



PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2020-2022

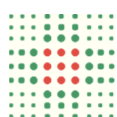
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2020 – 2022



AGGIORNAMENTO DI OTTOBRE 2020

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

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza



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



**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**



PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2020-2022

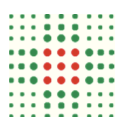
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' 2020 – 2022



AGGIORNAMENTO DI OTTOBRE 2020

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

Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza



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

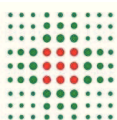


**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**



INDICE

1. Premessa	pag. 5
2. Nozione di Corruzione	pag. 7
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>3.3.2 Il contesto interno dopo l'emergenza sanitaria</i> <i>3.4 Il Piano della performance</i>	pag. 10
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. 33
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. 46
6. Individuazione delle aree a rischio e misure di contrasto	pag. 59
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>	pag. 62



7.1.1 Il procedimento di Elaborazione e Adozione del Programma 7.1.2 Il Responsabile della trasparenza e gli adempimenti 7.1.3 Il programma 2020/2022 7.1.4 L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) e l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) 7.1.5 Gli Obiettivi 2020-2022 e le iniziative per la trasparenza per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità 7.1.6 Giornate della Trasparenza ed ascolto degli Stakeholders 7.1.7 Processo di attuazione e sistema di monitoraggio interno 7.1.8 Accesso Civico 7.1.9 Dati ulteriori 7.2 Disciplina della rotazione del personale 7.3 Obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse 7.4 Disciplina della inconfiribilità/incompatibilità di incarichi 7.5 Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito	
8. Formazione del personale	pag. 81
9. L'iter di Approvazione	pag. 84
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	



PARAGRAFI AGGIORNATI

1. Premessa

2. Nozione di Corruzione

3. Il Contesto Esterno, il Contesto Interno e l'organizzazione

3.1 *L'ambito regionale*

3.1.1 *La sanità nella Regione Emilia Romagna*

3.2 *Area Vasta di Bologna Centro*

3.3 *Il Contesto Interno e l'organizzazione*

3.3.1. *Il Contesto interno e il percorso di riconoscimento IRCCS*

3.3.2 *Il contesto interno dopo l'emergenza sanitaria*

3.4 *Il Piano della performance*

6. Individuazione delle aree a rischio e misure di contrasto

7. Le misure di prevenzione ed in primis il “Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2020 – 2022”

7.1 *Il programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2020-2022*

7.1.1 *Il procedimento di Elaborazione e Adozione del Programma*

7.1.2 *Il Responsabile della trasparenza e gli adempimenti*

7.1.3 *Il programma 2020/2022*

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

7.1.5 *Gli Obiettivi 2020-2022 e le iniziative per la trasparenza per la legalità e la promozione della cultura dell'integrità*

7.1.6 *Giornate della Trasparenza ed ascolto degli Stakeholders*

7.1.7 *Processo di attuazione e sistema di monitoraggio interno*

7.1.8 *Accesso Civico*

7.1.9 *Dati ulteriori*

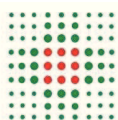
7.2 *Disciplina della rotazione del personale*

7.3 *Obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse*

7.4 *Disciplina della inconfiribilità/incompatibilità di incarichi*

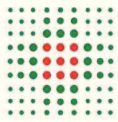
7.5 *Tutela del dipendente che effettua segnalazioni di illecito*

8. Formazione del personale



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

Il presente Piano 2020-2022, aggiornamento dell'ultimo Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione Aziendale adottato dal Direttore Generale con atto n. 26/2020 su proposta del responsabile aziendale anticorruzione, subisce oggi una revisione resasi necessaria per l'emergenza sanitaria che ha investito le organizzazioni sanitarie a livello mondiale.

Allo stato attuale, pur permanendo la fase emergenziale, le necessità di impegno del sistema sanitario a farvi fronte appaiono compatibili con l'impostazione di una fase programmatica volta al riavvio graduale delle attività sospese e alla rimodulazione di quelle intraprese.

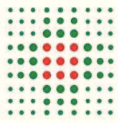
1.1 Il Piano Aziendale Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)

La finalità del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 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; **la recente emergenza sanitaria rappresenta valido motivo di revisione.**

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.

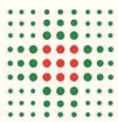


Gli strumenti più significativi da adottare per dare attuazione alla Legge n. 190/2012 e successive modifiche, possono così individuarsi:

- 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.

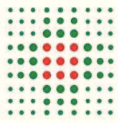
I Piani Triennali (e gli altri documenti correlati: Codice di comportamento aziendale, Programma triennale trasparenza ed integrità e Regolamento per la gestione degli incarichi extra istituzionali, ecc), hanno rispettato il previsto iter di adozione nei tempi fissati e sono pubblicati sul sito aziendale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

Analogo iter sarà seguito per questo aggiornamento resosi necessario in corso d'anno.

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).



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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.

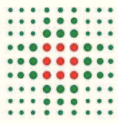
In questi ultimi tempi tale inquadramento è stato rivisto, alla luce di più approfondite considerazioni e dando maggior rilievo al fatto che queste indagini si basano sulla “percezione”. **Secondo l'Indice di Percezione della Corruzione del 2018, l'Italia è al 53° posto nel mondo per corruzione percepita. 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.**

Il Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO) del Consiglio d'Europa ha pubblicato delle linee guida rivolte ai suoi 50 Stati membri con l'obiettivo di prevenire la corruzione nel contesto dell'emergenza sanitaria causata dalla pandemia da Covid-19.

Le linee guida, emesse dal Presidente del GRECO, Marin Mrčela, sottolineano che la diffusione del COVID-19 aumenta i rischi di corruzione e che il settore sanitario è particolarmente esposto, soprattutto per l'urgente necessità di forniture mediche e la semplificazione delle regole di approvvigionamento, strutture mediche sovraffollate e personale medico sovraccarico.

“In un contesto in cui i paesi affrontano emergenze innegabili, una concentrazione del potere e deroghe di diritti e libertà e in cui ingenti somme di denaro vengono immesse nell'economia per alleviare la crisi, i rischi di corruzione non devono essere sottovalutati”, ha dichiarato il Presidente del GRECO. “Le decisioni relative alle misure prese dalle autorità centrali, regionali e locali per affrontare la pandemia devono essere trasparenti e oggetto di supervisione e responsabilità. Le persone che denunciano irregolarità nel settore sanitario devono essere protette”, ha aggiunto.

Il Presidente del GRECO ha inoltre ricordato che la trasparenza nel settore pubblico è uno dei mezzi più importanti per prevenire la corruzione, qualunque sia la sua forma. “In una situazione di emergenza, è fondamentale che le istituzioni pubbliche comunichino informazioni su base regolare e affidabile. Ciò vale per la pandemia stessa, ma anche per le misure di emergenza per affrontarla. Non dobbiamo permettere al COVID-19 di compromettere i nostri valori e le nostre norme, comprese la trasparenza e la responsabilità. Le piattaforme di informazione



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

digitali, come i portali dedicati alla trasparenza, sono strumenti preziosi per prevenire la corruzione e contribuire a proteggere lo Stato di diritto”, ha dichiarato.

Le pratiche corruttive possono riguardare il sistema di aggiudicazione degli appalti, i servizi legati al settore medico, il settore della ricerca e sviluppo (R&S) di nuovi prodotti, in particolare sotto forma di conflitti di interesse o attività di lobbying e, tra gli altri rischi, vi è quello della commercializzazione di prodotti medici contraffatti legati al COVID-19.

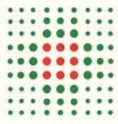
Transparency International Italia sottolinea come l'emergenza Covid19 stia richiedendo estremi sforzi al Sistema Sanitario Nazionale. I governi stanno mobilitando risorse economiche senza precedenti e il governo centrale attribuisce poteri straordinari a commissari nazionali e regionali. Molti appalti pubblici vengono aggiudicati ed eseguiti con procedure accelerate, i benefici economici vengono riconosciuti sulla base di semplici autocertificazioni, incredibili quantità di dati clinici e sanitari vengono raccolti quotidianamente ed entrano nel patrimonio pubblico.

Tutto ciò significa che i rischi di distorsione dei processi decisionali e di spesa sono molto più elevati rispetto alle condizioni di “normalità”.

I rischi di corruzione emergenti in Italia secondo Transparency sono riconducibili ai seguenti settori:

1. APPALTI E CONTRATTI PUBBLICI
2. GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
3. FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

Questi andranno inseriti tra le aree su cui concentrare le azioni prioritarie dei prossimi mesi; tra quelle suggerite da Transparency International Italia vi sono un'efficace applicazione della legge sul whistleblowing, una maggiore trasparenza (ad esempio su processi contrattuali, spesa pubblica,) e disclosure dei clinical trials.



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).

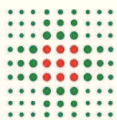
A tal proposito si richiama quanto contenuto nella Circolare n.1 del Dipartimento della Funzione Pubblica del 25 gennaio 2013 *"il concetto di corruzione deve essere inteso in senso lato, come comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte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



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi

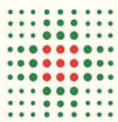


ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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**, é 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

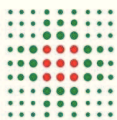
Con l'adozione della L.R. 18/2016 la Regione Emilia-Romagna ha dedicato una particolare attenzione ai progetti di promozione della legalità. Sono incentivate tutte le iniziative per la promozione della cultura della legalità sviluppate d'intesa con i diversi livelli istituzionali, ivi incluse le società 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.



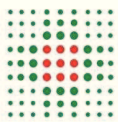
Prosegue poi l'azione di diffusione della Carta dei Principi di responsabilità sociale di imprese e la valorizzazione del rating di legalità, attraverso i bandi per l'attuazione delle misure e degli interventi della DG Economia della Conoscenza, del Lavoro e dell'Impresa. L'adesione diviene così requisito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

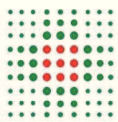
È stato aggiornato e adeguato al nuovo Codice degli appalti pubblici D. Lgs. 50/2016 e ss.mm. ii. il sistema informativo SITAR, ora denominato SITAR 2.0; l'Osservatorio regionale, quindi, con il nuovo sistema informativo, a partire dagli ultimi mesi del 2017, ha svolto in modo più efficace la propria 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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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.

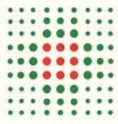
Con la sottoscrizione di accordi di programma, la Regione poi ha sostenuto un ampio spettro di azioni nell'ambito della promozione della cultura della legalità: interventi di sensibilizzazione e formativi, specialmente per i più giovani; costituzione di "Centri per la legalità"; attivazione di Osservatori 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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

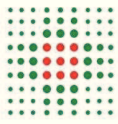
Parma è la città in cui si segnala una presenza significativa di Cosa nostra, con cellule collegate alla famiglia Panepinto di Bivona (AG), per il resto poco presente nel territorio regionale.

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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi

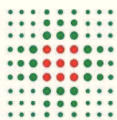


ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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:**

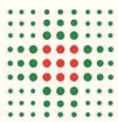
Rivista «QUADERNI DI CITTÀ SICURE», numeri:

- 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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

3.1.1 La sanità nella Regione Emilia Romagna

La situazione di emergenza sanitaria legata al COVID-19 ha interessato la Regione Emilia Romagna dai primi giorni di febbraio 2020, con conseguenze sul piano dell'organizzazione, sul piano economico-finanziario e su quello delle dotazioni strumentali ed informative delle Aziende Sanitarie.

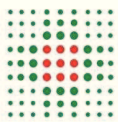
A seguito della delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale per il rischio sanitario connesso all'epidemia da Covid-19, è stata necessaria un'inevitabile riconversione della programmazione sanitaria che si è dovuta adeguare a fronteggiare l'emergenza. La nuova organizzazione dei servizi sanitari ha previsto la sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali programmate (ad esclusione di quelle urgenti e non procrastinabili), la riconversione ed il potenziamento della capacità produttiva, riconvertendo le strutture esistenti fino all'attivazione di reparti ospedalieri dedicati alla cura dell'epidemia (COVID hospital), con il coinvolgimento anche delle strutture private (accreditate e non). Le azioni del piano regionale hanno comportato per tutte le aziende sanitarie della regione la definizione di un piano di fabbisogni, in termini di acquisizione di personale, di beni (DPI in primis), farmaci, attrezzature (es. ventilatori polmonari), di servizi (es. sanificazione, pulizie) e di effettuazione di lavori (si pensi alla dotazione di posti letto di terapie intensive che necessitano per la loro implementazione di interventi strutturali e tecnologici).

Si conferma anche in questo frangente 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.

3.2 Area Vasta Bologna Centro

- 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



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.

Nel corso dell’emergenza sanitaria di questi mesi, il gruppo AVEC ha proseguito proficuamente l’attività di confronto da remoto, trovando aspetti di utilità da perseguire con un lavoro comune e progettando, con nuove modalità di e-learning, la formazione da sviluppare nell’ultimo trimestre del 2020.

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:

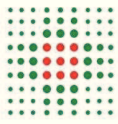
- a) D.G.R. 14 febbraio 2005, n. 318, recante *“Disciplina delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, ai sensi dell'art. 9, comma 6, della legge regionale n. 29/2004”*, così come modificata dalla D.G.R. 6 agosto 2015, n. 1191, recante *“Composizione dei Comitati di Indirizzo delle Aziende Ospedaliero-Universitarie 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^ 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

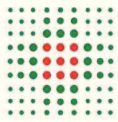
Con deliberazione n. 275 del 21/12/2018, si è proceduto all'approvazione e alla sottoscrizione con il Rettore dell'Università di Bologna, dell'**Accordo attuativo**, ai sensi dell'art. 9 co. 3 della L.R. n. 29/2004, per disciplinare in maggior dettaglio alcuni specifici temi delineati nel Protocollo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



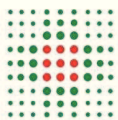
3.3.1 - Il Contesto interno e il percorso di riconoscimento IRCCS

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".

Con il D.M. 19 settembre 2020, adottato d'intesa con il Presidente della Regione Emilia-Romagna, e in corso di pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale al momento della stesura del presente piano, è stato riconosciuto il carattere scientifico di codesta Azienda nelle discipline di "Assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente clinico" e "Gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche", anche sulla base di quanto verificato dalla commissione di valutazione nel corso della site –visit tenutasi il 19 dicembre 2019.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

3.3.2 - Il Contesto interno dopo l'emergenza sanitaria

Le misure adottate dall'Azienda finalizzate al contenimento e alla gestione dell'emergenza epidemiologica sono sinteticamente rappresentate nei punti che seguono.

➤ **Assunzioni straordinarie**

La decretazione d'urgenza (D.L. 9.3.2020 n. 14, D.L. 17.3.2020 n. 18), emanata per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza Covid-19, ha previsto modalità eccezionali di reclutamento del personale sanitario, a volte anche in deroga a norme vigenti: questa quale misura straordinaria necessaria a garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria nel rispetto dei L.E.A. e ad assicurare l'incremento dei posti letto per la terapia intensiva e subintensiva per la cura dei pazienti affetti dal virus. Nello specifico è stata prevista, in caso di indisponibilità di graduatorie concorsuali, la possibilità di conferire incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie ed agli operatori socio - sanitari, previo avviso pubblico, anche solo per titoli, con forme di pubblicità semplificata. E' stata, inoltre, disciplinata la possibilità di reclutare personale delle professioni sanitarie, O.S.S. e medici specializzandi iscritti all'ultimo e al penultimo anno di corso, mediante conferimento di incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa.

Del reclutamento straordinario operato per far fronte alla situazione emergenziale si è tenuto conto nella rideterminazione del Piano di Fabbisogno del Personale 2020 - 2022.

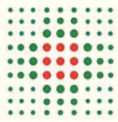
➤ **Definizione strumenti incentivanti per il personale e criteri di distribuzione**

In sede aziendale, e in accordo con le organizzazioni sindacali, sono stati definiti i criteri di allocazione delle risorse finalizzate al riconoscimento del maggiore impegno del personale correlato all'emergenza epidemiologica COVID 19.

Relativamente al personale del comparto:

- **un contributo accessorio e straordinario allo stipendio ordinario ricomprensivo:**
 - la remunerazione di prestazioni aggiuntive finalizzate al maggiore impegno effettivamente prestato dal personale dipendente;
 - un premio collegato alla performance organizzativa commisurato in base al grado di coinvolgimento in attività di contrasto alla emergenza epidemiologica.

Per quanto riguarda il personale dirigenziale:



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

un contributo accessorio allo stipendio ordinario ricomprensente:

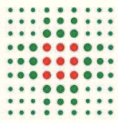
- remunerazione delle prestazioni aggiuntive rispetto all'ordinaria attività istituzionale come premio collegato alla performance organizzativa, in considerazione del maggiore impegno profuso nel recepire tempestivamente le riorganizzazioni dei servizi, nella messa in atto dei nuovi percorsi di accesso volti a ridurre la diffusione del virus e nel garantire la tempestività nei tempi di risposta delle prestazioni sanitarie.

La finalizzazione delle risorse derivanti dalla legge 205/2017 (anni 2019 e 2020) e l'integrazione del fondo delle condizioni di lavoro dal DL 18/2020 (per l'anno 2020), sono state integralmente utilizzate per riconoscere le situazioni in cui si sono riscontrate le maggiori criticità e i maggiori carichi di lavoro nella fase emergenziale e di riassetto post emergenza covid-19.

- **Attivazione di quanto previsto dall'art. 2, comma 1, del DPCM 8.3.2020 lavoro agile - Svolgimento della prestazione lavorativa in modalità smartworking (lavoro agile)**

Nell'ambito delle misure volte a ridurre la mobilità dei dipendenti, agevolare la cura dei vari familiari e ridurre i contatti che avrebbero potuto ampliare i rischi di diffusione del contagio, sono state attivate modalità di lavoro in smartworking straordinarie, anche in assenza degli accordi individuali previsti dalla disciplina legislativa di riferimento.

Nell'ambito delle 4 Aziende metropolitane è stata prevista l'attivazione di rapporti di lavoro agile, in via straordinaria e mediante apposita procedura semplificata, fino al 15 marzo. Sulla base di quanto disposto dal DPCM 8 marzo 2020 (art. 2, comma 1, lettera r), è stato possibile attivare nuovi rapporti e prorogare quelli già autorizzati, per i periodi considerati funzionali alle esigenze delle singole strutture, in coerenza con le indicazioni normative in merito e sempre in forma semplificata.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

➤ **Rimodulazione/riconversione dell'attività sanitaria**

L'epidemia COVID – 19 ha delineato uno scenario caratterizzato da incertezza e imprevedibilità per il quale è stato necessario rivedere modelli organizzativi e modalità di lavoro. Nella prima fase pandemica è stato pertanto indispensabile non solo ricondurre strutture e risorse verso l'assistenza ai pazienti con infezione da COVID-19 ma anche mettere in atto misure di contenimento dell'epidemia stessa riducendo o sospendendo gli accessi ospedalieri di utenti prenotati per prestazioni differibili o programmabili.

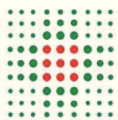
Nel corso del periodo emergenziale anche gli interventi chirurgici sono stati ridotti e limitati a categorie prioritarie e improcrastinabili quali i pazienti oncologici e i traumi.

Nelle fasi finali del picco epidemico COVID-19, le aziende dell'area metropolitana hanno immediatamente avviato un'analisi per valutare – anche a seguito delle indicazioni nazionali e regionali e dei nuovi standard organizzativo-strutturali che si sono resi necessari per la corretta gestione della pandemia - l'impatto in termini di investimenti strutturali e di perdita di posti letto.

Per far fronte alla significativa perdita di posti letto sono state messe in campo una serie di azioni volte a:

- riorganizzare l'attività clinica;
- efficientare l'utilizzo di posti letto;
- ristrutturare settori/stanze occupate da altre destinazioni o non utilizzate, riconvertendole in degenza per garantire la ricollocazione dei posti letto;
- potenziare l'organico per avviare l'attività in aree attualmente non attive;
- revisionare in parte i criteri di deaffollo dopo il confronto con i competenti uffici regionali;
- avviare una collaborazione con la Fondazione Policlinico Sant'Orsola mediante la realizzazione di un progetto di accoglienza per i pazienti provenienti da fuori Bologna, prevedendo la collocazione in strutture extra ospedaliere in particolare in attesa di esito del tampone;
- ricollocare, in un'ottica di appropriatezza e qualificazione del percorso di cura, attività sanitarie in altri ospedali della rete pubblica

Pertanto il programma di riavvio delle attività a seguito dell'emergenza è rientrato in uno scenario metropolitano di riassetto ospedaliero e territoriale nel quale l'Azienda, nell'applicare i nuovi criteri di distanziamento e le necessità di de-affollamento delle degenze, previsti per il contenimento dell'epidemia, ha dovuto ricercare necessariamente raccordi con le altre strutture pubbliche ed anche con il privato accreditato.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

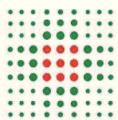
Conseguentemente sono stati aggiornati e rimodulati i piani investimenti delle aziende, con rivalutazione dell'entità dei finanziamenti e revisione delle tempistiche previste per la realizzazione delle opere.

Sono stati inoltre presi in esame i padiglioni in cui non era presente attività di ricovero, per valutare possibili ristrutturazioni e conversioni di aree adibite a studi, piastre ambulatoriali o di day hospital in reparti di degenza.

➤ Unità di crisi interaziendale

È in un contesto di già forte integrazione che le Aziende hanno gestito congiuntamente e con grande spirito di collaborazione l'emergenza Covid-19, mediante strutturazione di una Unità di Crisi interaziendale e la rilettura complessiva degli assetti aziendali, per linee integrate di attività, al fine di assumere decisioni tempestive e coordinate, mantenendo gradi di flessibilità organizzativa necessari a fornire una tempestiva risposta all'emergenza pandemica. Per le linee di attività integrate dell'AUSL e dell'AOU di Bologna sono stati individuati e comunicati dei chiari riferimenti di coordinamento, laddove possibile unici tra le due Aziende. I coordinatori sono stati il riferimento per tutti gli interlocutori delle Aziende per la messa a punto delle soluzioni necessarie per affrontare l'epidemia e si sono interfacciati con le Direzioni Aziendali facendo sintesi delle principali criticità riscontrate, fornendo un quadro complessivo della situazione per l'ambito di competenza e contribuendo alle decisioni finali. Ciascun coordinatore di Linea nella propria azione veniva supportato da referenti delle direzioni sanitarie e delle professioni sanitarie.

- L'Unità di Crisi interaziendale, convocata tutti i giorni (7/7), era composta dai Coordinatori delle Linee di Attività e da un board così strutturato: Direttore Generale di AOU e commissario dell'AUSL di Bologna, Direttore Sanitario dell'AOU e Sub-commissario Sanitario di AUSL, Direttore del Presidio Ospedaliero di AUSL, Direttore Amministrativo di AOU e Sub-commissario amministrativo di AUSL, Direttori delle Professioni Sanitarie, Direttore della rete interaziendale di Malattie Infettive, Responsabile del programma interaziendale di stewardship antimicrobica e infection control, Responsabile del programma interaziendale percorso del paziente con malattie infettive ad alta trasmissibilità e delle emergenze infettivologiche, il direttore della Microbiologia Unica Metropolitana sede del CREM (Centro Regionale dell'Emilia Romagna per le gravi Emergenze Microbiologiche), Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica (DPS) della AUSL, Coordinatore della Tecnostruttura interaziendale per il governo dei processi di integrazione.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

- L'Unità di Crisi si riuniva tutti i giorni attraverso piattaforme di webconference e si concludeva con la produzione di resoconti recanti i principali elementi discussi, le decisioni assunte e immediatamente applicabili, che venivano diffusi alle diverse articolazioni aziendali per darne piena attuazione e protocollate.
- L'unità di Crisi si è riunita in maniera sistematica dal 09/03/2020 al 10/06/2020.

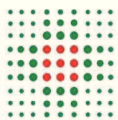
Terminato il picco epidemico, per far fronte alla programmazione degli investimenti strutturali ed in tecnologie biomediche/informatiche, in ottica congiunta e integrata tra le due Aziende, sono state istituite l'unità di crisi interaziendale tecnico-strutturale e delle tecnologie biomediche ed informatiche.

➤ **Unità di crisi tecnico strutturale**

Come indicato nella nota inviata a Regione, Università e Comune di Bologna in data 25 maggio 2020 (nota prot. AOU 15417) - *relativa alla "riprogrammazione urgente delle attività e funzioni sanitarie e sociosanitarie in area metropolitana bolognese a seguito dell'emergenza Covid-19"* - per garantire l'adeguamento dell'offerta metropolitana di Bologna agli standard strutturali imposti dall'emergenza, si è resa necessaria la rimodulazione dei piani investimento delle due Aziende Sanitarie (AUSL Bologna e AOU S.Orsola-Malpighi) con conseguente incremento dei finanziamenti e revisione delle tempistiche previste per la realizzazione delle opere.

Tale contesto, connotato dall'urgenza degli interventi da programmare e dal significativo aumento degli investimenti, ha evidenziato l'esigenza di costituire una specifica Unità di Crisi Tecnico-Strutturale a cui affidare il coordinamento delle attività tecniche e giuridico-amministrative legate alla realizzazione delle opere, afferenti agli uffici tecnici delle due aziende.

L'Unità di Crisi Tecnico-Strutturale svolge la propria attività in stretto raccordo con la tecnostruttura per il governo dei processi di integrazione AUSL-AOU Bologna, formalizzata in data 29/10/2019, a cui è affidata, da parte delle due Aziende dell'area metropolitana, una funzione di supporto complessivo metodologico e organizzativo interaziendale per il governo dei processi di integrazione in area clinico-sanitaria e dei servizi amministrativi, tecnici e professionali.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

➤ **Unità di crisi tecnologie e sistemi informativi**

A seguito di analisi più approfondite, relativamente al piano investimenti e alle riorganizzazioni ipotizzate per il riavvio delle attività cliniche, si è rilevata la necessità di strutturare pari Unità di Crisi nell'ambito delle Tecnologie Biomediche ed Informatiche delle due Aziende Sanitarie (AUSL Bologna e AOU S.Orsola-Malpighi).

All'Unità di Crisi "Tecnologie e Sistemi Informativi" è stato, dunque, affidato il coordinamento delle attività legate agli investimenti e alla gestione del patrimonio tecnologico e informatico delle aziende, afferenti alle ingegnerie cliniche e servizi informatici delle due aziende.

➤ **Gestione donazioni**

L'emergenza ha coinvolto, a partire dalla fine del mese di febbraio, tutte le strutture sanitarie ed evidenziato l'esigenza di reperire urgentemente dispositivi e macchinari necessari a salvaguardare la salute degli operatori sanitari e a creare in breve tempo reparti strutturati e sicuri per fornire le indispensabili cure ai pazienti.

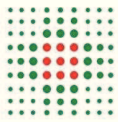
Fin dai primi giorni della pandemia l'Azienda è stata oggetto di numerose richieste di informazioni da parte di cittadini, associazioni, imprese, sulla possibilità di donare beni e/o denaro per aiutare a fronteggiare la situazione di assoluta imprevedibilità che si stava delineando.

La necessità di rispondere con immediatezza alle urgenti domande e alle immediate offerte di beni per fronteggiare l'emergenza ha richiesto celeri e potenziate procedure di accettazione.

Un pool operativo (Fondazione Sant'Orsola in accordo con le Aziende sanitarie bolognesi) ha promosso la campagna di fundraising Più forti INSIEME, che ha raccolto somme attraverso diversi canali di pagamento per sostenere le strutture, le terapie intensive e soprattutto chi è stato in prima linea nella battaglia (medici, infermieri, operatori socio sanitari e i tecnici). Per le donazioni in denaro è stata creata apposita modulistica e sono state esplicitate chiare informazioni sulle modalità di erogazione nella Home Page del sito istituzionale aziendale, con pubblicazione successiva dell'elenco dei benefattori e della rendicontazione sulle spese effettuate.

I progetti sui quali si sono investiti i fondi ricevuti sono i seguenti:

- **Potenziamento della dotazione tecnologica strumentale (ospedali e territorio), in particolare ventilatori polmonari ed ecografi**



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

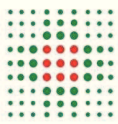
Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

- Pianificazione dell'accesso sicuro alle prestazioni (termoscanner, strumenti per la gestione e il contenimento degli accessi e delle code)
- Prevenzione, sicurezza e tutela dei pazienti, dei professionisti e dei loro familiari (acquisizione di Dispositivi di Protezione Individuale - DPI. Possibilità per gli operatori di usufruire di alloggi per non esporre i propri familiari al rischio di contrarre il coronavirus. Avvio di specifiche iniziative interaziendali di comunicazione e prevenzione nei contesti di vita e di lavoro)
- Valorizzazione dell'impegno degli operatori. Con le donazioni ricevute sono state possibili azioni per il sostegno e la solidarietà per lo sforzo prodotto dagli operatori dell'Azienda, che ogni giorno, 24 ore su 24, si sono impegnati nella lotta contro il COVID19.

Sulla base del Decreto del Presidente della Giunta Regionale del 20 MARZO 2020, N. 42, relativamente all'individuazione delle Aziende Sanitarie e IRCCS Regionali quali strutture operative cui avvalersi per l'acquisizione di beni e servizi e la realizzazione di lavori, l'acquisizione di forniture e servizi da utilizzare nelle attività di contrasto nell'emergenza COVID- 19 finanziato in via esclusiva tramite donazioni di persone fisiche o giuridiche private, ha potuto realizzarsi mediante affidamento diretto, per importi non superiori alle soglie di cui all'articolo 35 del D.Lgs. 18/04/20016 , n. 50, come da delibera aziendale n. 91 adottata il 26 marzo 2020.



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.

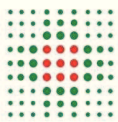
4. IL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE e GLI ALTRI SOGGETTI.

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.

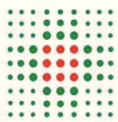
In occasione dell' Aggiornamento 2018 al PNA approvato con delibera n.1074 del 21 novembre 2018, ANAC ha ripreso il tema del Ruolo e Poteri del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, richiamando ed allegando al documento la delibera n. 840 del 2 ottobre 2018 con la quale 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.

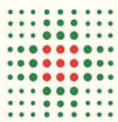
A fronte delle funzioni attribuite al responsabile della prevenzione della corruzione, la legge 190 del 2012 **prevede consistenti responsabilità** in caso di inadempimento.

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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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 RPC.

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 esempio 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 dà 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.

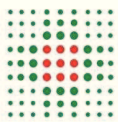
Per le motivazioni riportate al punto precedente, il Gruppo nel 2019 è stato integrato e modificato con la delibera di approvazione del Piano, prevedendo la presenza, tra l'altro, di un rappresentante della Direzione delle professioni sanitarie.

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.

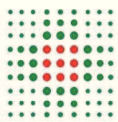
L'Organismo indipendente di valutazione regionale, con la delibera n. 1/2014 recepita dall'Azienda (v. Delibera n. 55 del 30.1.2015), ha fornito le prime indicazioni metodologiche ed operative in ordine alle funzioni ed ai compiti attribuiti all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) ed agli Organismi 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:

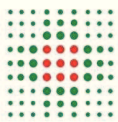
1) Garantire il collegamento con l'OIV unico per i compiti in materia di valutazione di cui alle precedenti lettere a) e b):

- 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:

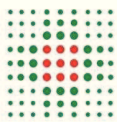
- l'aggiornamento del Codice di comportamento aziendale, l'esame delle segnalazioni di violazione dei Codici di comportamento, la raccolta delle condotte illecite accertate e sanzionate, assicurando le garanzie di cui all'articolo 54-bis del decreto legislativo n. 165 del 2001;
- ai fini dell'attivazione 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:

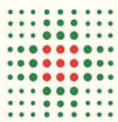
- *svolgono attività informativa nei confronti del responsabile, dei referenti e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs. n. 165 del 2001; art. 20 D.P.R. n. 3 del 1957; art.1, comma 3, l. n. 20 del 1994; art. 331 c.p.p.);*
- *partecipano al processo di gestione del rischio;*
- *propongono le misure 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.

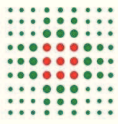
Le violazioni delle regole di cui al presente Piano e del Codice di comportamento applicabili ai collaboratori a qualsiasi titolo, ai dipendenti e collaboratori di ditte affidatarie di servizi che operano nelle strutture dell'Azienda in nome e per conto della stessa, sono sanzionate secondo quanto previsto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

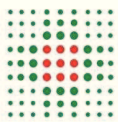
Molti articoli del nuovo Codice sono dedicati ai comportamenti da rispettare nello svolgimento di alcune attività considerate a rischio corruzione nello specifico ambito sanitario (**Libera professione, gestione delle liste di attesa, sponsorizzazioni** e attività formativa, **attività conseguenti al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

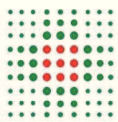
Si richiama qui quanto detto **al paragrafo 4.4**, a proposito dell'urgenza di definire modalità di riferimento e responsabilità, rispetto alla composizione collegiale dell'Ufficio, dall'1/10/2015.

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.Lgs n. 90/2017 ha rivisto l'art 10 del Dlgs n.213/2007 eliminando l'obbligo di segnalazione alla UIF delle operazioni sospette.

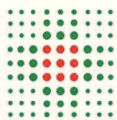
Infine il PNA 2016 raccomandava l'individuazione del **Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA)** cioè del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati e di indicarne il nome all'interno del PTPCT

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

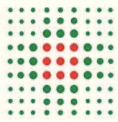
Le attività oggetto di attenzione nel 2019 sono state influenzate dal **sistema corruttivo fatto emergere nel comparto funerario** dall'inchiesta denominata "**Mondo sepolto**", determinato dalle attività di due cartelli di pompe funebri bolognesi che si spartivano i funerali tra gli ospedali Maggiore 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:

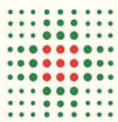
- condurre un monitoraggio sulla frequenza delle chiamate delle varie imprese funebri nel biennio precedente, senza che si evidenziassero particolari criticità.
- adottare il nuovo Regolamento Aziendale sulla vestizione delle salme
- rendere applicativo il sistema di prenotazione informatizzata dei funerali 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 Metropolitani, 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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

PROCESSO DI ACQUISIZIONE DI FORNITURE E SERVIZI

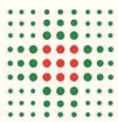
L'area acquisti è un ambito di rischio particolarmente critico per tutte le pubbliche amministrazioni, ma in modo specifico nel settore sanitario. ANAC ha compiuto numerosi interventi sul tema, a partire dal PNA 2015 in termini generali e nel PNA 2016 specificamente per il settore sanitario; in quest'ultimo 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.

Nel 2020, dopo la necessaria sospensione legata alla situazione epidemiologica del contagio da Covid-19, saranno adottate le Linee guida della Regione Emilia – Romagna per le procedure concorsuali e selettive, necessarie a garantire la salvaguardia delle esigenze organizzative connesse al reclutamento del personale e la tutela della salute dei partecipanti nonché del personale coinvolto (Ordinanza Presidente Giunta Regionale Emilia-Romagna 06.06.2020 - Decreto N. 98).

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 il gruppo ha definito i criteri per individuare le aree e di conseguenza i professionisti da sottoporre a valutazione, applicato il programma di controllo così come definito ed ha attuato 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

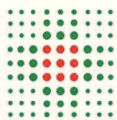
La Direzione ha ritenuto di grande interesse ed attualità il progetto di avvio di audit di controllo delle attività di prevenzione della corruzione e lo ha approvato, nella sua funzione di verifica indipendente, con la finalità di esaminare e valutare i processi aziendali a rischio corruttivo.

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 dr.ssa 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.

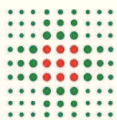
Le integrazioni portate avanti nel corso di questi anni, di seguito dettagliatamente rappresentate, si collocano nell'ambito di una più ampia progettualità inerente lo sviluppo della piena integrazione dei servizi tra le Aziende Sanitarie dell'area metropolitana di Bologna, frutto di uno specifico accordo 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.

a) Attività amministrative, tecniche e professionali.

[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.



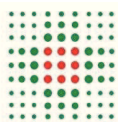
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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.

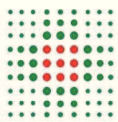
Tenuto conto dei numerosi processi di integrazione in atto, in particolar modo, tra l'Azienda USL di Bologna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi, che richiedono un approccio di pianificazione e programmazione congiunta in ordine alle attività svolte, alle 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 situazioni in cui si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere a lui affidato, nell'ambito dell'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,



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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 **nel prossimo triennio** 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.

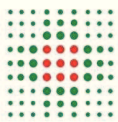
FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE

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:

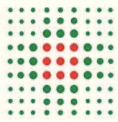
- **Acquisti al di sopra dei €40.000**
- **Acquisti al di sotto dei €40.000**
- **Acquisizione, progressione del personale e conferimento incarichi**
- **Gestione dei pagamenti, delle cessioni di credito e dei controlli collegati all'emissione dei mandati (Contabilità e Finanza)**

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.

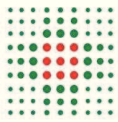
Nel 2019 (**deliberazione 42/2019**) sono state adottate delle linee guida che disciplinano le **procedure per l'acquisizione di forniture di beni e servizi, di importo inferiore ad Euro 40.000,00** (iva esclusa) di competenza aziendale, con lo scopo di dare attuazione alle norme statali e regionali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



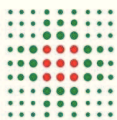
6. INDIVIDUAZIONE DELLE AREE A RISCHIO - PROGRAMMAZIONE

Dopo gli eventi recenti che tanto hanno impattato sull'organizzazione sanitaria a livello nazionale si ritiene di dover procedere ad una riprogrammazione delle attività sulla base delle nuove priorità:

- **Acquisti:** verifica degli approvvigionamenti effettuati con le procedure d'urgenza
- **Donazioni:** verifica delle modalità di pubblicazione dei dati relativi all'utilizzo delle risorse acquisite tramite il canale delle donazioni legate al periodo dell'emergenza sanitaria
- **Sperimentazioni cliniche:** aumentare il livello di controllo in riferimento alla pubblicazione dei dati sulle sperimentazioni dei farmaci
- **Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie:** proseguire nel percorso di tracciatura e verifica delle attività di informazione scientifica e di gestione dei dispositivi medici
- **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: fra le misure introdotte, una procedura diretta all'accreditamento delle imprese di onoranze funebri che accedono ai locali delle camere mortuarie e locali annessi delle strutture sanitarie. E' allo studio un sistema di regolamentazione degli accessi degli addetti alle strutture sanitarie e alle camere mortuarie, con lo scopo di registrarne informaticamente le presenze. Sarà infine da rafforzare la rotazione del personale pubblico, così come previsto dalle stesse indicazioni regionali e dalle norme anticorruzione.



- **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.
- **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; dopo il periodo di sospensione delle attività determinato dalla situazione epidemiologica del contagio da Covid-19, attualmente si stanno applicando le indicazioni pervenute dal suddetto Tavolo Regionale relative alle forme di confronto diretto di informatori/promotori coi professionisti e rappresentanti istituzionali del SSR per la presentazione di informazioni sui prodotti (farmaci, dispositivi medici, integratori).
- **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.
- **Whistleblowing;** tra le misure prevalenti di prevenzione della corruzione, nel 2020 sarà oggetto di sensibilizzazione del personale e di revisione relativamente al protocollo aziendale
- **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.



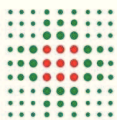
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero - Universitaria di Bologna

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

- **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.
- **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.
- **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



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:

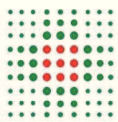
- pubblicazione nel sito istituzionale dei documenti relativi a procedimenti amministrativi che afferiscono ad aree esposte al rischio corruzione (v. Programma Triennale per la Trasparenza e l’Integrità, paragrafo 7.1 parte sostanziale del Piano di prevenzione);
- disciplina dell’affidamento di incarichi 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:

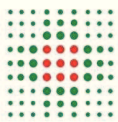
- ❖ statico: consiste nella pubblicità dei dati afferenti all'attività dell'Azienda al fine di consentire il controllo degli stessi da parte della cittadinanza e dell'utenza in generale;
- ❖ dinamico: si basa essenzialmente sul coinvolgimento dei c.d. stakeholders (portatori d'interesse) ed è lo strumento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



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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^a 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 è 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

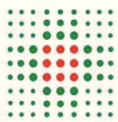
Il programma sarà diffuso tramite pubblicazione sul sito dell'Azienda ed anche nella intranet aziendale per garantirne la massima conoscibilità sia all'interno che all'esterno dell'azienda ed approvato quale parte integrante del PTPCT.

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



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



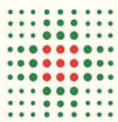
ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

all'obiettivo del 90%-100% di dichiarazioni rese. Atro 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 determine a contrarre 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 hanno costituito nel 2020 un gruppo di lavoro per procedere all'analisi delle singole sezioni di "Amministrazione Trasparente" attraverso comparazione dei siti di tutte le aziende con il fine di giungere ad un elaborato dal quale possano desumersi punti di forza e di debolezza di ciascuna realtà, condividere modalità di pubblicazioni omogenee che riguardino le Aziende appartenenti all'AVEC e l'AUSL della Romagna 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.

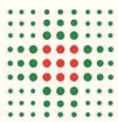
Compete all'OIV in particolare, per quel che rileva in questo paragrafo,....*favorire l'integrazione metodologica tra il ciclo di gestione della performance e il ciclo di gestione del rischio corruttivo. "La promozione e l'attestazione della trasparenza e dell'integrità dei sistemi di programmazione, 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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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 determinazioni 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.

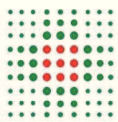
- **Struttura del sito**

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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



**ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA**

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

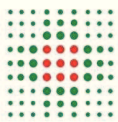
Lo stato di attuazione del Programma sarà anzitutto verificato, con cadenza annuale, dal Responsabile della trasparenza, che controllerà la progressiva esecuzione delle attività programmate ed il raggiungimento degli obiettivi fissati dalla legge e dal Programma medesimo.

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.

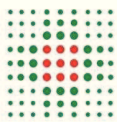
Su un piano più complessivo, invece, spettano all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall' A.N.AC nonché di promozione ed attestazione dell' assolvimento degli obblighi di trasparenza.

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.

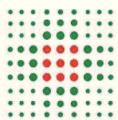
L'accesso generalizzato può essere esercitato da chiunque e senza alcuna motivazione, comporta il diritto di chiunque di accedere a dati e documenti, detenuti dall'Azienda, ulteriori rispetto a quelli sottoposti ad obbligo di pubblicazione obbligatoria, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di 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

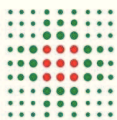


dipendente addetto, la stessa deve essere sottoscritta e presentata unitamente a copia fotostatica non autenticata di un documento di identità del sottoscrittore da inserire nel fascicolo (ai sensi dell'art. 38, commi 1 e 3, del D.P.R. 28.12.2000 n. 445).

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

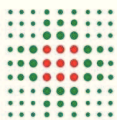
Tutte le richieste di accesso (documentale, civico semplice, civico generalizzato) pervenute all'Azienda devono essere fascicolate in modo opportuno all'interno del sistema di gestione dei flussi documentali; in tale ambito si genera automaticamente il Registro delle istanze di Accesso finalizzato a 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.



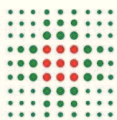
E' stata altresì accolta la proposta proveniente dal Gruppo di approfondimento costituitosi a seguito della unificazione dei Servizi finanziari e di contabilità (cfr. 3.2), di pubblicare il progetto e gli stadi di avanzamento del Programma Attuativo della Certificabilità (PAC).

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.

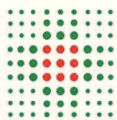
Pertanto, già in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.7.2013, si sono sostanzialmente definiti alcuni criteri ed indicazioni in materia di rotazione degli incarichi, di cui si è tenuto conto nel presente Piano, ed in particolare:

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.

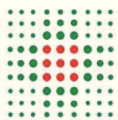
NEGLI ANNI

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.

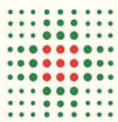
7.3) Obbligo di astensione in caso di conflitti di interesse

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.

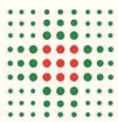
Nel 2016, grazie alla collaborazione del Responsabile ALP e dei responsabili dei competenti uffici dell'Università, si è addivenuti a definire che lo svolgimento di perizie da parte del personale medico universitario convenzionato rientri nello svolgimento della libera professione intramuraria e quindi, 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 inconferibilità/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 inconferibilità e incompatibilità degli incarichi dirigenziali.

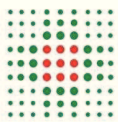
La norma si applica al personale di qualifica dirigenziale ed al personale non inquadrato in qualifica dirigenziale, titolare di funzioni direttive (Posizioni Organizzative).

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 inconferibilità 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 inconferibilità e incompatibilità del direttore amministrativo (dr Davide Fornaciari) e sanitario (dr Gianbattista Spagnoli). **Dal controllo non risultano cause di incompatibilità, né di inconferibilità.** Le modalità di conduzione di tale controllo sono rinvenibili dal verbale protocollo dell'Azienda n. 2311 del 29.01.2019.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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:

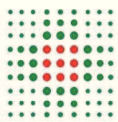
- a)** la tutela dell'anonimato
- b)** il divieto di discriminazione nei confronti dello "whistleblower"
- c)** la sottrazione al diritto di accesso della denuncia, fatte salve le eccezioni espressamente indicate

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.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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.

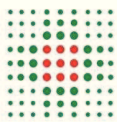
L’Azienda partecipa e condivide l’organizzazione di tematiche comuni anche in ambito AVEC, ritenendo imprescindibile garantire uniformità di approccio alle problematiche in esame. Nel corso dell’anno 2019, sono stati organizzati – anche con partecipazione allargata a colleghi di altre aziende sanitarie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



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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

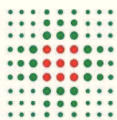
Dall'anno 2020 in poi si proseguirà il percorso di miglioramento della consapevolezza da parte dei professionisti sugli aspetti connessi all'anticorruzione in relazione al tema sponsorizzazioni, conflitto di interesse e Codice di Comportamento, **Whistleblowing. I vari DPCM emessi in materia di contenimento dell'infezione da COVID19 richiedono di sospendere l'attività di formazione in aula, lasciando però spazio alla realizzazione di iniziative formative a distanza; su queste basi saranno progettate le prossime proposte formative, a partire da quelle di carattere generale destinate a tutti i dipendenti fino alle iniziative con un taglio specifico, rivolte ai coloro che operano nelle aree più esposte al rischio di corruzione.**

Verrà privilegiata l'organizzazione congiunta con le aziende sanitarie della provincia. In tal senso di seguito si riportano i dati relativi ad un corso di formazione a distanza sul tema lavoro agile che ha coinvolto numerosi lavoratori nel momento dell'emergenza sanitaria.

E' in via di programmazione una recall per chi non ha completato il corso

	Corso Swbase			Corso SW avanzato		
	Iscritti	Concluso	Non concluso	Iscritti	Concluso	Non concluso
AOSP	285	223	62	72	71	1
AUSL BO	727	585	142	161	108	53
IOR	260	228	32	56	31	25
AUSL Imola	114	99	15	23	20	3

Saranno inoltre aggiornati gli opuscoli informativi sui temi di maggior interesse per i dipendenti, pubblicati poi sul sito intranet aziendale.



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

Policlinico S. Orsola-Malpighi



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

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.

L'attuale aggiornamento del Piano è stato condiviso con la Direzione Aziendale in data 5.10.2020.