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante Effettuazione di pagamenti ingiustificati o sottratti alla tracciabilità dei flussi finanziari Rilascio del certificato di regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici Mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera		MEDIO	5	4	20 CRITICO 

AREA A RISCHIO		IDENTIFICAZIONE	DIRIGENTE/ FUNZIONARIO RESPONSABILE	ANALISI			
Area	Processo	Descrizione dell'evento	Nominativo	Livello di controllo	Probabilità	Impatto	Livello di rischio
	Rendicontazione dei lavori in economia da parte del responsabile del procedimento	Elusione delle norme o rendicontazione non corretta al fine di favorire l'aggiudicatario		MEDIO	5	4	20 CRITICO 





GESTIONE DELLE FATTURE







AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
REGISTRAZIONE/ LIQUIDAZIONE /PAGAMENTO	Anagrafiche fornitori e cessioni di credito	Alterazione anagrafiche e appoggi bancari a proprio favore o di terzi	3 	Segregazione delle funzioni Formazione	Svolgimento formazione = 100%	

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive		INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento					
	Registrazioni e fatture	Alterazione data scadenza creazione documento fittizio	3 	Segregazione delle funzioni Formazione	Segregazione delle funzioni di registrazione da quelle di liquidazione e pagamento per le fatture soggette a ritenuta d'acconto Applicazione della normativa in materia di controllo preventivo su pubblicazione dati contrattisti e liberi professionisti prima di effettuare i pagamenti.	Svolgimento formazione = 100%	
	Pagamenti beni e servizi	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati. Pagamenti di fatture non autorizzate	3 	Segregazione delle funzioni Controllo a campione dei mandati di pagamento Formazione	Si prevede un incontro formativo per l'intero servizio aperto ai colleghi dell'area metropolitana dei servizi economici finanziari entro dicembre.	Svolgimento formazione = 100%	

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive		INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento					
	Verifiche Durc ed Equitalia	Mancata verifica e conseguente pagamento non dovuto	3 	Segnalazione bloccante in procedura di contabilità.	Controllo manuale presenza DURC.		

SPERIMENTAZIONI CLINICHE

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
Area	Processo	Descrizione dell'evento				
SPERIMENTAZIONI CLINICHE	Sperimentazioni cliniche sponsorizzate con contratto ospedaliero oppure no profit con sostegno privato	INPUT Contatto preliminare tra lo sperimentatore e lo sponsor: rischio di favoritismi	1  	Emissione regolamento aziendale	Pubblicazione linee guida aziendali sulla modalità di conduzione delle sperimentazioni cliniche presso il Policlinico	
		Conduzione dello studio: rischio di non corretta applicazione del protocollo e/o di manipolazione dei risultati	2  			

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE		PRIORITA'	Misure preventive	INDICATORI	RESPONSABILITA'
	Area	Processo				
		Fase di autorizzazione della Direzione Aziendale	3  			
		Finalizzazione del contratto	3  			
		Gestione del contratto	3  			

PROCESSO DI GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA – Identificazione delle misure preventive da svolgersi nel corso 2020

AREA A RISCHIO	IDENTIFICAZIONE	MISURE PREVENTIVE	INDICATORI	RESPONSABILITA'	
Area	Processo	Descrizione dell'evento			
Accesso alle prestazioni di ricovero programmato	GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA	Discrezionalità nella gestione delle agende di prenotazione	Adozione Sistema Informatizzato di Gestione delle Liste di Attesa	Adozione SIGLA	Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste d'attesa
Chiamata pazienti		Mancanza di trasparenza	Comunicazione/Informazione al paziente	Integrazione applicativi finalizzata alla definizione data/periodo presunto ricovero	Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste d'attesa
Tempi di attesa		Allungamento dei tempi di permanenza in lista e ricorso a percorsi agevolati	Programmazione delle sale operatorie sviluppata su consistenza/criticità delle liste	Programmazione sale operatorie su sei giorni	Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste d'attesa
			Governo dei rinvii di interventi già programmati entro 48h	Avvio monitoraggio specifico	Responsabile Unico Aziendale per la gestione delle liste d'attesa

Codice fiscale Amministrazione/Società/Ente	Denominazione Amministrazione/Società/Ente	Nome RPCT	Cognome RPCT	Data di nascita RPCT	Qualifica RPCT	Data inizio incarico di RPCT	Le funzioni di Responsabile della trasparenza sono svolte da soggetto diverso dal RPC (Si/No)	Organo d'indirizzo (solo se RPCT manca, anche temporaneamente, per qualunque motivo)	Nome Presidente Organo d'indirizzo (rispondere solo se RPCT è vacante)	Cognome Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	Data di nascita Presidente Organo d'indirizzo (solo se RPCT è vacante)	Motivazione dell'assenza, anche temporanea, del RPCT	Data inizio assenza della figura di RPCT (solo se RPCT è vacante)
92038610371	AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA DI BOLOGNA	LUISA	CAPASSO	10/11/1957	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO	07/03/2013 - 31/3/2015 poi dall' 1/12/2015	SI'						

Domanda	Risposta (Max 2000 caratteri)
CONSIDERAZIONI GENERALI SULL'EFFICACIA DELL'ATTUAZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) E SUL RUOLO DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (RPCT)	
Stato di attuazione del PTPC - Valutazione sintetica del livello effettivo di attuazione del PTPC indicando i fattori che hanno determinato l'efficacia delle misure attuate	<p>Le attività previste nel PTPC risultano sostanzialmente completate con rispetto delle tempistiche; l'aspetto che ha contribuito all'efficacia delle azioni messe in campo è stato come sempre quello della formazione, soprattutto quella interna. Le tematiche trattate, con riferimenti pratici all'ambito lavorativo del Policlinico, il tema dominante, quello del conflitto di interessi, ma anche il resto degli articoli del Codice di Comportamento, hanno suscitato interesse, attenzione e collaborazione, soprattutto dopo le inchieste che hanno coinvolto la camera mortuaria. Questo ha comportato un'intensa collaborazione della parte sanitaria, soprattutto quella afferente alla Direzione delle Professioni Sanitarie, con ampliamento degli eventi formativi previsti e attivazione di specifici gruppi di lavoro sulle aree critiche (Trasporti sanitari esterni - Assistenza Aggiuntiva Non Sanitaria, Dispositivi Medici)</p> <p>E' continuato anche l'intervento tempestivo sul campo, ogni qual volta sono state segnalate situazioni potenzialmente a rischio o comunque meritevoli di attenzione e controllo, anche attraverso audit interni (Area Logistica, ALP, Informazione Scientifica, Camera Mortuaria).</p> <p>Il PTPC ha avuto nell'anno 2019 uno svolgimento regolare: è stata attuata molta formazione in funzione di una maggiore sensibilizzazione rispetto al Codice di Comportamento e al tema del conflitto di interessi, in particolare. Nel corso del 2019 è stato attivato uno specifico approfondimento sull'Area di Amministrazione del Personale, attraverso la progettazione e realizzazione di un Audit unico a livello metropolitano, integrato tra Anticorruzione e Gestione Risorse finanziarie, per una valutazione congiunta di prevenzione del rischio corruttivo e del rischio di non certificabilità dei dati contabili.</p> <p>Aver sviluppato in modo coerente gli obiettivi del PTPC con quelli di budget è stato positivo per attuare le azioni necessarie con sinergia rispetto alle diverse strutture aziendali coinvolte.</p>
Aspetti critici dell'attuazione del PTPC - Qualora il PTPC sia stato attuato parzialmente, indicare le principali motivazioni dello scostamento tra le misure attuate e le misure previste dal PTPC	
Ruolo del RPCT - Valutazione sintetica del ruolo di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPC individuando i fattori che ne hanno supportato l'azione	<p>I fattori che hanno ottimizzato l'attività di coordinamento del RPCT nell'attuazione del PTPC sono stati:</p> <p>a) impulso e sostegno della Direzione aziendale b) efficace e diffusa azione formativa sulle tematiche specifiche e sugli strumenti di analisi; c) monitoraggio delle azioni pianificate con riunioni finalizzate al confronto e alla verifica delle attività svolte; d) il tavolo "trasparenza ed anticorruzione" dell'AVEC (Area Vasta Emilia Centro) costituitosi già in data 13/12/2013 nonché il tavolo di Coordinamento Regionale approvato con determina del Direttore della Direzione generale per la "Cura della persona, salute e welfare" n. 20318 del 4/12/2017. E' prevista la presenza dei RPCT delle aziende sanitarie regionali e di funzionari della Regione; è previsto che siano invitati i componenti dell'OIV regionale.</p>
Aspetti critici del ruolo del RPCT - Illustrare i fattori che hanno ostacolato l'azione di impulso e coordinamento del RPCT rispetto all'attuazione del PTPC	

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31/01/2020 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPC 2019 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2013, al successivo Aggiornamento del 2015 (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015), al PNA 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016) alle Linee Guida ANAC di cui alla determinazione n. 1134/2017, all'Aggiornamento 2017 (Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017) e all'Aggiornamento 2018 del PNA (Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018)

ID	Domanda	Risposta (<i>inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate</i>)	Ulteriori Informazioni (<i>Max 2000 caratteri</i>)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio per verificare la sostenibilità di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPC		
2.A.1	Sì (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	X	Dall'attività di monitoraggio non emergono particolari criticità anche perché molte misure sono relative all'applicazione di Regolamenti e procedure già operativi. Per quelle non completamente applicate è stata adeguata la misura nel nuovo Piano per assicurarne la sostenibilità, ovvero posticipate le scadenze di attuazione coerentemente ai relativi progetti di sviluppo.
2.A.2	No, anche se il monitoraggio era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
2.A.3	No, il monitoraggio non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti, e gli eventi corruttivi come definiti nel PNA 2013 (§ 2.1), nel PNA 2015 (§ 2.1), nella determinazione 6/2015 (§ 3, lett. a), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nei PTPC delle amministrazioni)		
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale		
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.5	Affari legali e contenzioso		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2.B.6	Incarichi e Nomine		
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)	X	Gestione decessi in ambito ospedaliero: i reati sono quelli di associazione per delinquere, corruzione di incaricato di pubblico servizio per atti contrari ai doveri d'ufficio, dichiarazione fraudolenta continuata in concorso, false comunicazioni sociali, riciclaggio continuato in concorso e rivelazione di segreti d'ufficio in concorso
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi		
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPC 2019 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.C.1	Sì (indicare le motivazioni della loro inefficacia)	X	L'attenzione dell'Azienda e della Direzione è da sempre rivolta agli utenti che accedono ai servizi del Policlinico, anche nel delicato momento in cui si trovano a dover affrontare la scomparsa, in ospedale, di una persona cara. A fronte di ciò, nel 2016, una segnalazione verbale ad opera del titolare di una piccola impresa di Onoranze funebri, che non volle presentare nulla per iscritto, indusse il RPCT a dare corso ad opportune iniziative di prevenzione. La segnalazione era riferita ad aspetti organizzativi e relazionali legati alla Camera Mortuaria (non ad illeciti), che apparivano sfavorire quella impresa rispetto ad altre. Pur in assenza, quindi, di fatti specifici, è stata messa in campo una serie di iniziative di cui si fa menzione all'interno del Piano Triennale e si rappresenta di seguito una estrema sintesi. Formazione specifica è stata svolta a favore del personale della camera mortuaria sui temi della Legge "Anticorruzione" (190/2012) e sul significato del conflitto di interessi, con contestuale richiesta di rilascio delle relative dichiarazioni. La cartellonistica rivolta agli utenti è stata revisionata ponendo in rilievo il divieto assoluto da parte dei dipendenti di indirizzare o suggerire imprese funebri; un decalogo di ammonimento sui corretti atteggiamenti dei dipendenti coinvolti è stato diffuso non solo all'interno dell'Azienda ma anche all'esterno, alle stesse Imprese Funebri frequentanti il Policlinico; e ancora, nella recente versione del Codice di Comportamento Aziendale, emessa nel 2018 sulla base dello schema tipo regionale condiviso e applicato da tutte le Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna, è stato inserito specifico articolo dedicato ai comportamenti da tenere durante lo svolgimento delle attività conseguenti al decesso, in considerazione della loro connotazione di aree a rischio corruzione in ambito sanitario, che come tali sono state presentate, in tutti i corsi di formazione svolti lo scorso anno nei Dipartimenti, assieme a Libera professione, gestione delle liste di attesa, sponsorizzazioni e attività formativa. Specifico audit interno è stato infine condotto, a fine 2018, con i coordinatori della Camera Mortuaria, con il risultato di rilevare alcune criticità, che mai comunque avrebbero potuto far pensare all'organizzazione criminale che è stata poi svelata dall'inchiesta in corso. I limiti di quanto intrapreso sono rappresentati dall'ancora grande diffidenza del personale ad utilizzare i canali esistenti e tutelanti per contribuire all'emersione delle aree aziendali davvero critiche, su cui orientare con più efficacia le azioni di prevenzione della corruzione
2.C.2	No (indicare le motivazioni della mancata previsione)		
2.D	Indicare se è stata effettuata un'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2.D.1	Sì (indicare le modalità di integrazione)	X	La Direzione ha ritenuto di grande interesse ed attualità il progetto di avvio audit di controllo delle attività di prevenzione della corruzione e lo ha approvato, nella sua funzione di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali a rischio corruttivo. In particolare, la funzione di audit interno, adottando la metodologia di lavoro basata sull'analisi dei processi, dei relativi rischi e dei controlli previsti per ridurre l'impatto, è considerata un supporto alla Direzione per valutare l'adeguatezza del sistema dei controlli interni e la rispondenza ai requisiti minimi definiti dalle normative, per verificare la conformità dei comportamenti alle procedure operative definite, per identificare e valutare le aree operative maggiormente esposte a rischi e implementare misure idonee per ridurli. Nell'anno 2019 le verifiche sono continuate per l'area della Libera professione, per il processo di gestione del decesso in ospedale e per l'area della logistica sanitaria, in funzione di specifiche segnalazioni. In ambito metropolitano è stato eseguito un audit integrato con la funzione contabile sul processo di acquisizione e gestione del personale
2.D.2	No (indicare la motivazione)		
2.E	Indicare se sono stati mappati tutti i processi		
2.E.1	Sì	X	
2.E.2	No, non sono stati mappati i processi (indicare le motivazioni)		
2.E.3	No, ne sono stati mappati solamente alcuni (indicare le motivazioni)		
2.E.4	Nel caso della mappatura parziale dei processi, indicare le aree a cui afferiscono i processi mappati		
2.G	Indicare se il PTPC è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni		
2.G.1	Sì (indicare con quali amministrazioni)		
2.G.2	No	X	
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali		
3.A.1	Sì	X	
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
3.B.	Se sono state attuate misure specifiche, indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure (più risposte possibili):		
3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)	X	A dicembre 2014 l'azienda ha adottato, con Deliberazione del Direttore generale n. 645, il "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e delle forme di tutela del Segnalante" con lo scopo di promuovere e tutelare sia i dipendenti che i soggetti esterni che segnalano illeciti. Nel 2018 è stata inoltre predisposta la piattaforma informatica in internet, basata su software Globaleaks, che garantisce l'anonimato rendendo impossibile rintracciare l'origine della segnalazione e permette lo scambio di informazioni con il segnalante. Sono pervenute n. 3 segnalazioni aventi ad oggetto presunti anomali comportamenti nella gestione dell'orario di lavoro di alcuni dipendenti e una lamentela personale, lontana dalla filosofia legata al whistleblowing.

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
3.B.2	Iniziativa di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)	X	Fatturazione elettronica, gestione informatizzata delle liste d'attesa, gestione delle agende per prenotazioni di prestazioni ambulatoriali nella procedura CUP (Centro Unico di Prenotazione), gestione processo Attività Libero Professionale, Gestione flussi documentali, Acquisizione dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza; registro delle istanze di accesso civico/documentale
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)		
3.C	Se sono state attuate misure specifiche, formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia (riferirsi alle tipologie di misure indicate a pag. 22 dell'Aggiornamento 2015 al PNA):	X	<p>In riferimento alle tipologie di misure indicate a pag. 22 dell'Aggiornamento 2015 al PNA si specifica quanto segue:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Accessibilità alla documentazione di gara tramite pubblicazione sulla piattaforma telematica SATER, su ACQUISTI IN RETE PA e anche sul profilo del committente per le procedure soprasoglia; 2) Pubblicazione del nominativo dei soggetti cui ricorrere in caso di ingiustificato ritardo o diniego dell'accesso ai documenti di gara: sul profilo del committente nella sezione attività e procedimenti - tipologie di procedimento e' indicato il soggetto titolare del potere sostitutivo nelle procedure di appalto di lavori pubblici beni e servizi 3) Sistema di protocollazione delle offerte attraverso la piattaforma informatica di gestione delle gare SATER che garantisce l'acquisizione, l'immodificabilità e l'archiviazione in modo segreto, riservato e sicuro; in caso di consegna a mano viene rilasciata all'offerente, a cura della segreteria, una ricevuta attestante la data e l'orario di arrivo delle offerte e contestualmente si provvede alla protocollazione Nei verbali di gara vengono precisate le modalità adottate per tutelare l'integrità e la conservazione delle buste contenenti l'offerta 4) Pubblicazione nella sezione Profilo del Committente delle nomine dei componenti delle commissioni, di eventuali consulenti e dei rispettivi Curricula 5) Rilascio da parte dei commissari delle dichiarazioni di assenza conflitto di interessi 6) Pur non effettuando un procedimento di valutazione delle offerte in termini di anomalie, se le giustificazioni pervenute non sono sufficienti ne viene sollecitato il completamento come previsto dal Codice Appalti 7) Check list di controllo sul rispetto, per ciascuna gara, degli obblighi di tempestiva segnalazione all'ANAC in caso di accertata insussistenza dei requisiti di ordine generale e speciale in capo all'operatore economico 8) Direttive interne che prevedono l'attivazione di verifiche di secondo livello in caso di paventato annullamento e/o revoca della gara 9) Per le gare di importo più rilevante, acquisizione da parte del RP di una specifica dichiarazione, sottoscritta da ciascun componente della commissione giudicatrice, attestante l'insussistenza di cause di incompatibilità con l'impresa aggiudicataria della gara e con l'impresa seconda classificata, avendo riguardo anche a possibili collegamenti soggettivi e/o di parentela con i componenti dei relativi organi amministrativi e societari, con riferimento agli ultimi 5 anni 10) Pubblicazione del riepilogo delle cadute di gara e dell'atto di aggiudicazione
3.D	Indicare se alcune misure sono frutto di un'elaborazione comune ad altre amministrazioni		
3.D.1	Sì (indicare quali misure, per tipologia)		In riferimento alle tipologie di misure indicate a pag. 33 dell'Aggiornamento 2015 al PNA, il Servizio acquisti è metropolitano e quindi comune alle altre aziende sanitarie di Bologna e Imola
3.D.2	No		
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
4.A.1	Si (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	X	Gli ambiti interessati sono quelli del personale e dei bandi di gara e contratti, per i quali è prevista l'informatizzazione della pubblicazione curriculum dirigenti e delle informazioni sulle singole procedure di cui all'articolo 1, comma 32, della Legge 190/2012 Tramite l'applicativo di gestione dei flussi documentali, inoltre, sono state informatizzate le sezioni "Provvedimenti", "Profilo del Committente - Delibere a contrarre e documenti analoghi" e il Registro degli accessi.
4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite		
4.B.1	Si (indicare il numero delle visite)		
4.B.2	No (indicare se non è presente il contatore delle visite)	X	
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"		
4.C.1	Si (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)		
4.C.2	No	X	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"		
4.D.1	Si (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)		
4.D.2	No	X	
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi		
4.E.1	Si (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	X	Direzione delle Professioni Sanitarie, Servizio Legale e Assicurativo, Amministrazione del Personale, Attività Generali e Istituzionali, Medicina Legale e gestione integrata del rischio, Farmacia Clinica, Servizi di supporto alla persona
4.E.2	No		
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze		
4.F.1	Si	X	
4.F.2	No		
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:		
4.G.1	Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	X	Il monitoraggio è quadrimestrale su tutte le richieste
4.G.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
4.G.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:		Il livello di adempimento generale, da parte delle Strutture competenti, è da ritenersi buono e senza la presenza di criticità importanti
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione		
5.A.1	Sì	X	
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze: (più risposte possibili)		
5.C.1	SNA		
5.C.2	Università	X	
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house	X	
5.C.6	Altro (specificare quali)		
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base, ad esempio, di eventuali questionari somministrati ai partecipanti:		La formazione organizzata dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e rivolta al personale interno si è incentrata sulla diffusione dei contenuti del Codice di Comportamento, adottato sulla base dello schema tipo regionale nel maggio del 2018. In particolare, è stata dedicata ad uno dei temi più critici, quello del conflitto di interessi, a supporto di una maggiore sensibilizzazione interna e dell'obiettivo aziendale di compilazione della specifica modulistica da parte del 90% del personale. Sempre sul conflitto di interesse è poi stato attivato un corso AVEC tenuto da docenti universitari e rivolto alle Direzioni più direttamente interessate (Settori formazione, amministrazione del personale e anticorruzione), mentre altro corso AVEC si è occupato del nuovo codice degli appalti. L'appropriatezza, l'efficacia e il gradimento sono stati positivamente testati con appositi questionari e hanno dato risultati molto soddisfacenti.
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	X	5174 unità di personale dipendente
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	X	1016 dirigenti 826 dirigenza ospedaliera 190 dirigenza universitaria

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	X	4158 non dirigenti 4083 comparto ospedaliero 75 comparto universitario
6.B	Indicare se nell'anno 2019 è stata effettuata la rotazione del personale come misura di prevenzione del rischio.		
6.B.1	Sì (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti, dei funzionari e del restante personale)	X	All'interno del SAM (Servizio Acquisti Metropolitan) sono stati assegnati, nell'ambito della riorganizzazione del Servizio, n.6 operatori all'espletamento di procedure di categoria merceologica diversa rispetto ai compiti precedentemente affidati: procedure per beni economici a persone che si occupano di attrezzature sanitarie, procedure di servizi economici a personale della segreteria, adempimenti post aggiudicazione in un ufficio accentrato a persone che si occupavano di gare del Settore Sanitario/Settore dei Servizi. Inoltre nell'ambito dello Stesso Settore merceologico, gli Operatori sono interscambiabili nell'espletamento delle procedure di gara e quindi la rotazione è ulteriormente effettuata. Si precisa che i controlli previsti da normativa sulle procedure di gara sono espletati da un ufficio unico che si occupa degli adempimenti post aggiudicazione per tutte le procedure svolte dal SAM. Il SAM ha proceduto a identificare ulteriori RUP all'interno del Servizio, oltre al Direttore, nelle persone dei Dirigenti e titolari di Posizioni Organizzative. A tale fine i Dirigenti e le PO hanno proceduto ad attivare il loro profilo di RUP sulla piattaforma dell'ANAC e a ottenere le credenziali necessarie all'espletamento delle procedure di gara. In capo al Direttore del Servizio rimane la supervisione dei Dirigenti RUP e in capo a quest'ultimi, a cascata, la prima supervisione dell'operato dei funzionari con PO e dei funzionari afferenti al proprio Settore. Inoltre un pensionamento di un Dirigente è stato seguito dalla sostituzione con un nuovo Dirigente da settembre 2019. Nell'ambito della camera mortuaria , sono state identificate due funzioni per l'espletamento delle diverse attività, rispettivamente amministrative e sanitarie; per la funzione sanitaria è previsto che gli operatori turnino con una periodicità di 8 mesi, con una sostituzione - nell'arco temporale definito - di un operatore ogni mese a partire dal quarto. Per quanto riguarda l' ALP (Attività Libero Professionale) nel corso del 2019 si è provveduto a cambiare 5 referenti delle stecche ambulatoriali per la gestione della libera professione ed a far
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
6.B.4	Indicare, ove non sia stato possibile applicare la misura, le scelte organizzative o le altre misure di natura preventiva ad effetto analogo		
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2019, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2019)		
6.C.1	Sì	X	Si è completata la ridefinizione dell'assetto organizzativo complessivo dello staff e delle linee della direzione aziendale. In particolare, da giugno 2018 è stato avviato un importante processo riorganizzativo che ha visto una prima attuazione nel 2018 (staff Direttore Generale ed amministrativo) ed una seconda coinvolgente la direzione sanitaria, che si è completata nel 2019. Altra importante riorganizzazione è avvenuta a carico della Direzione delle Professioni Sanitarie.
6.C.2	No		
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità:		
7.A.1	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	X	Il rilascio delle dichiarazioni riguarda la Direzione Generale: il controllo è stato effettuato sui due i componenti di nomina aziendale (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) e non sono risultate situazioni di inconferibilità o incompatibilità (verbale al protocollo dell'Azienda n. 2311 del 29.01.2019)
7.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
7.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
7.B	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconferibilità per incarichi dirigenziali:	X	Il rilascio delle dichiarazioni riguarda unicamente la Direzione Generale per cui non sono attivate particolari iniziative.
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:		
8.A.1	Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	X	Il rilascio delle dichiarazioni riguarda la Direzione Generale: il controllo è stato effettuato sui due i componenti di nomina aziendale (Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) e non sono risultate situazioni di inconferibilità o incompatibilità (verbale al protocollo dell'Azienda n. 2311 del 29.01.2019).
8.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
8.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
8.B	Formulare un giudizio sulla misura adottata per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali:	X	Il rilascio delle dichiarazioni riguarda unicamente la Direzione Generale per cui non sono attivate particolari iniziative.
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:		
9.A.1	Sì	X	Regolamento adottato con delibera n. 646/2014
9.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
9.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
9.B	Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione		
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
9.C.1	Si (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
9.C.2	No	X	
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per l'inoltro e la gestione di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:		
10.A.1	Si	X	
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:		
10.C	Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:		
10.C.1	Documento cartaceo		
10.C.2	Email		
10.C.3	Sistema informativo dedicato		
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato	X	
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni dal personale dipendente dell'amministrazione		
10.D.1	Si, (indicare il numero delle segnalazioni)	X	N. 3 segnalazioni attraverso la procedura dedicata
10.D.2	No		
10.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:		
10.E.1	Si (indicare il numero di casi)		
10.E.2	No	X	
10.F	Indicare se tramite la procedura di whistleblowing sono pervenute segnalazioni anonime o da parte di soggetti non dipendenti della stessa amministrazione		
10.F.1	Si (indicare il numero di casi)		
10.F.2	No	X	

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie:	X	Il sistema di acquisizione delle segnalazioni configurato nel 2019 non ha ancora dimostrato un utilizzo rilevante; si è cominciato a diffonderne la conoscenza tramite la formazione svolta ma occorrerà continuare con la sensibilizzazione. La revisione del protocollo aziendale ne sarà occasione
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):		
11.A.1	Sì	X	
11.A.2	No (indicare la motivazione)		
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e i contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.B.1	Sì		
11.B.2	No	X	Nel 2018 la Regione Emilia Romagna con la collaborazione del tavolo RPCT, ha ritenuto di adottare uno schema tipo unico per le gli operatori della Sanità. In tal senso l'Azienda ha provveduto di adeguarsi, nella sostanza con un aggiornamento, senza necessità di rivedere gli atti di incarico.
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.C.1	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
11.C.2	No	X	
11.D	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:		
11.D.1	Sì (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)		
11.D.2	No	X	
11.E	Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:		
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.A	Indicare se nel corso del 2019 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:		
12.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)	X	n. 5 procedimenti
12.A.2	No		
12.B	Indicare se nel corso del 2019 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
12.B.1	Sì (indicare il numero di procedimenti)	X	n. 5 procedimenti
12.B.2	No		
12.C	Se nel corso del 2019 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:		
12.C.1	Sì, multa (indicare il numero)		
12.C.2	Sì, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)		
12.C.3	Sì, licenziamento (indicare il numero)	X	n. 5 procedimenti
12.C.4	Sì, altro (specificare quali)		
12.D	Se nel corso del 2019 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		n. 5 procedimenti riconducibili tutti ai seguenti reati
12.D.1	Sì, peculato – art. 314 c.p.		
12.D.2	Sì, Concussione - art. 317 c.p.		
12.D.3	Sì, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D.4	Sì, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.	X	n. 5 procedimenti
12.D.5	Sì, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		
12.D.6	Sì, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D.7	Sì, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.	X	n. 5 procedimenti
12.D.8	Sì, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D.9	Sì, Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.		
12.D.10	Sì, Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.		
12.D.11	Sì, Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.		
12.D.12	Sì, altro (specificare quali)	X	n. 5 procedimenti Art. 416, comma 1, 2, 3 e 5 C.P (Associazione a delinquere) Art. 13, comma 5 della Legge Regionale n. 19 del 2004
12.D.13	No		
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area):		

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
12.F	Indicare se nel corso del 2019 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali:		
12.F.1.	Sì (indicare il numero di procedimenti)	X	Trattasi dei 5 procedimenti già indicati come connessi al penale
12.F.2.	No		
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.):		
13.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
13.A.2	No	X	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:		
13.B.1	Sì (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)		
13.B.2	No	X	
13.C	Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitrato:		
13.C.1	Sì (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)		
13.C.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitrato		
13.C.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitrato	X	
13.D	Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)		
13.D.1	Sì, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione		
13.D.2	Sì, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate		
13.D.3	No	X	
13.E	Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:	X	Non si sono realizzate le condizioni di adozione e attuazione delle misure specificate

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
14.A	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A.1	Indicare se è stata prevista nel PTPCT o in altro atto organizzativo la disciplina per l'attuazione della rotazione straordinaria		
14.A.2	Sì (indicare il numero dei soggetti coinvolti e le qualifiche rivestite)		
14.A.3	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2019		
14.A.4	No, la misura non era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2019	X	
15.A.	PANTOUFLAGE		
15.A.1	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage		
15.A.2	Sì (indicare quanti e quali casi)		
15.A.3	No	X	
15.B	Indicare se nel PTPCT 2019 o in altro atto organizzativo sono state previste delle misure per il contrasto dei casi di pantouflage		
15.B.1	Sì (indicare le misure adottate)		
15.B.2	No	X	

**PROGRAMMA TRIENNALE 2020 – 2022 per la Trasparenza e l’Integrità
OBIETTIVI 2020 - ALLEGATO 4**

	Descrizione obiettivo	Soggetti coinvolti	Tempi	Indicatori	Risultato
1	Adempimento degli obblighi pubblicazione previsti dalle norme vigenti	Tutti i Responsabili di cui all'allegato 6	Come da allegato 6	Dati pubblicati e aggiornati	100%
2	Diffusione Programma Trasparenza	Anticorruzione e trasparenza	Entro 31.03.2020	Piano di comunicazione e realizzazione dello stesso	100%
3	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili di cui all'allegato 6	Entro le scadenze definite nella Griglia Trasparenza allegato 6	Report/Relazioni	100%
		RPCT	Entro le scadenze definite nella Griglia Trasparenza allegato 6	Report/Relazioni	100%
4	Definizione obiettivi accessibilità	Anticorruzione e trasparenza	Entro 31.03.2020	Pubblicazione	100%
5	Predisposizione questionario per la rilevazione del livello di conoscenza e di applicazione del codice di comportamento	Anticorruzione e trasparenza	Entro 30.12.2020	Diffusione questionario nei dipartimenti	100%

	Descrizione obiettivo	Soggetti coinvolti	Tempi	Indicatori	Risultato
6	Inconferibilità/Incompatibilità		Entro 31.12.2020		100%
7	Monitoraggio livelli di lettura dati pubblicati	Anticorruzione e trasparenza	Attività sospesa per prossimo rinnovo del portale aziendale	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione trasparente"	Attività sospesa per prossimo rinnovo del portale aziendale
8	Individuazione/Pubblicazione dati ulteriori	Tutti i Responsabili di cui all'allegato 1	Entro 31.10.2020	Dati ulteriori pubblicati =>1 tipologie	100%
9	Valutazione tempistica di aggiornamento delle pubblicazioni	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'allegato 1	Entro 31.10.2020	Documento	100%
10	Monitoraggio della procedura operativa volta a raccogliere le eventuali segnalazioni di condotte illecite di cui i dipendenti siano venuti a conoscenza (c.d. Tutela del Whistleblower e revisione protocollo aziendale	Anticorruzione e trasparenza	Entro 31.12.2020	Numero segnalazioni pervenute	Monitoraggio

OBIETTIVI 2020				
	Descrizione obiettivo	Soggetti coinvolti	Tempi	Indicatori
1	Aggiornamento Programma Trasparenza	RPCT	Entro 31.01.2020	Deliberazione di approvazione
2	Diffusione Programma Trasparenza	Anticorruzione e trasparenza	Entro 31.03.2020	n. comunicazioni
3	Adempimento obblighi pubblicazione previsti dalle norme vigenti	Tutti i Responsabili di cui all'allegato 1	Come da allegato 1 al Programma	Dati pubblicati
4	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili della pubblicazione di cui all'allegato 1	Entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
		RPCT	Entro le scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
5	Monitoraggio livelli di lettura dati pubblicati	Anticorruzione e trasparenza	Attività sospesa per prossimo rinnovo del portale aziendale	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) (link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione)	Annuale	Annuale	ATRU		
	Atti generali	Art. 12, c. 1	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	ATRU		
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 12, c. 2	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	Tempestivo	Tempestivo	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
			Art. 34	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
		Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016			
	Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013		Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessarie l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)					
	Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a)		Si veda incarichi amministrativi di vertice	Non attinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN	
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonchè tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali		Art. 28, c. 1	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Articolazione degli uffici		Art. 13, c. 1, lett. b)	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	Direzioni/Staff/UO		
		Art. 13, c. 1, lett. c)	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 13, c. 1, lett. b)	(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni)	Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d)	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	ICT			
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di	Art. 15, c. 2	Consulenti e collaboratori	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8)	Mensile			
		Art. 15, c. 1, lett. b)		Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 15, c. 1, lett. c)		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			

Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Consulenti e collaboratori	collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. d)	(da pubblicare in tabelle)	3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8)	Pubblicazione semestrale compensi (da Anagrafe Prestazioni)	Tutte le strutture che concorrono agli incarichi previsti dalla norma		Vanno inseriti membri commissioni concorsuali, collegio sindacale e OAS.
		Art. 15, c. 2 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8)	Mensile			
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Mensile			
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI Dati di provenienza regionale	Da applicare a Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario (+Direttore Servizi Sociali+Direttore Scientifico, ove presenti) nei termini indicati dall'Art.41, con riferimento quindi a quanto previsto all'Art. 15 (cfr. cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017, e nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI Dati di provenienza regionale		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)	Annuale	SUMAGEP		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMAGEP		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Tempestivo	SUMAGEP		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale	SUMAGEP		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
					Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico		
Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis	Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo		Tempestivo (ex art. 8)		Tempestivo		SUMAGEP		
Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis	Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)		Tempestivo (ex art. 8)		Annuale		SUMAGEP		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis				
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente, con riferimento a Direttori di Dipartimento, Struttura complessa e struttura semplice					
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMAGEP						
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR						
		Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR						
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR						
		Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR						
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		NA - Non Applicabile Aziende SSN						
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		NA - Non Applicabile Aziende SSN						
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Vedi nota precedente				
		Art. 15, c. 5		Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016							
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo			NA - Non Applicabile Aziende SSR				
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale			NA - Non Applicabile Aziende SSN				
		Dirigenti cessati			Art. 14, c. 1, lett. a)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo		Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente	
					Art. 14, c. 1, lett. b)		Curriculum vitae		Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
					Art. 14, c. 1, lett. c)		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
Art. 14, c. 1, lett. d)	Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		Nessuno				NA - Non Applicabile Aziende SSR						
Art. 14, c. 1, lett. e)	Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		Nessuno				NA - Non Applicabile Aziende SSR						
Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		Nessuno				NA - Non Applicabile Aziende SSR						
Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982	1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)		Nessuno				NA - Non Applicabile Aziende SSR						
Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982	3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		NA - Non Applicabile Aziende SSR									

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis	
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	ATRU			
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies.	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Annuale	SUMAGEP			
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1)	Annuale	SUMAGEP		Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato)	
		Art. 16, c. 2	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2)	Annuale	SUMAGEP			
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1)	Annuale	SUMAGEP		Banca Dati PERLAPA e SICO (Art. 9bis All. b)	
		Art. 17, c. 2	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2)	Trimestrale	SUMAGEP			
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3)	Trimestrale	SUMAGEP			
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMAGEP		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)	
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)	
		Art. 21, c. 2 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Annuale	RELAZIONI SINDACALI			
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c)	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	CONTROLLO DI GESTIONE	Anche con rinvio a specifica pagina sul sito RER - http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri		
		Art. 10, c. 8, lett. c)		Curricula	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo				
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo				
Bandi di concorso		Art. 19	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMAGEP			
Performance	Sistema misurazione e valutazione Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Tempestivo	OAS/OIV			
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	CONTROLLO DI GESTIONE	Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016		
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo				
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo		CONTROLLO DI GESTIONE	
					Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
			Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	CONTROLLO DI GESTIONE		
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lg.s 97/2016				
Enti pubblici vigilati	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. a)	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 22, c. 2		Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		NA - Non Applicabile		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		NA - Non Applicabile		
Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1)		NA - Non Applicabile					
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b)	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6)	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale	AGI		Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
		Art. 22, c. 2		Per ciascuna delle società: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis	
		Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8)			Non Applicabile per le società ex 9 bis D.Lgs 502/92 smi		
	Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016	Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate		Tempestivo (ex art. 8)						
		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento		Tempestivo (ex art. 8)						
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c)	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale	AGI			
		Art. 22, c. 2		Per ciascuno degli enti:	1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)				Annuale
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale				
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale				
	Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale						
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d)	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)	Annuale	ATRU			
	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
		Art. 35, c. 1, lett. a)		Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI			
		Art. 35, c. 1, lett. b)		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI			
		Art. 35, c. 1, lett. c)		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI			
		Art. 35, c. 1, lett. c)		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI			
		Art. 35, c. 1, lett. e)		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	AGI			
		Art. 35, c. 1, lett. f)		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. g)		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	Tutte le strutture che gestiscono procedimenti Supervisore: AGI		
		Art. 35, c. 1, lett. h)		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 35, c. 1, lett. i)		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 35, c. 1, lett. l)		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 35, c. 1, lett. m)		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 35, c. 1, lett. d)		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
		Art. 35, c. 1, lett. d) e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo			
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMAGEP			
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Semestrale	AGI	Cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019, con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel Tavolo regionale RPCT di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Semestrale	Tutte le strutture che gestiscono procedimenti Supervisore: AGI		
Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a)	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
		Art. 25, c. 1, lett. b)	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative					
		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Bandi di gara e contratti	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI	NOTA BENE: in "Profilo del committente" occorre inserire anche specifica voce denominata ""Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L.n.24 del 8/3/2017" secondo quanto indicato nelle note PG/2017/0302132 del 20/04/2017 del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/0438502 del 13/06/2017 dell'OIV-SSR (pubblicazione annuale al 31/3)	Banche Dati BDAP + BDNCP + Servizio contratti pubblici (Art. 9bis All. b)
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Annuale	ICT			
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	Per ciascuna procedura: Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi - Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC); Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016); Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avviso sui risultati della procedura di affidamento - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Avvisi sistema di qualificazione - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tempestivo	ACQ		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016); tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI	COMMA 505 ABROGATO DAL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 19 APRILE 2017, N. 56.	
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	Contratti	Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti	Tempestivo		NA		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Tempestivo	Tempestivo	TUTTE LE STRUTTURE COINVOLTE NEGLI ACQUISTI		
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1	Criteri e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8)		X	Si rappresenta una oggettiva ambiguità interpretativa di carattere generale sulla portata e sul significato degli art.26 e 27 del D. Lgs.33/2013 e smi che meriterebbero un intervento normativo chiarificatore al fine di evitare pubblicazioni incoerenti e/o modalità di applicazione differenziate tra diverse amministrazioni del Comparto Sanità. Si segnala inoltre che, visto la tipologia di interventi attuati dalle Aziende sanitarie, alcune voci sono pubblicate con le limitazioni previste dal c.4 dell'art.26	
				Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
				Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
				2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Atti di concessione	Art. 27, c. 1, lett. c)	consegna con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
		Art. 27, c. 1, lett. d)		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
		Art. 27, c. 1, lett. e)		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
		Art. 27, c. 1, lett. f)		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
		Art. 27, c. 1, lett. f)		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3)		X		
		Art. 27, c. 2		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2)		X		
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMCF	Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)	
		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMCF			
	Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Semestrale	DIPARTIMENTO TECNICO	Anche beni "detenuti"	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8)	Semestrale	DIPARTIMENTO TECNICO		
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Annuale	OAS/OIV		
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Tempestivo	OAS/OIV		
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	OAS/OIV		
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMCF		
Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	SUMCF			
	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		COMUNICAZIONE		
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo		X		
		Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo		X		
Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo		X					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Servizi erogati	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5)	Annuale	CONTROLLO DI GESTIONE		
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo	DS		
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Tempestivo	ICT		
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Trimestrale	BIL	Anche mediante link a http://soldipubblici.gov.it (ex art.4bis)	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1)	Annuale	SUMCF		
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1)	Trimestrale			
				Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1)	Annuale			
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, ...	Tempestivo (ex art. 8)	Tempestivo				
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1	Informazioni reali ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonchè i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1)	Tempestivo	PROGETTAZIONE, SVILUPPO E INVESTIMENTI	Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)	
				Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)		Tempestivo
Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate. (da pubblicare in tabelle, sulla base delle)	Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)	Tempestivo	PROGETTAZIONE, SVILUPPO E INVESTIMENTI			
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a)	Pianificazione e governo del territorio (da pubblicare in tabelle)	Atti di governo del territorio	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		Art. 39, c. 2		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:				Cfr. nota OIV-SSR ad ANAC prot. PG/2019/0598476 del 16/07/2019 in cui si prevede che "tutti gli enti sanitari della Regione Emilia-Romagna, per adempiere all'obbligo, debbano strutturare la macrofamiglia "Informazioni Ambientali" in un'unica voce in cui inserire tutte le informazioni ai sensi dell'art. 40 del D. Lgs 33/2013; nello specifico, tenuto anche conto della tipologia di informazioni ambientali	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotopi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi					
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2	Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse	Tempestivo (ex art. 8)		Dipartimento Sanità Pubblica Altri servizi eventualmente coinvolti	che le aziende ed enti del SSR ed ARPAE detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali: - le Aziende USL dovranno inserire la Relazione Annuale predisposta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, il link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - le Aziende Ospedaliere dovranno inserire un link alla AUSL territoriale di riferimento e link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - l'ARPAE dovrà pubblicare le Informazioni Ambientali detenute, oltre al link al Ministero dell'Ambiente; - tutti gli enti potranno pubblicare eventuali ulteriori informazioni o documenti disponibili secondo quanto previsto dal D. Lgs. 195/2005.	
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse					
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale					
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore					
			Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio					
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)		NA - Non Applicabile		
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)		NA - Non Applicabile		
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a)	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		Art. 42, c. 1, lett. b)		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8)				
		Art. 42, c. 1, lett. c)		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)				
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e dei suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	Annuale	Annuale	ATRU		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Tempestivo	ATRU		
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Tempestivo	ATRU		
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)	Annuale	ATRU		
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Tempestivo	ATRU		
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Tempestivo	ATRU		
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Tempestivo	AGI		
		Art. 5, c. 2	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Tempestivo	AGI		
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Tempestivo	AGI		
		Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Tempestivo	ICT		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Annuale	ICT		
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Annuale	ICT		
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 – introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs.52/2019	Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003)	<p>Titolo/oggetto del contratto di sperimentazione</p> <p>Coice EUDRACT Promotore</p> <p>Codice del protocollo del promotore</p> <p>Data del nulla osta della Direzione</p> <p>Data sottoscrizione del contratto</p> <p>Unità operativa/e coinvolta/e</p> <p>Nome - cognome del principal investigator</p> <p>CV del principal investigator (link)</p> <p>Budget economico della sperimentazione (A)</p> <p>Rimborsi per prestazioni sanitarie aggiuntive legate alla sperimentazione (B)</p> <p>Totale (A+B)</p> <p>Data chiusura della sperimentazione (per quelle chiuse).</p>	Trimestrale	Entro la fine del mese successivo al trimestre considerato. Prima applicazione: entro 31/2020 pubblicazione del quadro delle sperimentazioni attive al 31/12/2019	RICERCA E INNOVAZIONE	cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 ad oggetto "Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D.Lgs.52/2019"	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	<p>Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate</p> <p>Da PNA 2016 alcuni possibili indicatori :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicatori su appalti -Tecnologie aziendali (in comodato d'uso/in prova) - Patrimonio non utilizzato per finalità proprie - strutture private autorizzate - documento su Sistema Controlli Interni 		DIREZIONI COINVOLTE	<p>Donazioni</p> <p>Giornate della trasparenza</p> <p>Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento ai sensi della L. n. 24 del 8/3/2017</p> <p>Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)</p>	

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)
I riferimenti normativi ove non specificato sono riferiti al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.