



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA**  
Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna

**ALLEGATO N. 1**

**PIANO TRIENNALE  
DI  
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  
E DELLA TRASPARENZA  
  
2020 - 2022**

## Indice

Premessa.....	4
PARTE PRIMA.....	5
1. L'aggiornamento.....	5
2. Il quadro normativo.....	8
3. Il contesto esterno.....	10
4. Il contesto operativo di riferimento.....	16
5. Il modello organizzativo dell'anticorruzione.....	18
5.1 I soggetti.....	18
5.2 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT.....	24
6. Aggiornamento della gestione del rischio.....	25
6.1 Principi e metodologia per la determinazione del "rischio corruzione".....	26
6.2 Le aree a rischio analizzate.....	27
6.3 La ponderazione del rischio.....	30
7. Individuazione del Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti.....	31
8. Soggetto "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio.....	31
PARTE SECONDA.....	32
Misure per la prevenzione del rischio.....	32
SEZIONE I: LE MISURE GENERALI.....	33
1. Obblighi di trasparenza.....	33
2. Codici di comportamento.....	34
3. Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower).....	36
4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.....	40
5. Formazione.....	46
6. Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitto di interessi.....	49
7. Inconferibilità/incompatibilità, formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per i delitti contro la P.A.....	51
8. Attività e incarichi extra istituzionali.....	52
9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.....	53
10. Patti di integrità.....	55
11. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile.....	56

12. Rapporti con le società partecipate.....	58
13. Monitoraggio del piano di prevenzione e del rispetto dei tempi procedurali.....	60
SEZIONE II: LE MISURE SPECIFICHE.....	61
Area di rischio: Contratti pubblici.....	62
A1 - Acquisto di beni e servizi .....	63
A2 - Lavori Pubblici .....	71
Area di rischio: Attività libero professionale.....	73
Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati.....	74
Area di rischio: Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero.....	80
Area di rischio: Acquisizione del Personale.....	83
Area di rischio: Sanità Pubblica - vigilanza, controlli, ispezioni.....	91
Area di rischio: Sperimentazioni cliniche .....	95
Area di rischio: Assistenza protesica .....	97
Area di rischio: Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa per attività istituzionale	99
Area di rischio: Utilizzo beni aziendali.....	101
Area di rischio: Farmaceutica .....	102
Area di rischio: Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici .....	102
Area di rischio: Formazione sponsorizzata .....	103
Area di rischio: Incarichi a soggetti esterni .....	104
PARTE TERZA - SEZIONE TRASPARENZA.....	105
1. Specifiche sulla qualità dei dati da pubblicare - Decorrenza e durata dell’obbligo di pubblicazione .....	106
2. Vigilanza, profili di responsabilità e sistema di monitoraggio.....	106
3. Accesso Civico “semplice” e “generalizzato”. Registro degli accessi.....	108
4. Le banche dati di cui all’art. 9 bis del D.Lgs. 33/13 e s.m.i.....	109
5. Provvedimenti ex art. 23 del D.Lgs. n. 33/2013 e ss. mm. ....	111
6. Informazioni ambientali: interpretazione OIV/SSR.....	112
7. Le Linee Guida sulle informazioni da pubblicare in “Amministrazione Trasparente” in materia di sperimentazioni cliniche ai sensi dell’art. 2 del d. Lgs. 52/2019.....	114
8. Le limitazioni alla trasparenza. Nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. U.E. 2016/679) -----	115
9. Misure organizzative: La tabella degli obblighi di pubblicazione dell’Ausl Romagna... .	116
Timing riepilogativo delle misure di prevenzione generali.....	119

# **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2020 - 2022**

## **Premessa**

In attuazione della Legge 6 novembre 2012, n. 190, recante *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*, e della Delibera CIVIT n. 72 dell'11 settembre 2013, con la quale è stato approvato il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA) predisposto dal Dipartimento della Funzione Pubblica, l'Azienda Usl della Romagna, con deliberazione n. 56 del 18.02.2014, ha adottato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) nonché il Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità (PTTI).

La revisione per il 2015 è stata approvata con deliberazione del Direttore Generale dell'Ausl Romagna n. 13 del 2015, per il 2016, con deliberazione n. 22 del 29/01/2016, per il 2017 con deliberazione n. 24 del 31/01/2017, per il 2018 con deliberazione n. 22 del 30/01/2018 e per il 2019 con deliberazione n. 31 del 31/01/2019.

Nelle revisioni si è proceduto ad aggiornare il Piano Triennale aziendale concentrando l'attenzione sull'effettiva adozione ed attuazione di misure in grado di incidere, in maniera preventiva, sui fenomeni corruttivi, in considerazione delle indicazioni integrative e dei chiarimenti forniti dall'ANAC con i successivi aggiornamenti al Piano Nazionale Anticorruzione (in particolare, per il 2016, delib. n. 831/2016, per il 2017, delib. n. 1208/2017, per il 2018, delib. n. 1074/2018 nonché la delib. n. 1064 del 13/11/2019 che compendia i Piani precedenti) anche con riguardo alle indicazioni specifiche per il settore sanità.

La relazione annuale del 2019 è stata redatta secondo lo schema diffuso dall'ANAC con il comunicato del Presidente dell'Autorità del 13/11/2019 e, nel rispetto delle indicazioni ivi fornite, è stata pubblicata in virtù della proroga ivi concessa entro il 31/01/2020.

Con il presente documento si intende, quindi, procedere – in linea con quanto sopra premesso ed alla luce delle risultanze della suddetta relazione - all'aggiornamento del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione per il triennio 2020 - 2022 in considerazione delle attività svolte e/o da svolgere che si procederà di seguito ad approfondire:

- rilevazione dei rischi per le aree specifiche del settore della sanità, e aggiornamento e completamento della mappatura/analisi del rischio svolta nel periodo 2015 – 2019;
- individuazione di misure, secondo il criterio della prudenza, per prevenire i fenomeni di cattiva amministrazione anche per le aree già mappate lo scorso anno;
- prospettazione di criteri per la rotazione, anche funzionale, dei dipendenti impiegati nelle aree a rischio di corruzione in corrispondenza del nuovo assetto organizzativo dell'Ausl Romagna;
- revisione della Tabella allegata al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) per il triennio 2020 - 2022, al fine di adeguarla alle modifiche normative/indicazioni regionali e provvedimenti ANAC intervenuti al riguardo;
- aggiornamento del sito unico della "Amministrazione Trasparente" dell'Ausl Romagna, in coerenza con gli adempimenti di pubblicazione che competono ai singoli Direttori/Dirigenti responsabili delle pubblicazioni, analiticamente descritti nella Tabella allegata al PTPC 2020 – 2022.

Resta inteso, comunque, che come previsto dall'art. 1, comma 10, della legge 190/2012 il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPCT) potrà proporre modifiche al presente documento qualora siano accertate significative violazioni alle prescrizioni ivi contenute o laddove i mutamenti intervenuti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione rendano necessario adottare modifiche al Piano per garantirne una efficace attuazione.

## **PARTE PRIMA**

### **L'aggiornamento**

In linea con quanto già affermato con i precedenti Piani anticorruzione, il presente Piano supera l'approccio formalistico basato prevalentemente sulla "cultura dell'adempimento", attraverso una sempre maggiore diffusione delle conoscenze e dei contenuti delle strategie mediante cui attuare una efficace prevenzione della corruzione anche alla luce delle responsabilità dirigenziali/disciplinari che dalla stessa strategia di prevenzione discendono non soltanto per il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ma anche per i soggetti interni all'amministrazione. Questi ultimi, infatti, sono chiamati a interloquire con il RPCT e condividere gli obiettivi di prevenzione della corruzione per il buon successo di ogni politica di contrasto e di prevenzione di tale fenomeno.

### **Gli obiettivi**

Attraverso il presente Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione si intende perseguire tre obiettivi principali, ossia:

- Analisi del quadro normativo di riferimento, così come risulta mutato in seguito alle modifiche legislative apportate in materia dal D.Lgs. 25 maggio 2016, n. 97 *"Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 22, ai sensi della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche"*.
- Definizione del funzionigramma in materia di prevenzione della corruzione al fine di giungere ad una chiara configurazione dei compiti e delle responsabilità dei soggetti interni all'amministrazione, anche alla luce del nuovo assetto organizzativo dell'Ausl Romagna e per una più proficua collaborazione e condivisione degli obiettivi della prevenzione.
- Programmazione di misure preventive, con la specificazione di modalità, responsabile e tempistica di adozione nonché previsione di indicatori di monitoraggio che consentano al RPCT, con l'ausilio dei Referenti Aziendali, di verificarne l'attuazione.

Tali obiettivi sono tutti volti a creare all'interno dell'Ausl Romagna un contesto sfavorevole alla corruzione sensibilizzando i soggetti destinatari ad impegnarsi attivamente e costantemente nell'attuare le misure di contenimento del rischio, riducendo le possibilità di trasgressione e conseguentemente aumentando la capacità di scoprire nonché neutralizzare le ipotesi di malfunzionamento della macchina amministrativa.

### **I soggetti destinatari**

Le disposizioni del presente Piano si applicano per quanto compatibili, in relazione alla natura del rapporto, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti

della Direzione Generale e del Collegio Sindacale, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

- a) Medici, Veterinari e Psicologi a rapporto convenzionale
- b) Consulenti e collaboratori a qualsiasi titolo
- c) Dipendenti e collaboratori di imprese fornitrici e società partecipate
- d) Personale assunto con contratto di somministrazione
- e) Borsisti, stagisti e tirocinanti

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione (ove non già prevista) è inserita, a cura della Struttura competente (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane e ciascuna U.O. che affidi incarichi di collaborazione/consulenza), una clausola che prevede l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente Piano e dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) nonché la risoluzione o decadenza dal rapporto nel caso di una loro violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori, a cura delle Strutture competenti (es. U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Acquisti Aziendali, U.O. Gestione Inventario e Servizi Alberghieri, U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio, U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti, U.O. Governo Sistemi Informativi, ecc.) è inserita (ove non già prevista) una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del presente Piano e dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'Azienda Usl Romagna (e le eventuali conseguenze negative) nonché a prevenire la reiterazione delle violazioni del Codice.

**La presa visione del Piano e la conoscenza dei suoi contenuti rappresentano un obbligo per tutti i soggetti destinatari come sopra rappresentato.**

A tal fine, verrà pubblicato un avviso sul sito istituzionale e sulla rete intranet ed inviata una e-mail a tutti i dipendenti con dominio @auslromagna.it per informare dell'avvenuto aggiornamento del Piano e dell'obbligo di prenderne visione.

I Dirigenti Responsabili delle strutture aziendali dovranno altresì provvedere ad informare il personale che non sia eventualmente raggiungibile tramite e-mail.

Il Direttore della U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane e il Direttore della U.O. Gestione Giuridico-Economica Convenzionati Esterni, per mezzo degli Uffici preposti, informano ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposita sezione del sito web istituzionale.

### **La struttura del Piano**

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, approvato con Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) n. 831 del 3 agosto 2016 più sopra citata, in linea con la soppressione del riferimento esplicito al Programma Triennale della Trasparenza e Integrità, per effetto della nuova disciplina, unifica in un solo strumento il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e il Programma Triennale per la Trasparenza e Integrità. Nel riprendere tale impostazione, il presente documento, si compone oltre che di una parte introduttiva/descrittiva, di ulteriori due parti rispettivamente dedicate a:

- Individuazione di misure (generali e specifiche) con fissazione del cronoprogramma per attuare la strategia di prevenzione, alla luce della valutazione dei processi a rischio mappati nel corso del 2019.
- Aggiornamento delle modalità di attuazione della trasparenza con particolare riguardo alla Parte III Sezione Trasparenza, che contiene la Tabella degli obblighi di pubblicazione redatta secondo le

regole di cui all'Allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 e alle indicazioni contenute nella Griglia trasmessa dall'OIV RER con nota trasmessa il 15/1/2020 Prot. n. PG/2020/0024190 del 15/1/2020 ad oggetto "Aggiornamento Griglia sugli adempimenti relativi alla trasparenza ex delibera ANAC 1310/2016". A tali obblighi i singoli Direttori/Dirigenti dell'Azienda responsabili delle pubblicazioni sono tenuti ad adempiere, mediante lo strumento del sito dell' "Amministrazione Trasparente."

### **Come viene aggiornato il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT)**

L'aggiornamento del Piano tiene conto dei seguenti fattori:

- normative sopravvenute che impongono ulteriori adempimenti;
- mutamenti organizzativi;
- emersione di nuovi rischi;
- nuovi indirizzi o determinazioni adottate dall'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC);

### **Il coinvolgimento degli *stakeholders***

Per l'aggiornamento del PTPCT è stata svolta procedura di consultazione pubblica attraverso la pubblicazione via web di invito a presentare proposte e suggerimenti per migliorare il Piano adottato lo scorso anno, così da consentire la partecipazione attiva degli *stakeholders*.

Sul sito istituzionale è, pertanto, apparso il seguente avviso

#### **Procedura aperta alla consultazione per l'aggiornamento del Piano triennale di prevenzione della Corruzione e della Trasparenza – PTPCT 2020 - 2022**

Questa Amministrazione, nell'ambito delle iniziative e delle attività condotte in materia di trasparenza e degli interventi per la prevenzione ed il contrasto della corruzione, su proposta del Responsabile Anticorruzione, deve approvare entro il 31/01/2020 il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2020 - 2022**. Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione, prevede che le amministrazioni, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, realizzino forme di consultazione con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi in occasione dell'elaborazione/aggiornamento del proprio Piano.

Il presente avviso è rivolto ai cittadini, a tutte le associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, alle organizzazioni di categoria ed organizzazioni sindacali operanti nell'ambito dell'Ausl della Romagna, al fine di consentire loro di formulare osservazioni finalizzate ad una migliore individuazione delle misure per prevenire il fenomeno corruttivo, di cui l'Ausl Romagna terrà conto in sede di stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020 - 2022. Nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento, i suddetti *stakeholders* (portatori d'interesse) sono invitati a presentare contributi attraverso il modello allegato che, a pena di esclusione, dovrà essere compilato in tutte le sue parti allegando copia di documento di riconoscimento in corso di validità. Tutti i soggetti interessati possono dunque trasmettere, **entro e non oltre il giorno 10 dicembre 2019**, il proprio contributo propositivo al seguente indirizzo di posta elettronica [azienda@pec.auslromagna.it](mailto:azienda@pec.auslromagna.it); oppure possono inviarlo per posta ordinaria al Responsabile Prevenzione della corruzione dell'Ausl Romagna, via Coriano 38, 47924 Rimini.

Per meglio consentire l'apporto di contributi mirati si precisa che il Piano per la Prevenzione della Corruzione adottato con deliberazione n. 31 del 31 gennaio 2019 è disponibile sul sito internet dell'Azienda Usl della Romagna, all'interno della sezione Amministrazione Trasparente - Altri contenuti- Corruzione/Piano di Prevenzione della Corruzione.

### **L'esito delle consultazioni**

Non sono pervenute osservazioni in merito al Piano posto in consultazione.

La valorizzazione del rapporto con la società civile, anche attraverso azioni di sensibilizzazione immediate come la “Giornata per la Trasparenza”, costituisce una delle strategie mediante cui l'Azienda Usl della Romagna – in coerenza con le linee guida e le best practices in materia (delibera Civit 2/2012 e delibera Civit 105/2010, deliberazione ANAC n. 1309 del 28.12.2016 – FOIA-) - persegue il coinvolgimento non solo dei dipendenti dell'Azienda, ma anche della cittadinanza e delle organizzazioni portatrici d'interessi collettivi al fine di instaurare un dialogo improntato ai valori della fiducia e della crescita reciproca per il miglioramento della performance aziendale.

Per i dettagli concernenti la “Giornata della Trasparenza” che nel 2019 si è svolta il giorno 25/11/2019, si rinvia alla Parte II Sezione I: MISURE GENERALI Paragrafo 11 del presente Piano. Per quanto riguarda la “Giornata per la Trasparenza” 2020, si prevede sia svolta entro il 31 dicembre 2020.

### **Il quadro normativo**

Con la legge n. 190 del 2012 è stata varata una disciplina organica per la prevenzione e repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione che, in raccordo con gli altri istituti già previsti dal D. Lgs. 27 ottobre 2009, n. 150, investe le Pubbliche Amministrazioni, nel loro complesso, di responsabilità che si traducono in una serie di adempimenti volti a renderne l'organizzazione ed il funzionamento pienamente accessibili e (si auspica) comprensibili dall'esterno (secondo il prototipo della casa di vetro di Filippo Turati).

Come ormai è ben noto il legislatore è intervenuto successivamente, dando attuazione alla delega contenuta nel provvedimento citato, dapprima con il d.lgs. 33/2013 “*Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*” e poi con il Decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39 “*Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190*”. A tale riguardo, il d.lgs. n. 33/2013, articolato in forma di testo unico, ha razionalizzato la miriade di obblighi di pubblicazione che gravano sulla pubblica amministrazione, la quale è chiamata a rendere accessibili e fruibili per i cittadini buona parte delle informazioni in suo possesso.

Si è aggiunto poi alle norme fondamentali in materia di trasparenza ed anticorruzione, il d.l. n. 90/2014, recante *Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari*, convertito con modificazioni dalla L. 11 agosto 2014, n. 114.

Infine, il d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 “*Recante revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”, in attuazione della delega contenuta nell'art. 7 della L. 124/2015 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, nel capo I, dedicato alle Semplificazioni amministrative*”, ha apportato correttivi alla legge n. 190/2012 e al d.lgs. n. 33/2013 più sopra citati, secondo i criteri direttivi della “*precisazione degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza delle amministrazioni pubbliche*”, nonché della “*riduzione e concentrazione degli oneri gravanti in capo alle amministrazioni pubbliche*”.



Dalle norme sommariamente esposte si evince che l'intervento legislativo è da anni ormai indirizzato verso molteplici aspetti: si muove nella direzione di rafforzare l'efficacia e l'effettività delle misure di contrasto ai fenomeni corruttivi, non solo sotto il profilo penalistico, connesso alla loro repressione, ma anche e soprattutto sul versante amministrativo, ove viene dato grande risalto alla prevenzione della corruzione attraverso la promozione dell'etica pubblica, della trasparenza dell'attività amministrativa, della formazione delle risorse umane che operano nella Pubblica Amministrazione. Del resto pare opportuno rammentare che, come affermato dal Dipartimento della Funzione Pubblica nella circolare n. 1 del 25 gennaio 2013 e confermato nei Piani Nazionali Anticorruzione, la **nozione di corruzione** presente nella legge 190/2012 non si riferisce alle sole situazioni in cui i comportamenti tenuti integrino violazioni delle fattispecie incriminatrici (artt. 317, 318, 319, 319 ter del codice penale), ma è tale da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la Pubblica Amministrazione, di cui al Titolo II Capo I c.p., ma anche le situazioni in cui – a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malf funzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

Nell'ambito del processo di riforma avviato con la legge 190/2012 costituisce poi tema centrale nella prevenzione della corruzione per il Legislatore quello della "Trasparenza amministrativa", considerata come una delle più importanti leve sulle quali si basa la strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo.

Pertanto, in linea con lo stretto legame tra strategie di prevenzione della corruzione e trasparenza e in coerenza con le modifiche legislative introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e recepite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, nel presente documento le due figure del Responsabile della trasparenza (RTI) e del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), secondo la deliberazione n. 289 del 03/09/2019 sono riunite in un unico soggetto, nella persona dell'Avv. Massimo Zamparini, come già erano riunite nella persona del precedente Responsabile, Dr.ssa Vilma Muccioli, cessata dal servizio il 31.08.2019.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPCT), secondo il disposto dell'articolo 1 della l. n. 190/2012, costituisce la modalità principale mediante cui le Amministrazioni Pubbliche traducono l'impegno nazionale di prevenire i fenomeni di corruzione definendo "la valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici a rischio di corruzione e indicano gli interventi organizzativi volti a prevenire il medesimo rischio" (art. 1, comma 5). Il PTPCT rappresenta, dunque, lo strumento attraverso il quale ciascuna Amministrazione sistematizza e descrive il processo finalizzato a definire la strategia di prevenzione del fenomeno corruttivo adattandola alla realtà organizzativa ed al contesto esterno di riferimento e prospettando misure scadenzate ed adeguate alle risorse di cui dispone; misure che, pur non essendo obbligatorie per legge, lo diventano in virtù del loro inserimento all'interno del Piano aziendale.

Come si evince dal complesso *corpus* normativo, per riuscire a prevenire (e non solo reprimere) il fenomeno corruttivo è necessario seguire le logiche del c.d. "*Risk Management*", che si sviluppa mediante un processo in cui si individuano e si stimano i rischi di malfunzionamento cui un'organizzazione è soggetta e, a partire da quest'ultimi, si definiscono le strategie e le procedure operative per evitare che questi diventino attuali.

Alla luce di quanto sopra premesso, con il presente aggiornamento al PTPCT, l'Ausl Romagna non intende adottare un semplice documento di studio o di indagine, ma uno strumento per l'individuazione di misure concrete; misure da realizzare con certezza e da vigilare quanto ad effettiva applicazione ed efficacia preventiva nella lotta alla corruzione.

Il PTPCT deve, infine, considerarsi come un documento dinamico che - alla luce dell'esperienza maturata, del monitoraggio su andamento dei rischi e delle misure prospettate nell'ambito dei Piani aziendali - viene in questa sede aggiornato.

## **Il contesto esterno**

L'Azienda Usl della Romagna è oggi una delle più grandi e rilevanti aziende socio sanitarie del Paese, con un valore della produzione di 2,4 miliardi di euro e oltre 15.000 dipendenti. L'Ausl della Romagna si estende su un'area di 5.100 kmq e comprende 73 Comuni articolati in 8 Distretti. A gennaio 2019 la popolazione residente nel territorio ricompreso nelle provincie di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini risulta pari a 1.127.101 abitanti e rappresenta il 25% della popolazione regionale.

L'analisi che segue è stata elaborata per il tramite della Rete per l'Integrità e la Trasparenza, promossa dalla Regione Emilia-Romagna (DGR n. 1852/2017), quale sede di confronto volontaria - cui questa Azienda ha aderito (delib. n. 559 del 13/12/2017) - alla quale partecipano i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Amministrazioni pubbliche con sede nel territorio regionale, al fine di armonizzare le strategie di contrasto alla corruzione, come meglio sotto specificato.

### **Scenario economico-sociale a livello regionale**

La Regione Emilia – Romagna si conferma la locomotiva del Paese, al vertice delle regioni italiane per incremento del PIL. Secondo gli “scenari per le economie locali” di Prometeia, aggiornati ad ottobre 2019, la crescita del prodotto interno lordo a fine 2019 rispetto all'anno precedente - che ha visto una crescita del PIL pari a +1,4% - dovrebbe risultare pari allo 0,5%, mentre per il 2020 si prevede un tasso di incremento più consistente (+1,1%). È il settore delle costruzioni a contribuire maggiormente alla crescita del valore aggiunto regionale con una variazione, nel 2019 rispetto al 2018, che dovrebbe attestarsi attorno al 3,9 per cento, mentre per industria e servizi si prevede un aumento dello 0,3 per cento.

Di seguito una breve sintesi del sistema imprenditoriale regionale, del livello di occupazione e la qualità del credito.

### **a) Il sistema imprenditoriale**

Al 30 settembre 2019 le imprese attive in Emilia-Romagna erano poco più di 400mila, 2.875 in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-0,7 per cento), a fronte di un aumento del numero degli addetti nelle imprese dell'1,9 per cento. Una flessione del tessuto imprenditoriale che non va interpretata negativamente in quanto associata a una crescita occupazionale e, quindi, a un rafforzamento delle imprese esistenti.

Le aziende straniere in Emilia-Romagna sono oltre 49mila, il 12 per cento del totale delle imprese regionali, il 2 per cento in più rispetto all'anno precedente. Si conferma la dinamica che vede il calo delle imprese con titolare italiano e la crescita degli stranieri che avviano un'attività imprenditoriale.

Gli imprenditori con nazionalità estera maggiormente presenti in regione provengono dalla Cina che lo scorso anno ha sopravanzato il Marocco, quest'ultimo nel 2019 superato anche dall'Albania. Servizi alla persona, commercio, ristorazione e attività manifatturiere (comparto della moda) i settori di maggior interesse per le quasi 5mila imprese cinesi. Sembra essersi esaurita l'ondata di nuova imprenditoria creata da nordafricani (Marocco, Tunisia, Egitto), cresce la componente asiatica e quella dell'Europa orientale.

Le imprese femminili costituiscono oltre un quinto del tessuto imprenditoriale regionale, il 14 per cento dell'occupazione. Nell'ultimo anno il numero delle imprese femminili è rimasto pressoché invariato, mentre nel lungo periodo si è registrata una modesta crescita. Le imprese femminili ottengono risultati migliori rispetto alle altre anche sul fronte occupazionale, con una crescita più consistente sia nell'ultimo anno che nel lungo periodo.

Variazioni ancora negative per quanto riguarda le imprese giovanili, diminuite nell'ultimo anno del 2 per cento in termini di aziende, mentre l'occupazione è cresciuta del 2 per cento. Il calo del numero delle imprese giovanili va correlato sia all'andamento demografico della popolazione, sia al

basso tasso di disoccupazione regionale; a differenza di quanto avviene in altre parti del Paese la possibilità di trovare un lavoro alle dipendenze disincentiva scelte volte all'autoimprenditorialità. I dati sulla demografia d'impresa suddivisi per settore confermano e prolungano le dinamiche in atto da alcuni anni. Vi sono alcuni comparti interessati da una progressiva riduzione del numero di imprese, in particolare l'agricoltura, le costruzioni e il manifatturiero. In calo anche il commercio, flessione contenuta dalla crescita al suo interno della componente più rivolta al turismo, in particolare le attività legate all'alloggio e alla ristorazione. Crescono i servizi, sia quelli rivolti alle imprese sia quelli alle persone.

#### **b) Lo stato dell'occupazione**

Secondo l'indagine Istat sulle forze di lavoro, i primi nove mesi del 2019 si sono chiusi positivamente per l'occupazione in regione. Tra gennaio e settembre l'occupazione dell'Emilia-Romagna è mediamente ammontata a circa 2.031.000 persone, vale a dire oltre 26.000 occupati in più rispetto all'analogo periodo del 2017, per un incremento dell'1,3 per cento.

Il tasso disoccupazione, che misura l'incidenza delle persone in cerca di occupazione sul totale delle forze di lavoro (cioè di coloro che hanno un lavoro o lo cercano attivamente), nei primi nove mesi del 2019 è stato pari al 5,4 per cento in discesa rispetto all'analogo periodo del 2018, quando era pari al 5,7 per cento. Il tasso di occupazione, che misura il peso delle persone che tra i 15 ed i 64 anni lavorano sulla popolazione complessiva della medesima fascia d'età, nei primi nove mesi del 2019 ha raggiunto il 70,4 per cento. Nello stesso periodo del 2018 il valore era pari a 69,6 per cento. Da punto di vista del genere va notato come i buoni dati sull'occupazione dell'Emilia-Romagna derivino anche dall'elevata partecipazione al mercato del lavoro della componente femminile. Nei primi nove mesi dell'anno il tasso di occupazione femminile è stato del 64 per cento, in crescita rispetto all'anno precedente, 62,7 per cento. Il tasso di disoccupazione femminile si è attestato al 6,7 per cento (6,9 per cento nel 2018).

#### **c) Descrizione del profilo criminologico del territorio**

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.

La ricerca sul territorio pone in evidenza l'importanza assunta da elementi di origine locale nel favorire l'ingresso di attività criminali organizzate nel territorio regionale. 'Ndranghetisti e casalesi, afferenti alle due organizzazioni criminali più significative in Emilia-Romagna, puntano alla mimetizzazione sociale, a non richiamare l'attenzione e a passare inosservati. In altre parole, le organizzazioni mafiose hanno adottato meccanismi di infiltrazione diversi da quelli tradizionali al fine di rendersi assai più invisibili e quindi anche più difficilmente decifrabili. La loro azione in tal modo si confonde spesso con quella di operatori che si muovono nella legalità.

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.

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

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

Nel corso degli ultimi decenni l'attività di contrasto alla criminalità organizzata si è molto concentrata sull'attacco ai capitali di origine illecita e ciò è avvenuto anche grazie al supporto di un sistema di prevenzione che è un importante complemento all'attività di repressione dei reati, intercettando e ostacolando l'impiego e la dissimulazione dei relativi proventi. In questo sistema di prevenzione l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia dal d.lgs. n. 231/2007 (che è la cornice legislativa antiriciclaggio in Italia), è l'autorità incaricata di acquisire i flussi finanziari e le informazioni riguardanti ipotesi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo principalmente attraverso le segnalazioni di operazioni sospette trasmesse da intermediari finanziari, professionisti e altri operatori; di dette informazioni l'UIF effettua l'analisi finanziaria, utilizzando l'insieme delle fonti e dei poteri di cui dispone, e valuta la rilevanza ai fini della trasmissione agli organi investigativi e della collaborazione con l'autorità giudiziaria, per l'eventuale sviluppo dell'azione di repressione.

Secondo i dati pubblicati annualmente da questo organismo, negli ultimi dieci anni (dal 2009 al 2018) in Emilia-Romagna sono state segnalate all'UIF quasi 50.000 operazioni sospette di riciclaggio, pari al 10% di tutte le segnalazioni avvenute nel territorio nazionale. Osservandone l'andamento nel tempo, va detto che il numero di segnalazioni è aumentato costantemente in Emilia-Romagna e nel resto dell'Italia, e ciò va interpretato sicuramente come un possibile tentativo di espansione criminale nell'economia legale, ma probabilmente anche di una 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. Nell'ultimo anno (il 2018), ad esempio, la regione ha registrato un tasso di 2,8 denunce per riciclaggio ogni 100.000 abitanti a fronte di un tasso nazionale pari a 3,1 denunce ogni 100.000 abitanti. Naturalmente si riscontrano differenze sostanziali fra le diverse province della regione. Modena soprattutto, ma anche Ravenna e Rimini sono i territori della regione dove l'incidenza di questo reato è maggiore quasi costantemente. Nell'ultimo anno, ad esempio, il tasso per il reato di riciclaggio di Modena è risultato di 7,4 ogni 100 mila abitanti e quello di Ravenna di 3,8 a fronte di un tasso medio regionale di 2,8 ogni 100 mila abitanti.

Come è noto, i capitali illeciti, una volta ripuliti attraverso complesse operazioni finanziarie realizzate da professionisti spesso a servizio esterno delle organizzazioni criminali, altre volte strutturati al loro interno, sono immessi nell'economia legale e utilizzati per l'acquisto di attività economiche, immobili e, quando necessario, per corrompere pubblici funzionari o condizionare la politica.

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.

#### **d) 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 "Testo

unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili”.

Per quanto attiene specificatamente le strategie regionali di prevenzione e di contrasto e dell'illegalità all'interno dell'amministrazione regionale e delle altre amministrazioni pubbliche, la Regione - in base all'art. 15 della l.r. n. 18 del 2016 - ha promosso l'avvio di una “Rete per l'Integrità e la Trasparenza”, ossia una forma di raccordo tra i Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle amministrazioni del territorio emiliano-romagnolo.

Il progetto, approvato dalla Giunta regionale d'intesa con l'Ufficio di Presidenza della Assemblea legislativa, è supportato anche da ANCI E-R, UPI, UNCEM e Unioncamere, con i quali è stato sottoscritto apposito Protocollo di collaborazione il 23 novembre 2017.

La Rete, a cui hanno aderito, ad oggi, ben 195 enti, permette ai relativi Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza di affrontare e approfondire congiuntamente i vari e problematici aspetti della materia, creando azioni coordinate e efficaci, pertanto, di contrasto ai fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione nel nostro territorio.

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 LR. 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.

Con il Protocollo, firmato il 9 marzo 2018, per le specifiche esigenze legate al processo della ricostruzione post-sisma, fino alla cessazione dello stato di emergenza, il Commissario delegato alla ricostruzione si impegna a mettere a disposizione delle Prefetture che insistono sul cd. "cratere" (Bologna, Ferrara, Modena e Reggio Emilia) le risorse umane necessarie e strumentali con il coinvolgimento, anche ai fini della programmazione informatica, di personale esperto.

Va rimarcato che il Protocollo migliora l'interscambio informativo tra le Prefetture e le altre Pubbliche amministrazioni per garantire una maggiore efficacia e tempestività delle verifiche delle imprese interessate, ed è anche teso a concordare prassi amministrative, clausole contrattuali che assicurino più elevati livelli di prevenzione delle infiltrazioni criminali.

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).

Nella gestione nonché nella pregressa fase di analisi del rischio di corruzione relativamente alle aree mappate si tiene, quindi, conto di quanto sopra affermato e, pur nella consapevolezza che esiste una oggettiva difficoltà di quantificare la diffusione della corruzione in sanità, si ritiene opportuno partire proprio dalla conoscenza dei drivers (opportunità/vulnerabilità) interni ed esterni che possono pregiudicare ciascun processo analizzato al fine di costruire, attraverso le misure di prevenzione, un contesto organizzativo sfavorevole alla corruzione.

### **Il contesto operativo di riferimento**

Il sistema di misure di prevenzione della corruzione deve essere integrato nell'ambito della politica di riorganizzazione aziendale con i sistemi di gestione della *compliance* aziendale, in quanto risponde alle esigenze di innovazione e di miglioramento organizzativo. Per tale motivo, allo scopo di individuare misure operative di prevenzione della corruzione, è opportuno svolgere riflessioni su tale tema a partire dal contesto organizzativo di riferimento.

Con Legge Regionale n. 22 del 21 novembre 2013 è stata istituita l'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, che opera dall'1/01/2014. L'Ausl della Romagna è il prodotto della fusione delle strutture aziendali aventi sede nel territorio ricompreso nelle province di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini e costituisce un ente strumentale mediante cui la Regione assicura livelli essenziali ed uniformi di assistenza all'interno di un bacino territoriale costituito dai 73 comuni delle tre province di Forlì-Cesena, Ravenna e Rimini con una popolazione di circa 1.100.000 abitanti ed in cui sono presenti attualmente n. 13 strutture ospedaliere con circa 3300 posti letto.

L'Azienda, che opera nel rispetto dei principi stabili con legge regionale 23 dicembre 2004, n. 29, riconosce e fa proprie le finalità di prevenzione della corruzione e della trasparenza, quali essenziali al perseguimento della *mission* aziendale e delle proprie funzioni istituzionali.

Nell'Atto Aziendale, approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 414 del 15/05/2015, viene, infatti, stabilito che *«l'Azienda si impegna ad aumentare la sua visibilità e trasparenza interna ed esterna, la sua comprensione ed accettazione da parte di tutti i portatori d'interesse»*. Pertanto, nella ricerca di sempre maggiori livelli di equità ed accessibilità ai servizi sanitari l'Ausl della Romagna si pone gli ulteriori e preminenti obiettivi di garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati, nonché di consentire la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, all'interno ed all'esterno della propria organizzazione; il tutto mantenendo una adeguata informazione in merito alla realizzazione degli obiettivi e al grado di raggiungimento degli stessi. In tal senso, anche il perseguimento della funzione istituzionale della ricerca attraverso lo sviluppo della capacità di attrarre gli investimenti viene esplicitamente controbilanciata con l'intento di garantire il *“rispetto della trasparenza delle procedure che delle indicazioni sull'assenza di conflitto di interessi”*.

In seguito alla positiva conclusione della verifica di conformità svolta dalla Regione sull'atto aziendale l'Ausl della Romagna è stata caratterizzata da un complesso processo di riorganizzazione che ha avuto inizio con l'adozione della deliberazione n. 524 del 7/07/2015 di approvazione dello “Assetto Organizzativo dell'Ausl Romagna”.

A “livello macro” il progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale avviato nel corso del 2016, con la nomina dei dipartimenti sanitari e dei direttori delle unità operative complesse amministrative, tecniche e di staff, ha reso attuale la riorganizzazione in atto; tale



processo di riorganizzazione è tuttora in fase di progressiva attuazione e perfezionamento, come risulta, in particolare, dai documenti adottati di seguito elencati:

- la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale ha approvato nella seduta del 9/01/2017 il Documento “Linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera dell'AUSL della Romagna”;
- la deliberazione n. 482 del 24/10/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 - determinazioni in merito al riordino della rete ospedaliera” con la quale si è preso atto dell'elenco complessivo delle strutture complesse ospedaliere conseguente al piano di riordino della rete ospedaliera previsto nel sopracitato documento;
- la deliberazione n. 246 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna: Direzione tecnica "Direzione Infermieristica e Tecnica"” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione della Direzione Infermieristica e Tecnica;
- la deliberazione n. 248 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 – determinazioni in merito alla Direzione Tecnica "Assistenza Farmaceutica"” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione dell'Assistenza Farmaceutica;
- la deliberazione n. 247 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 – determinazioni in merito alla direzione tecnica "Direzione medica dei Presidi"” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione della Direzione medica dei Presidi;
- la deliberazione n. 249 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna: organizzazione operativa del Servizio Sociale della Direzione Attività Socio Sanitarie” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione del Servizio Sociale;
- in data 2/08/2017 sono stati inviati alle OO.SS. i seguenti atti di riorganizzazione:
  - 1) Proposta riorganizzazione di Dipartimenti Sanitari, Programmi e Reti
  - 2) Proposta nuovo assetto dell'Area Dipartimentale Piattaforme;
- la deliberazione n. 60 del 07/03/2018 ad oggetto “Assetto organizzativo dell'Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 – Determinazioni in merito al riordino del Dipartimento di Sanità Pubblica e Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche”.
- la deliberazione n. 387 del 11.10.2018 – ad oggetto “Determinazioni in merito alle strutture semplici e incarichi professionali di alta specializzazione – Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria;
- la deliberazione n. 335 del 28.10.2019 ad – ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda Usl della Romagna di cui alla Deliberazione n. 524 del 07/07/2015 – Determinazioni;
- la deliberazione n. 350 del 30/10/2019 – ad oggetto “Ulteriori determinazioni in merito alle strutture semplici e incarichi professionali di alta specializzazione – Dirigenza Medica e Veterinaria”, con la quale si integra il quadro delle strutture semplici e degli incarichi professionali di alta specializzazione della dirigenza medica e veterinaria già definiti con il provvedimento più sopra citato.

Pertanto, la redazione del presente PTPCT in talune parti potrà ancora scontare le difficoltà strutturali che potranno emergere nell'attuazione delle prescrizioni in materia di prevenzione della corruzione.

Infine, con l'adozione del presente documento, l'Ausl della Romagna adotta e sviluppa quel sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti che implica il necessario coordinamento del PTPCT (con il Codice di Comportamento Aziendale) e con gli strumenti di programmazione aziendale: 1) il **bilancio di esercizio**, che garantisce e certifica la sostenibilità finanziaria degli interventi preventivati; 2) il **piano della performance** che, tanto per la valutazione delle singole unità operative quanto nella valutazione individuale, deve includere gli obiettivi strategici ed operativi esplicitamente riferiti all'attuazione della strategia di prevenzione contenuta

del PTPCT; 3) **il piano della formazione** che, per l'importanza dalla stessa assunta quale strumento di prevenzione dei fenomeni di malfunzionamento, deve essere coordinato con le strategie formative assunte in tale materia.

### **Il modello organizzativo dell'anticorruzione**

Il modello dell'anticorruzione si esplica attraverso un disegno complesso di relazioni tra molteplici attori, ciascuno chiamato a fornire il proprio apporto in relazione al ruolo ricoperto. Pertanto, come sotto raffigurato, i soggetti che concorrono all'adozione ed attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione all'interno dell'Ausl Romagna sono molteplici.

In linea con quanto già affermato nella precedente edizione del Piano, alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC con la determinazione n. 12/2015 e i successivi Piani Nazionali Anticorruzione, pare opportuno, nell'ambito del nuovo assetto organizzativo varato, ribadire il funzionigramma in materia di prevenzione della corruzione al fine di descrivere i compiti, le funzioni e le responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nelle strategie per la prevenzione della corruzione.



#### **5.1 I soggetti**

Tutti gli operatori dell'Azienda Usl della Romagna hanno un personale livello di responsabilità circa l'attuazione del Piano di prevenzione del rischio di corruzione in relazione ai compiti effettivamente svolti. Del resto solo con la piena consapevolezza e la condivisione degli obiettivi generali di prevenzione della corruzione è possibile rendere attuali ed effettive le previsioni del presente Piano.

In tal senso vengono sotto elencati i responsabili dell'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione.

**a) La Direzione Generale** assicura il proprio supporto al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e mantiene con quest'ultimo un dialogo costruttivo finalizzato alla definizione di misure attuali ed effettive per prevenire i fenomeni di *maladministration* all'interno dell'Ausl Romagna e pertanto quale organo di indirizzo politico:

- definisce gli obiettivi in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- adotta il PTPCT e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali – a mero titolo esemplificativo – i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001;
- può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di riferire sull'attività.

In coerenza con gli obiettivi strategici di prevenzione individuati dal PNA (ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione, aumentare la capacità di scoprire casi di corruzione, creare un contesto sfavorevole alla corruzione, promuovere maggiori livelli di trasparenza), la Direzione Aziendale, nel condividere e fare propri tali obiettivi, promuove:

- l'incremento della formazione in materia, al fine di diffondere la cultura dell'etica e della legalità tra tutti i dipendenti;
- il monitoraggio sulla qualità della formazione erogata;
- il rispetto, da parte del personale dipendente, degli adempimenti relativi alle dichiarazioni previste dal Codice di Comportamento dell'Azienda USL della Romagna (adottato con deliberazione n. 209 del 30/05/2018) mediante il sistema informatico WHR – time (portale del dipendente);
- l'intensificazione delle azioni relative ai controlli;
- l'implementazione delle misure preventive in essere, anche tramite il completamento delle procedure PAC ("Percorso Attuativo della Certificabilità"), che prevedono sistemi di controllo e misure organizzative efficaci anche per la riduzione dei rischi corruttivi.

Tali strategie di prevenzione, indicate nelle pagine che seguono, sono state elaborate valutando l'esposizione delle attività/processi a rischio corruttivo, con particolare riguardo alle aree a più elevato rischio, allo scopo di dare attuazione a misure di prevenzione idonee a ridurlo o ad eliminarlo.

In materia di Trasparenza, si rileva che l'AUSL della Romagna, dal dicembre 2017 ha attuato per alcune sezioni uno degli obiettivi strategici di prevenzione individuati dal PNA 2019, riguardo alla stato di informatizzazione del flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente".

Le sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati, confermate anche nel PTPCT 2018 – 2020 e a seguire, sono le seguenti:

- Atti amministrativi generali (regolamenti);
- Provvedimenti organi indirizzo politico;
- Provvedimenti dirigenti amministrativi;
- Piano triennale di prevenzione della corruzione.

Come obiettivo strategico in materia di Trasparenza, nel corso del 2020 quest'AUSL ha in programma di avviare uno studio di fattibilità per la realizzazione del "Registro degli accessi" in modalità informatica mediante il sistema del protocollo informatico aziendale (INTERPRO), conformemente al disposto della Circolare FOIA n. 2/2017 e alla successiva Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2/2019.

A conferma del forte coinvolgimento che la Direzione Generale ha sia nella definizione del contenuto del PTPCT e delle misure adottate, sia nelle indicazioni date all'amministrazione tutta (dirigenti e dipendenti) sulla necessaria e piena attuazione, con il concorso di tutti i soggetti interessati, delle misure di prevenzione, in fase di adozione è stato approvato un primo schema di PTPCT e successivamente quello definitivo.

**b) Il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT)** che ha un ruolo centrale nella interlocuzione con i vertici aziendali e con gli altri soggetti interni all'amministrazione per l'attuazione delle strategie di prevenzione della corruzione, anche secondo quanto previsto dalla delibera n. 4/2016 dell'OIV-SSR nonché dalla delibera dell'ANAC n. 840 del 2/10/2018 che chiarisce i poteri spettanti al RPCT, è tenuto a svolgere le seguenti attività:

- elabora la proposta di Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione;
- verifica l'efficacia e l'idoneità del Piano, valuta l'opportunità di introdurre modifiche allo stesso qualora si verificassero significative violazioni o in seguito a cambiamenti significativi dell'organizzazione;
- prevede il coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale dell'AUSL addetto alle aree a più alto rischio, nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di prevenzione e di monitoraggio per l'implementazione del Piano;
- verifica, d'intesa con i Dirigenti dei Servizi in cui è maggiormente elevato il rischio di fenomeni corruttivi, l'effettiva rotazione degli incarichi (ove prevista quale misura di prevenzione fattiva);
- individua, su proposta dei Dirigenti dei Servizi Aziendali a più elevato rischio di corruzione, il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica;
- elabora la relazione annuale sull'attività svolta entro il 15 dicembre di ogni anno, o il diverso termine previsto dall'ANAC, e ne cura la relativa pubblicazione sul sito internet nonché la trasmissione all'Organismo Indipendente di Valutazione e alla Direzione Generale;
- segnala alla Direzione Generale e all'Organismo Indipendente di Valutazione le disfunzioni in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- indica all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

Il RPCT è il soggetto che, quindi, è preposto in Azienda a collaborare con la direzione strategica e con tutto il substrato organizzativo aziendale, affinché il complesso delle azioni e delle attività amministrative dell'Ausl Romagna siano basate sul principio di legalità. Pertanto, le funzioni di Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza sono state opportunamente incardinate presso il Direttore dell'U.O. Affari Generali e Percorsi Istituzionali e Legali a cui l'atto di assetto organizzativo demanda, altresì, il compito di garantire il supporto per le aree di rispettiva competenza (tra le quali figurano le attività correlate all'attuazione della normativa sulla trasparenza e l'anticorruzione) alla Direzione Generale, alla Direzione Amministrativa e in generale alle strutture aziendali.

**c) Struttura organizzativa di supporto al RPCT** che, in coerenza a quanto previsto dalla determinazione ANAC n. 12/2015, è stata individuata con Deliberazione del Direttore Generale

dell'Ausl Romagna n. 22 del 29/01/2016 quale ufficio di immediato supporto al RPCT, composto da n. 4 unità di personale di cui due unità dedicate principalmente alla materia dell'anticorruzione e due unità alla materia della trasparenza. Inoltre, nel 2017 è stata assegnata ad una figura dirigenziale la funzione di garantire l'attività correlata all'applicazione della normativa sulla trasparenza ed anticorruzione. Tale struttura è chiamata a svolgere le seguenti attività:

- individuare, nei rispettivi ambiti, le aree in cui sia maggiore il rischio della corruzione e cooperare alla gestione del rischio;
- prevedere, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
- formulare proposte in merito all'adozione di soluzioni organizzative, sistemi di verifica e controllo, adozione/modificazione/integrazione di protocolli operativi e/o procedure nonché di ogni altra misura idonea a contrastare e prevenire il rischio di illegalità;
- monitorare l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità nonché proporre la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- individuare, su proposta dei Dirigenti dei Servizi Aziendali a più elevato rischio di corruzione, il personale da inserire in percorsi di formazione sui temi della legalità e dell'etica ed assicurare un efficace flusso informativo a favore del RPCT.

**d) I referenti aziendali**, previsti dalla delibera n. 56/2014 e dalla delibera n. 13/2015, nonché confermati con la delibera n. 22/2016 e con il presente Piano, coincidono oggi con i direttori delle strutture complesse declinate nell'Assetto Organizzativo, rispettivamente afferenti alle seguenti aree: l'Area Dipartimentale Giuridico-Amministrativa; l'Area Dipartimentale Economico e Gestionale; l'Area Dipartimentale Risorse Strutturali e Tecnologiche; le UU.OO. di Staff al Direttore Generale (es. U.O. Sviluppo Organizzativo Formazione e Valutazione, U.O. Libera Professione); le U.O. di Staff del Direttore Amministrativo; nonché le Piattaforme Amministrative di ciascun ambito territoriale. Inoltre, ad essi si aggiungono: il Direttore del Dipartimento della Sanità Pubblica; il Direttore delle Attività Socio Sanitarie e i Direttori delle Direzioni Mediche dei Presidi. In tale loro ruolo, e ciascuno per l'attività di rispettiva competenza, sono chiamati a collaborare specificatamente con il RPCT, ossia a titolo esemplificativo:

- assicurano per le aree di rispettiva competenza un regolare flusso informativo nei confronti del RPCT, segnalando tempestivamente ogni fatto di natura corruttiva e/o situazione che possa costituire un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;
- verificano (ove prevista quale misura applicabile) l'effettiva rotazione dei dipendenti, in particolar modo dei Dirigenti/dipendenti, impiegati negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- monitorano il rispetto dei termini previsti dalla Legge o dai regolamenti per la conclusione dei procedimenti, adottando le misure necessarie ad assicurare l'efficienza dell'azione amministrativa;
- assicurano l'esatta osservanza delle prescrizioni in materia di trasparenza dell'attività amministrativa garantendo nell'esercizio delle rispettive funzioni l'adempimento, anche attraverso attività di supporto, degli obblighi di trasparenza di cui al d.lgs. 33/2013 e ss. mm., così da rendere quanto più possibile trasparente l'azione dell'Ausl Romagna;
- forniscono elementi utili all'individuazione, da parte del RPCT, del personale da inserire nei programmi di formazione sui temi dell'etica pubblica e della legalità, in quanto chiamato ad operare nei settori nei quali è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione.

**e) Tutti i dirigenti**, avendo comunque un ruolo centrale sono responsabili della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione/diffusione della cultura della legalità, per l'area di rispettiva competenza e pertanto sono tenuti a:

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, dei referenti di ambito, dei referenti aziendali e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs.165/2001; art. 8 D.P.R. 62/2013 e art. 7 Codice di comportamento aziendale);
- partecipare al processo di gestione del rischio e provvedere al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione svolte nella struttura cui sono preposti e in particolar modo nell'ipotesi di violazioni integranti fattispecie di natura corruttiva;
- proporre le misure di prevenzione ed assicurarne la corretta attuazione garantendo anche quelle adottate in piena ed effettiva collaborazione con il RPCT;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento, verificare le ipotesi di violazione e segnalare tempestivamente situazioni di conflitto di interesse (art. 13 D.P.R. 62/2013 e art. 12 Codice di Comportamento aziendale);
- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale (ove prevista);
- partecipare e promuovere le iniziative formative svolte dall'Azienda in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

**f) Tutti i dipendenti dell'amministrazione** sono tenuti ad osservare le prescrizioni contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento generale e aziendale e pertanto:

- partecipano al processo di gestione e prevenzione del rischio di corruzione;
- segnalano casi di illecito e di (attuale o potenziale) conflitto di interessi, anche ai fini dell'attivazione dei meccanismi di cui all'art. 6 bis l. 241/1990 (art 6 e 7 D.P.R. 62/2013);
- sono tenuti a partecipare ai percorsi formativi attivati in materia.

**g) I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:**

- osservano le misure contenute nel presente Piano e nel Codice di Comportamento;
- segnalano le situazioni di illecito.

**h) L'organismo indipendente di valutazione (OIV-SSR) istituito dalla Legge Regionale 20 dicembre 2013, n. 26 per le aziende e gli enti del SSR e per l'Agenzia Regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA)** anche secondo quanto previsto dalla delibera n. 4/2016 dell'OIV-SSR *"Prevenzione Corruzione e Trasparenza: Prime indicazioni, ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali"*:

- verifica, anche ai fini della validazione della Relazione sulla Performance, che il Piano triennale per la prevenzione della corruzione sia coerente con gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico-gestionale;
- verifica che nella misurazione e valutazione della performance si tenga conto degli obiettivi connessi all'anticorruzione e alla trasparenza;
- verifica i contenuti della Relazione annuale sull'attività svolta, elaborata dal RPCT, in rapporto agli obiettivi inerenti alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza; a tal fine può chiedere al RPCT informazioni e documenti necessari al controllo e può effettuare audizioni di dipendenti;
- riferisce all'ANAC sullo stato di attuazione delle misure di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- esprime parere obbligatorio nell'ambito del procedimento di adozione del Codice di comportamento aziendale;
- rilascia l'attestazione annuale sulla trasparenza secondo le indicazioni e la griglia di rilevazione pubblicata annualmente sul sito dell'ANAC.

**i) L'organismo aziendale di supporto alla valutazione (OAS),** istituito con deliberazione D.G. n. 13 del 22/01/2016 in ottemperanza alle *"Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS"* di

cui alla delibera OIV SSR n. 2 del 2015, che dalla data del suo insediamento ha sostituito **la Commissione Aziendale di Valutazione**, anche secondo quanto previsto dalla delibera n. 4/2016 dell'OIV-SSR:

- partecipa al processo di gestione del rischio formulando pareri e proposte;
- svolge l'attività istruttoria per specifici adempimenti previsti a carico dell'OIV-SSR dalla legge 190/2012 (ad esempio attestazione annuale sulla trasparenza, parere obbligatorio su Codice di comportamento);
- compie una verifica preliminare sul Codice di comportamento aziendale;
- verifica la correlazione tra PTPCT e Piano della Performance e Budget.

**l) L'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)** rispettivamente del comparto e della dirigenza (deliberazioni del Direttore Generale n. 905 e n. 906 del 10.12.2015 e successive modifiche):

- esamina le segnalazioni relative alla violazione del Codice di comportamento aziendale;
- svolge i procedimenti disciplinari nell'ambito della propria competenza, segnalando tempestivamente al RPCT l'apertura di procedimenti disciplinari relativi ad eventi corruttivi, sebbene vengano sospesi per la contemporanea pendenza di un processo penale;
- collabora con l'Ufficio Legale Aziendale per la predisposizione delle comunicazioni obbligatorie nei confronti dell'autorità giudiziaria;
- svolge attività di vigilanza e monitoraggio ex art. 15 del D.P.R. 62/2013 e provvede all'aggiornamento del Codice di comportamento.

**m) Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR** - già operante presso il Servizio Amministrativo del Servizio Sanitario regionale, sociale e socio sanitario - la cui costituzione è stata formalizzata con determinazione della RER n. 19717 del 5/12/2017; il Tavolo, cui partecipano tutti i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Aziende e degli Enti del SSR nonché l'OIV – SSR, opera attraverso incontri periodici, di norma a cadenza bimestrale, e mediante gruppi di lavoro tematici in base alle esigenze di approfondimento ed ha il compito di:

- promuovere il coordinamento tra le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR delle azioni e delle misure in materia di anticorruzione e trasparenza;
- analizzare le migliori prassi al fine di trasferirle all'interno dell'organizzazione delle Aziende e degli Enti del SSR e promuovere su tali temi un'omogeneità di comportamento;
- proporre linee guida di carattere regionale e modalità applicative comuni per l'attuazione di specifiche misure di trasparenza e di contrasto al fenomeno corruttivo.

**n) Rete per l'Integrità e la Trasparenza**, promossa dalla Regione Emilia-Romagna (DGR n. 1852/2017), quale sede di confronto volontaria a cui possono partecipare i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza delle Amministrazioni pubbliche con sede nel territorio regionale - cui questa Azienda ha aderito con deliberazione n. 559 del 13/12/2017 – al fine di armonizzare le strategie di contrasto alla corruzione, perseguendo, ex art. 15 della L.R. n. 18/2016, i seguenti obiettivi:

- 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;
- confrontare e condividere valutazioni e proposte tra istituzioni, associazioni e cittadini.

**o) Nucleo audit regionale** (di cui fa parte anche un Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza), istituito dalla Regione Emilia-Romagna con DGR n. 1972/2019 - ai sensi dell'art. 3 ter, comma 3, L.R. n. 29/2004 - ove si dà atto che la funzione aziendale di audit interno ha il principale obiettivo di valutare la funzionalità dei sistemi di controllo presenti in

Azienda e, perciò, di supportare la Direzione Aziendale nella complessa attività di verifica degli stessi, anche al fine del miglioramento continuo nella gestione dei potenziali rischi. Posto che sono diverse le professionalità aziendali cui fanno capo i principali rischi aziendali, la funzione aziendale di audit interno può supportare l'Azienda nel coordinamento della possibile gestione trasversale degli stessi. Il Nucleo, tra l'altro, provvederà ad elaborare Linee guida regionali per la definizione del processo di gestione trasversale dei rischi, tenuto conto dei sistemi di gestione presenti in Azienda.

## **5.2 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT**

La precisazione dei compiti e delle responsabilità dei soggetti a vario titolo coinvolti nelle strategie per la prevenzione della corruzione e per la concreta attuazione dei principi di trasparenza non deve condurre erroneamente a sottovalutare il generale obbligo di informazione a favore del RPCT.

Difatti, al fine di evitare “l'isolamento” del RPCT, denunciato nella determinazione ANAC n. 12 del 28.10.2015, occorre ribadire che coloro i quali (a prescindere dalla qualifica rivestita) sono titolari di processi/procedimenti nei quali si innestano fenomeni di malfunzionamento della macchina amministrativa hanno l'obbligo di trasmettere al RPCT tutte le informazioni utili alla sua attività, tra cui, a titolo di esempio:

- sentenze, provvedimenti, notizie, richieste dell'autorità giudiziaria o degli organi di polizia giudiziaria o di qualsiasi altra autorità dai quali si evinca lo svolgimento di indagini o di procedimenti per fatti di natura corruttiva rilevanti ai fini del presente Piano;
- informativa circa atti di contestazione di illeciti disciplinari, e i relativi provvedimenti di applicazione della sanzione o di archiviazione;
- richieste di assistenza legale per fatti di natura corruttiva e richieste stragiudiziali inerenti fatti di natura corruttiva;
- esiti di verifiche interne o di organismi esterni dalle quali emergano irregolarità, omissioni, o illegittimità nello svolgimento delle attività istituzionali e nell'adozione dei relativi atti;
- richieste di chiarimenti della Corte dei Conti sempre per fatti di natura corruttiva;
- rilievi del Collegio Sindacale sempre per fatti di natura corruttiva;
- relazioni degli OIV o altro organismo interno di valutazione;
- notizie relative ai cambiamenti organizzativi;
- indicatori di rischio, quali gare deserte, assegnazioni a fornitore unico e/o in emergenza (da parte del RUP) ed ogni altra anomalia, filtrata dal Referente Aziendale competente, che dovesse verificarsi in corso di gara o nella fase ad essa antecedenti (programmazione e indizione) o successive (esecuzione contratto e rendicontazione);
- informazioni sulla gestione del personale con riferimento al conflitto di interesse potenziale o effettivo nei rapporti con soggetti esterni che intrattengono relazioni di rilevanza economica con l'Azienda (da parte della U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane);
- segnalazioni da parte di dipendenti, personale convenzionato, collaboratori a qualsiasi titolo, utenti e cittadini relative a fatti e comportamenti rilevanti ai fini del presente Piano.

In particolare, la struttura di supporto del RPCT, come individuata con deliberazione del Direttore Generale n. 22 del 29/01/2016, nonché i Referenti Aziendali sopra specificati ed i Responsabili/Dirigenti delle articolazioni aziendali sono comunque tenuti, tutti ed al di là della capacità esaustiva del suddetto elenco, ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche ai fini degli adempimenti previsti in generale dalla legge 190/2012 e ad osservare gli obblighi di informazione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Al riguardo si precisa che il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato nonché ai fini della responsabilità disciplinare. Difatti, la violazione del PTPCT e la mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza



da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano è suscettibile di sanzione disciplinare.

### **Aggiornamento della gestione del rischio**

Ai fini dell'aggiornamento della gestione del rischio di corruzione si è effettuata la rilevazione (a consuntivo) sulle manifestazioni effettive degli eventi rischiosi (residui o sopraggiunti) prendendo a riferimento:

- il monitoraggio delle misure generali e specifiche previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione adottato nel 2019
- il report infrannuale sulle violazioni segnalate/contestate che è stato trasmesso entro il 15/09 dall'UPD,
- l'analisi comparativa delle relazioni del RPCT per gli anni 2014- 2019 .

Al fine di individuare e risolvere le debolezze strutturali presenti e/o persistenti nell'impianto organizzativo e di creare un contesto organizzativo sfavorevole alla corruzione si è ritenuto necessario in primo luogo procedere alla verifica del sistema di gestione adottato per verificarne la funzionalità allo stato attuale secondo quello schema dinamico e ciclico che può in via semplificativa essere scomposto in quattro fasi: 1) definizione del contesto; 2) valutazione del rischio; 3) definizione di misure di trattamento; 4) monitoraggio e riesame.

### **Il Processo di gestione del Rischio (UNI ISO 31000:2010, 5)**



Sulla base della rilevazione sopra svolta il gruppo di lavoro del RPCT, nell'anno 2015, ha sostanzialmente confermato il catalogo dei processi aziendali sottoposto ad analisi, valutazione, ponderazione e trattamento del rischio negli anni precedenti; catalogo che è confluito nelle Tabelle "Registro Rischi Specifici" allegate alla delibera 13/2015 (all. A) ed elaborate con riferimento a ciascuno degli ambiti territoriali (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini) di cui l'Azienda Usl della Romagna si compone. Tale catalogo era stato ampliato aggiungendo n. 5 aree di rischio ulteriori,

analizzate alla luce delle peculiarità/necessità dell'Ausl Romagna e in corrispondenza delle aree specifiche di rischio individuate nella determinazione ANAC n. 12/2015.

Nel 2016, perfezionandosi la procedura di riorganizzazione aziendale declinata nell'assetto varato nel mese di luglio del 2015, si è proceduto alla disamina dei processi a rischio indicati nel suddetto catalogo per garantire una migliore calibratura degli eventi rischiosi e delle misure preventive. In ragione delle difficoltà discendenti dal processo di riorganizzazione aziendale derivante dall'istituzione dell'AUSL della Romagna - come sopra evidenziato nell'illustrare il contesto operativo di riferimento - la mappatura dei processi a rischio è stata completata nel corso del 2017, poiché si è reso necessario un approfondimento, alla luce di una maggiore e migliore conoscenza delle implicazioni discendenti dal nuovo assetto organizzativo dell'Azienda (Determinazione ANAC n. 12/2015 par. 6.3). Nel 2018 e nel 2019 si è proceduto ad aggiornare interamente la mappatura di tutti i processi a rischio esaminati negli anni precedenti.

Si valuterà l'eventuale ampliamento di tale mappatura in discendenza del perfezionamento della riorganizzazione e/o di modifiche che interverranno nell'organizzazione aziendale attuale.

### **6.1 Principi e metodologia per la determinazione del “rischio corruzione”**

Per “gestione del rischio” si intende l'insieme delle attività coordinate per guidare e tenere sotto controllo l'amministrazione con riferimento al rischio di corruzione. La finalità di queste attività è quella di consentire l'emersione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione che possono essere già esistenti o nuove.

Il presente Piano, in coerenza con le disposizioni contenute nel PNA 2013 e nella determinazione ANAC 12/2015 - nonché nel PNA 2016 che ha confermato la metodologia di analisi e valutazione dei rischi precedentemente prevista - si ispira ai seguenti principi di portata generale:

- la gestione del rischio ha una propria funzione creativa di valori sottesi all'operato dell'Ente;
- la gestione del rischio ha una portata generale e deve essere svolta alla luce delle funzioni dell'Ente;
- la gestione del rischio fa parte del processo decisionale ed è volta a disciplinare l'incertezza ed il quomodo del suo rimedio;
- l'approccio alla gestione del rischio deve essere di natura sistematica, tempestiva ed efficace;
- la gestione del rischio, basata sulle migliori informazioni disponibili, deve essere calata concretamente nel contesto esterno ed interno dell'Ente;
- la gestione del rischio deve essere tarata sulla base dei fattori umani, culturali e socio-economici che contraddistinguono l'Ente;
- la gestione del rischio deve essere al tempo stesso trasparente, dinamica ed inclusiva di tutti gli interessi sottesi all'operato dell'Ente;
- la gestione del rischio non costituisce un mero adempimento burocratico, ma al contrario uno strumento utile per il miglioramento continuo dell'Ente.

Così come accade per il c.d. “rischio sanitario” - in cui la conoscenza e l'analisi dell'errore conducono all'individuazione e alla correlazione delle cause di errore fino al monitoraggio delle misure atte alla prevenzione dello stesso - e in linea con la raccomandazione dell'ANAC di non applicare in modo meccanico la metodologia presentata nell'allegato 5 al PNA 2013, l'analisi e la conseguente valutazione puntuale del “rischio corruzione” rispetto ai processi oggetto di aggiornamento è avvenuta, pur nel rispetto dell'allegato 5, attraverso la metodologia FMEA.

La metodologia FMEA (*Failure modes and effects analysis*), diffusamente utilizzata nel mondo aziendale e opportunamente adattata alla gestione del “rischio corruzione”, consente di analizzare le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema e le loro conseguenze; pertanto si

presta senz'altro ad essere applicata all'analisi dei possibili casi di corruzione e ai loro effetti sui processi e sull'organizzazione dell'Azienda Usl della Romagna.

Lo svolgimento della FMEA per la determinazione del livello di esposizione del rischio corruzione è stata affidata a gruppi di lavoro costituiti dai dirigenti/responsabili dei processi di cui si è analizzato il rischio di corruzione ed è stata svolta sotto la supervisione del RPCT e dei suoi collaboratori.

Il lavoro svolto all'interno di tali *focus group* non è stato finalizzato alla mera raccolta di dati oggettivi (procedimenti disciplinari/giudiziari) e percettivi (opinioni) ma è stato soprattutto indirizzato allo svolgimento di analisi supplementari che, al fine di programmare misure efficaci e adatte alle peculiarità dell'organizzazione dell'Ausl Romagna, ha portato ad individuare/verificare i *drivers* che possono agevolare o contrastare il verificarsi degli eventi rischiosi prospettati, ossia: le caratteristiche oggettive di funzionamento delle attività indagate (fattori interni), e le condizioni di contesto (fattori esterni) nel quale operano le strutture/servizi interessati da attività a rischio.

A partire dagli eventi rischiosi ascrivibili ai processi mappati il livello di esposizione del rischio (**R**) è stato determinato in base ad una scala a 5 unità ed attraverso la moltiplicazione dei seguenti fattori:

- la **probabilità (P)** che, valutata in base ai parametri dell'all.to 5 al PNA (discrezionalità, rilevanza esterna ed efficacia dei controlli) e alle analisi supplementari svolte, consente di misurare la frequenza di accadimento anche in relazione ai *drivers* (interni ed esterni) che incidono sulla verifica dell'evento rischioso.
- l'**impatto (I)** che in relazione alle tre dimensioni (organizzativa, economica e reputazionale) consente di rilevare gli effetti generati dal verificarsi dell'evento rischioso e di valutarne la gravità per il sistema organizzativo.

$$P \times I = R$$

La metodologia di analisi e valutazione del rischio sopra descritta sarà rivista alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC con l'Allegato n. 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019-2021.

## 6.2 Le aree a rischio analizzate

La legge 190/2012, all'articolo 1, co. 5, lettera a) e co. 9, lettera a), prevede l'individuazione dei soggetti, dei settori, degli uffici e delle attività maggiormente esposti al rischio corruzione. Si tratta, in sostanza, delle prime due fasi in cui si articola il processo di *risk management*: l'analisi del contesto e l'identificazione degli eventi rischiosi (c.d. *risk assessment*).

In particolare, l'articolo 1, comma 9, considera la gestione di taluni processi tra le attività a più elevato livello di rischio di corruzione. Tali procedimenti corrispondono, nel Piano Nazionale Anticorruzione, a quattro macro aree che obbligatoriamente devono essere sottoposte alla valutazione da parte delle Amministrazioni, ai fini della redazione del Piano Triennale. Ed esse sono:

Area A	Acquisizione e progressione del personale
Area B	Affidamento lavori, servizi e forniture

Area C	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto e immediato per destinatario
Area D	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto e immediato per destinatario

In base alla determinazione ANAC 12/2015 per il settore sanità sono state meglio dettagliate le aree riconducibili all'alveo di quelle generali, che necessitano di specificazioni legate alle peculiarità di questo settore, ossia:

Area A	Incarichi e nomine
Area B	Contratti pubblici
Area C	Controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni
Area D	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio

Nell'anno 2015, per l'area dei **“contratti pubblici”** e per l'area dei **“controlli ed ispezioni”**, al fine di individuare misure (es. modulistica, regolamenti e/o circolari interne, sistemi di audit, controlli e meccanismi di rotazione) *“concrete ed efficaci, traducibili in azioni precise e fattibili, verificabili nella loro effettiva realizzazione”* (determinazione ANAC n. 12/2015), erano stati somministrati questionari ai responsabili dei servizi volti a verificare lo stato esistente e (a partire da quest'ultimo) le esigenze riscontrate da ciascun servizio. In tal modo erano state individuate misure preventive scadenzate che sono state in seguito oggetto di monitoraggio. Per quanto riguarda l'area dei contratti pubblici, la mappatura del rischio è stata ripetuta nel 2018 e nel 2019 ed integrata alla luce delle “Linee guida di coordinamento di PTPC, rischi e misure tra Intercent-ER e Aziende Sanitarie della RER”, elaborate nel 2018 da uno specifico gruppo regionale (cui hanno partecipato: RPCT della Regione, Direttore di Intercent-ER e suoi collaboratori, funzionari del Servizio regionale Amministrazione SSR, OIV-SSR, alcuni RPCT e i provveditori coordinatori di Aree Vaste) e trasmesse dalla RER con nota prot. 2018/750099 del 18/12/2018 (acquisita agli atti del prot. AUSL n. 0317759 del 19/12/2018).

Con riferimento all'area degli **“incarichi e nomine”** deve segnalarsi che l'Ausl Romagna ha provveduto ad affidare gli incarichi dirigenziali di struttura complessa nel rispetto dei presupposti programmatori discendenti dal nuovo assetto organizzativo varato nel mese di luglio 2015 e mediante il regolamento per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, approvato con determinazione n. 2093 del 13/08/2015, ha adottato una specifica misura – seppur non espressamente richiesta dalla legge – atta a regolamentare l'esercizio della discrezionalità nella fase di selezione dei candidati. Nel 2018 è stata adottata la procedura aziendale PA 143 per l'individuazione dei soggetti cui attribuire incarichi temporanei di direzione struttura complessa sanitaria in caso di vacanza del posto di direttore di S.C.; con deliberazione n. 132 del 11/04/2018, superando le differenziazioni esistenti nelle ex quattro aziende, è stato approvato il Regolamento relativo agli incarichi dirigenziali dell'Area Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni sanitarie e con le deliberazioni n. 387 del 11/10/2018 e n. 350 del 30.10.2019 sono state definite le nuove strutture semplici e le alte specializzazioni della citata dirigenza.

Inoltre:

- ai fini del conferimento di borse di studio l'Ausl Romagna, superando i regolamenti degli ambiti delle ex quattro aziende, si è dotata di apposito regolamento adottato con deliberazione n. 933/2015, mediante cui definisce le relative modalità di istituzione, selezione ed assegnazione nel rispetto dei

principi della trasparenza e pubblicità delle procedure selettive nonché della coerenza con il fabbisogno aziendale;

- con deliberazione n. 458 del 12/12/2018 è stato adottato il nuovo regolamento aziendale sulle modalità di istituzione e gestione di rapporti di lavoro autonomo;

- con deliberazione n. 487 del 28/12/2018 è stato adottato il regolamento sulle modalità di gestione dell'istituto della mobilità esterna.

Nel corso del 2016, a seguito del progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale, pur nel rispetto di quella gradualità di intervento che in fase di riorganizzazione risulta necessaria per l'adeguamento della nuova realtà organizzativa dell'Ausl Romagna alla normativa in materia, si è proceduto ad indagare il livello di "rischio – corruzione" nelle aree ove tale rischio è più elevato, ossia nell'Area dei contratti pubblici, nell'Area dell'acquisizione, progressione e gestione del personale e nell'Area del Dipartimento di Sanità Pubblica in relazione a controlli ed ispezioni. In particolare sono state predisposte schede per la valutazione del rischio di corruzione che i responsabili dei servizi hanno compilato vagliando, in riferimento a ciascuna attività/processo sottoposto a valutazione, probabilità ed impatto del rischio ed individuando anche le necessarie misure di prevenzione da implementare. Nel 2017, come sopra detto, si è proceduto al completamento della mappatura dei processi a rischio, indagando il livello di rischio nei processi di:

- erogazione assegni/sussidi
- valutazioni medico-legali
- utilizzo beni e risorse aziendali
- conferimento incarichi legali per la rappresentanza in giudizio dell'Azienda
- recupero crediti
- autorizzazione incarichi ex art. 53 D.lgs. n. 165/2001
- conferimento di incarichi a docenti esterni ed eventi formativi
- recupero e rimborsi ticket, controllo sul riconoscimento del diritto all'esenzione ticket
- fatturazione, liquidazioni, pagamenti e storni di pagamenti, utilizzo della cassa economale
- conferimento incarichi a personale convenzionato; elaborazione e liquidazione compensi a personale convenzionato.

Come sopra già esplicitato, si valuterà l'eventuale ampliamento della mappatura dei processi a rischio, interamente aggiornata nel 2019, come risulta dai processi elencati nel registro dei rischi specifici, allegato quale parte integrante al presente Piano (**Allegato B**), in discendenza del perfezionamento del processo di riorganizzazione aziendale e/o di modifiche che interverranno nell'organizzazione attuale.

Infine, con la determinazione ANAC n. 12/2015 che dà attuazione al Protocollo di intesa ANAC-Agenas (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) vengono individuate quattro aree di rischio specifiche per il settore della sanità, verso le quali orientare interventi mirati, volti ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, ossia a titolo esemplificativo:

<b>Area A</b>	<b>Attività libero professionale e liste di attesa</b>
<b>Area B</b>	<b>Rapporti contrattuali con privati accreditati</b>
<b>Area C</b>	<b>Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie</b>
<b>Area D</b>	<b>Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero</b>

Le aree A, B, C, D sono state sottoposte già nel 2015 ad un'attenta valutazione ed analisi del rischio che ha portato all'individuazione di misure operative specifiche illustrate nella Sezione II della Parte Seconda del presente PTPCT. Inoltre, tra gli ulteriori temi di approfondimento individuati

dall'aggiornamento 2015 al PNA (determinazione ANAC n. 12/2015) e dal PNA 2016 (Delibera ANAC n. 831/2016), sono state oggetto di valutazione del rischio, nel 2017, l'area dell'assistenza protesica e l'area delle sperimentazioni cliniche, in particolare per quanto riguarda la previsione di criteri per la ripartizione dei proventi. La valutazione del rischio è stata aggiornata nel 2019 anche per tutte le suddette aree specifiche per il settore della sanità.

### 6.3 La ponderazione del rischio

A conclusione delle precedenti fasi di analisi e determinazione del livello di rischio complessivo per ciascun processo, al fine di declinare priorità ed urgenza del trattamento, è stata svolta la ponderazione del rischio (R) seguendo la suddetta scala

<b>R &gt; 12</b>	<b>Rischio CRITICO</b>
<b>6 &lt; R &lt; 12</b>	<b>Rischio RILEVANTE</b>
<b>3 &lt; R &lt; 6</b>	<b>Rischio MEDIO</b>
<b>R &lt; 3</b>	<b>Rischio TRASCURABILE</b>

La decisione sui rischi da trattare prioritariamente rispetto agli altri ha tenuto pertanto in considerazione i seguenti fattori:

- ✓ **livello di rischio**
- ✓ **tipo di controlli e di misure esistenti**
- ✓ **analisi del contesto esterno**

L'analisi sui processi potenzialmente a rischio in una scala da 1 a 25:

- per la maggior parte dei processi analizzati nell'anno 2015 attraverso la metodologia sopra descritta, il livello di rischio riscontrato è per lo più risultato medio. Pertanto per ogni processo che aveva prodotto un valore di rischio pari o superiore a 4 erano state prospettate specifiche misure di prevenzione nella SEZIONE II del PTPCT.
- per la maggior parte dei processi analizzati nel 2016, nel 2017 nel 2018 e nel 2019 si è registrato un valore di rischio inferiore a 4; in relazione ai processi ove il valore di rischio è risultato pari o superiore a 3 sono state individuate e programmate specifiche misure di prevenzione nella SEZIONE II del presente PTPCT. Per alcuni processi, pur riscontrando un rischio inferiore al valore sopra richiamato, si è ritenuto comunque opportuno individuare e programmare misure specifiche di prevenzione, parimenti riportate nella SEZIONE II del presente PTPCT.

Si precisa che nonostante la metodologia di analisi e valutazione del rischio proposta nell'allegato 5 al PNA 2013 (secondo la scala 1-25) consentirebbe di ritenere accettabile un valore di rischio fino al limite soglia di 8-12, in virtù del principio di prudenza - richiamato nella stessa determinazione ANAC 12/2015 - l'Ausl Romagna ritiene opportuno dare attuazione alle misure di prevenzione sotto prospettate già per livelli di rischio MEDIO.

Come sopra specificato la metodologia di analisi e valutazione del rischio descritta sarà rivista alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC con l'Allegato n. 1 "Indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi" del PNA 2019-2021.

Si deve anche evidenziare che dalla mappatura dei processi a rischio è emerso che risultano adottate procedure amministrativo contabili, così come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n. 150 del 23/02/2015 di adeguamento della deliberazione n. 865 del 24/06/2013 di approvazione del "Percorso regionale Attuativo della Certificabilità" (PAC) dei

bilanci degli enti del Servizio Sanitario Regionale, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1/03/2012 nonché sulla base di indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali. Tali procedure amministrativo contabili costituiscono attuazione anche di cautele e misure organizzative volte tipicamente a prevenire il rischio corruttivo; infatti, come indicato nella Determinazione n. 12/2015 di ANAC, la realizzazione del piano di lavoro previsto dal “Percorso Attuativo della Certificabilità” (PAC) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

L'aggiornamento della mappatura dei processi è rendicontato nello specifico registro dei rischi specifici, riportante l'esito delle valutazioni di rischio dei processi, allegato quale parte integrante al presente Piano come **Allegato B**).

## **7. Individuazione del Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti**

Ogni stazione appaltante è tenuta a nominare il soggetto responsabile (RASA) dell'inserimento e dell'aggiornamento annuale degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), di cui all'art. 33-ter del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n. 179. Al riguardo, il punto 5.2, lett. f) del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 (delibera ANAC n. 831/2016), al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), prevede che il RPCT sia tenuto a sollecitare l'individuazione del soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati, quale misura organizzativa di trasparenza in funzione di prevenzione della corruzione, e ad indicarne il nome all'interno del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

A seguito di specifica richiesta del RPCT (nota prot. n. 211329 del 30/09/2016), il Direttore dell'U.O. Acquisti Aziendali dell'Ausl della Romagna, ha confermato, con nota prot. n. 215974 del 6/10/2016, che la Dr.ssa Marzia Maldini, Collaboratore amministrativo dell'U.O. Acquisti Aziendali, è il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), in quanto già nominata RASA, a far data dal 1° gennaio 2014, come da deliberazione n. 289 del 20/12/2013.

## **8. Soggetto “gestore” delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio**

Il Piano Nazionale Anticorruzione 2016, al punto 5.2, richiama quanto disposto dal decreto del Ministero dell'Interno del 25 settembre 2015 *“Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione”* in merito alla previsione di adeguati meccanismi di coordinamento tra il soggetto individuato quale “gestore” delle segnalazioni di operazioni sospette ed il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

Con deliberazione del Direttore Generale n. 23 del 26/01/2017, l'Azienda Usl della Romagna ha nominato il Dott. Alessandro Scalorbi, Dirigente Amministrativo dell'U.O. Bilancio e Flussi Finanziari, quale soggetto “gestore” delegato a valutare e trasmettere le segnalazioni all'Unità di informazione finanziaria per l'Italia (UIF), organismo della Banca d'Italia. Al suddetto è stato conferito il mandato di adottare le procedure interne di cui all'art. 6 del citato Decreto del Ministero dell'Interno, prevedendo adeguati meccanismi di coordinamento con il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza, così come indicato dall'ANAC. In data 2/05/2019 è stata adottata la procedura aziendale (PA179) per la “Gestione delle segnalazioni di sospetto riciclaggio e finanziamento del terrorismo” ove sono previsti meccanismi di coordinamento con il RPCT.

## PARTE SECONDA

### Misure per la prevenzione del rischio

Nelle precedenti stesure del PTPCT è stata modificata la distinzione delle misure di prevenzione che prevedeva l'individuazione di: 1) misure obbligatorie, la cui applicazione discende obbligatoriamente dalla legge o da altra fonte normativa; 2) misure ulteriori, ossia le misure che, pur non essendo obbligatorie per legge, sono rese tali dal loro inserimento nel PTPCT e si adattano specificatamente alle peculiarità che contraddistinguono i processi analizzati.

L'ANAC con la determinazione n. 12/2015 ha superato la suddetta classificazione, che rischiava di ingenerare dubbi circa il rilievo delle misure programmate, optando per la distinzione tra:

- **misure generali**, che incidono sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione intervenendo in maniera trasversale sull'intera amministrazione;
- **misure specifiche** che si incidono su problemi specifici individuati tramite il meccanismo di analisi del rischio corruzione.

La programmazione delle misure di prevenzione, tanto generali quanto specifiche, avviene nel rispetto dei principi declinati nella richiamata determinazione e dunque comporta la prospettazione di misure che devono essere:

- ✓ **adeguatamente progettate**, onde evitare la pianificazione di misure astratte, non realizzabili o estremamente gravose perché superflue;
- ✓ **efficaci** a neutralizzare il rischio;
- ✓ **sostenibili** dal punto di vista economico ed organizzativo;
- ✓ **adattate** alle specificità ed alle peculiarità dell'Ausl Romagna;
- ✓ **verificabili** in sede di monitoraggio infrannuale, così da accertare non solo il relativo stato di attuazione (se in corso o se è necessaria una nuova programmazione con specificazione della motivazione del ritardo) ma svolgere altresì una valutazione sull'efficacia delle misure.

Infine, va evidenziato come tra le correzioni di rotta prospettate dall'ANAC figura l'individuazione e programmazione di misure in termini di obiettivi da raggiungere da parte di ciascuno degli uffici coinvolti anche ai fini della responsabilità dirigenziale.

Pertanto, il presente PTPCT allo scopo di garantire il necessario coordinamento con il Piano della Performance definisce, in specifiche schede di programmazione (che verranno opportunamente declinate in schede di budget), le misure di prevenzione "generali" e "specifiche" utili a ridurre la probabilità che il rischio si verifichi con l'indicazione della tipologia, degli obiettivi, della tempistica, dei responsabili e degli indicatori di monitoraggio.

Area a rischio (A,B,C,D)	Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio



## SEZIONE I: LE MISURE GENERALI

### 1. Obblighi di trasparenza

Gli adempimenti di trasparenza tengono conto delle modifiche apportate dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 “Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell’art.7 della legge 7 agosto 2015, n.124 in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”, che ha introdotto numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, delle prescrizioni contenute nella sopracitata legge n. 190/2012, nel PNA 2016 e nelle altre fonti normative vigenti.

Il pieno rispetto degli obblighi di TRASPARENZA, costituisce livello essenziale delle prestazioni erogate e rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi.

Attraverso la pubblicazione on line dei dati, dei documenti e delle informazioni previste dalla normativa vigente, l’Azienda offre inoltre a tutti i cittadini, un’effettiva opportunità di partecipazione e coinvolgimento. In quest’ottica, la disciplina della trasparenza costituisce una forma di garanzia del cittadino, in qualità sia di destinatario delle attività compiute dalle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

Alcune misure operative di prevenzione riguardante gli obblighi di trasparenza sono:

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	Trasparenza	Accessibilità delle informazioni	RPCT	Entro 31/01 di ogni anno	Pubblicazione PTPCT (aggiornamento 2020-2022, ecc.)
Tutte	Tutti i processi aziendali coinvolti dagli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013.	- Sito unico amministrazione trasparente AUSL Romagna, visitabile all’indirizzo <a href="https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/">https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/</a> - Pubblicazione dei dati / atti e Informazioni previsti dalla tabella contenuta nella Sezione Trasparenza	Accessibilità delle informazioni	1)Responsabili Dipartimenti, Servizi e Uffici  2) RPCT/OAS aziendale	Pubblicazione e aggiornamento dei dati nei tempi indicati nel PTPCT	1)Pubblicazione dati previsti dal d.lgs. 33/2013 e indicati nel PTPCT 2) Monitoraggio infrannuale a cura del RPCT e dell’OAS aziendale sugli adempimenti del sito dell’amministrazione e trasparente

L’assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Direttori delle U.O. tenuti alla medesima, secondo quanto indicato nella tabella relativa alla trasparenza di seguito riportata in

allegato (Allegato A) e secondo le modalità e la tempistica in essa indicata è ritenuto obiettivo primario e strategico dell'Azienda in relazione a quanto previsto dall'art. 8 comma 1 della legge 190/2012 e s.m.i..

Per le specifiche riguardanti il Programma per la trasparenza 2020 – 2022 e le relative responsabilità, si rinvia alla parte 3 - Sezione trasparenza e all'Allegato A che costituisce parte integrante di questo PTPCT.

Infine, nel PTPCT 2019-2021 si è dato atto che la legge 190/2012, all'art. 1, comma. 9, lett. f), stabilisce che il PTPCT individui specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge, prevedendo, come indicato anche nel PNA 2016, la pubblicazione di "Dati ulteriori", quale obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10, comma 3, d.lgs. n. 33/2013).

Alla luce di quanto sopra per l'Area dei contratti pubblici, e in particolare per l'Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio, oltre agli obblighi di trasparenza previsti dall'art. 30 del D.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. (la pubblicazione delle informazioni identificative dell'immobile, ad es. tipo, dimensione, localizzazione, valore a qualsiasi titolo posseduti o detenuti, ad es. proprietà ed altri diritti reali, concessione ecc.), si è ritenuto opportuno mantenere anche per l'anno 2019 la pubblicazione di ulteriori dati, rendendo disponibili, nella sezione Amministrazione trasparente del sito internet aziendale, anche le seguenti tipologie di informazioni:

- a) modalità di messa a reddito di ciascun immobile, ovvero vendita o locazione con le relative procedure e/o altre modalità di utilizzo (es. interaziendale con condivisione di risorse);
- b) patrimonio non utilizzato per finalità istituzionali o di cui non è previsto un utilizzo futuro, nell'ambito di piani di sviluppo aziendali: tipo, dimensione, localizzazione, valore;
- c) esito delle procedure di dismissione/locazione;
- d) redditività delle procedure ovvero valore, prezzo di vendita e ricavato.

In coerenza a quanto previsto al riguardo, l'Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio anche nel 2019 ha dato riscontro a quanto previsto nel PTPC riguardo agli ulteriori dati indicati nelle lettere a), b), c), d), procedendo alla pubblicazione nel sito "Amministrazione Trasparente" – "Altri contenuti" – "Dati Ulteriori" di specifici obblighi di trasparenza, relativi ai beni immobili, ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

## **2. Codici di comportamento**

Con l'adozione del Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici di cui al D.P.R. n. 62/2013 si è ampliata la casistica delle fattispecie disciplinari per tutto il personale c.d. contrattualizzato visto che, a differenza dei codici precedenti (D.M. del 31.3.1994 e D.M. del 28.11.2000), l'attuale Codice di comportamento non contiene soltanto norme di principio, ma introduce vere e proprie disposizioni che si aggiungono a quelle previste nei codici disciplinari (art. 66 del C.C.N.L. 21/05/2018 per il personale del comparto e artt. 8 dei CC.CC.NN.LL. del 6.5.2010 per le due aree dirigenziali del S.S.N.).

Il sistema disciplinare si completa con l'approvazione (con le modalità previste dalla legge) di un Codice di Comportamento aziendale che nell'intento del legislatore, integra e specifica il Codice di Comportamento nazionale, adattandone le prescrizioni ivi contenute alle peculiarità di ciascuna amministrazione. Le regole definite nel Codice rispecchiano pienamente i valori enunciati nella *mission* aziendale e sono condivise da tutti gli operatori dell'Azienda.

In ossequio alle linee guida Civit (deliberazione n. 75/2013) l'AUSL della Romagna fin dal 2014, con deliberazione del Direttore Generale n. 701/2014, ha provveduto ad adottare il proprio Codice

di comportamento, richiamato tanto negli atti relativi alla instaurazione di un rapporto di lavoro/collaborazione tanto nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori.

Il Codice di Comportamento aziendale infatti viene consegnato ad ogni dipendente/collaboratore al momento dell'assunzione in servizio e al Dirigente all'atto dell'accettazione dell'incarico. Inoltre, allo scopo di assicurare la più ampia conoscibilità dello stesso, il Codice di Comportamento e gli eventuali aggiornamenti approvati sono pubblicati sul sito web aziendale, con menzione del relativo indirizzo nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori. I contenuti del Codice di comportamento sono stati inoltre diffusi tra i dipendenti anche tramite momenti formativi ad hoc. Le segnalazioni dei dipendenti sulle violazioni del suddetto codice devono avvenire secondo la specifica procedura indicata nel *“Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda Usl della Romagna e relative forme di tutela”*, adottato con deliberazione n. 150 del 05/04/2017, c.d. whistleblowing, che sarà di seguito approfondita.

Nel 2017, nell'ambito di un percorso condiviso con la Regione Emilia Romagna e le altre Aziende del Servizio Sanitario Regionale, l'Azienda, tramite il Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, ha partecipato all'elaborazione di uno “schema tipo” di Codice di comportamento uniforme ed omogeneo per la predisposizione dei singoli Codici di comportamento da aggiornare - secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001 - da parte delle Aziende Sanitarie della Regione. Ciò allo scopo di definire principi e norme di comportamento il più possibile omogenei all'interno del Servizio Sanitario Regionale, superando differenze di dettaglio non significative, ma tali da creare incoerenze nelle indicazioni fornite ad operatori chiamati ad operare in organizzazioni aziendali fortemente integrate tra loro. Tale “schema tipo”, approvato con DGR n. 96 del 29/01/2018, contestualizza nell'ambito del Sistema Sanitario Regionale quanto previsto dal D.P.R. 62/2013, dai Codici di comportamento adottati nel tempo delle singole Aziende sanitarie, delle linee guida adottate dalla CIVIT con delibera n. 75/2013 e dall'ANAC con deliberazione n. 358/2017 nonché delle disposizioni poste dalla L.R. n. 9/2017.

L'Azienda, pertanto, all'esito di una procedura aperta alla partecipazione, con deliberazione n. 209 del 30/05/2018, ha approvato il *“Codice di comportamento per il personale operante presso l'Azienda USL della Romagna”*, in conformità al citato schema tipo di cui alla DGR n. 96/2018. Tale Codice aziendale - articolato in cinque Titoli per complessivi n. 23 articoli oltre ad un allegato ove è elencata la normativa di riferimento - definisce i doveri costituzionali, i valori e i principi etici che i dipendenti ed il personale operante a qualunque titolo presso l'Azienda sono tenuti ad osservare, disciplinando anche specificatamente alcuni ambiti particolarmente delicati propri del settore sanitario quali, ad esempio, gestione delle liste di attesa e attività libero professionale, ricerca e sperimentazioni, sponsorizzazioni e attività formativa, rapporti con società farmaceutiche e/o ditte produttrici di dispositivi medici, attività conseguenti al decesso.

Ai sensi dell'art. 16 del D.P.R. 62/2013 e dell'art.54, comma 6, del d.lgs. 165/2001 nonché dell'art. 19 del Codice aziendale, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento:

- i dirigenti, ciascuno per l'ambito di competenza e in relazione alla natura ed ai connessi livelli di responsabilità;
- l'Ufficio Procedimenti Disciplinari che, come previsto dalle deliberazioni n. 905 e n. 906 del 10/12/2015, si compone di due organismi collegiali, ovvero l'Ufficio Procedimenti Disciplinari area comparto e l'Ufficio Procedimenti Disciplinari area dirigenza;
- il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- l'U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane e altri Servizi aziendali preposti in materia o fornitori;
- l'Organismo Indipendente di Valutazione per gli Enti e le Aziende del SSR (OIV-SSR) con il supporto dell'Organismo Aziendale di Supporto (OAS).

Anche nel 2019 è proseguita l'attività formativa volta a diffondere tra gli operatori i contenuti del Codice di comportamento aziendale come meglio specificato nel paragrafo n. 5 dedicato alla formazione .

Le misure operative di prevenzione che attengono all'osservanza dei Codici di comportamento generale ed aziendale sono:

Area a rischio	Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	1) Report infrannuale al RPCT su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nell'anno in corso per violazioni dei Codici di comportamento, con specificazione di quelli aventi rilevanza penale che sono riconducibili a fenomeni corruttivi e con la precisazione dell'area di rischio</u> interessata 2) <b>Segnalazione tempestiva</b> al RPCT <u>per ogni evento</u> corruttivo riconducibile ad un reato contro la Pubblica Amministrazione e/o in danno della Pubblica Amministrazione che evidenzia una lesione dei principi di imparzialità e buon andamento della PA, ponendosi in violazione delle norme generali e delle disposizioni particolari del Codice e del PTPCT	Monitoraggi o sul rispetto dei Codici di Comportamento	UPD area comparto e UPD area dirigenza	1) Entro 30/09 di ogni anno 2) Tempestiva	Assenza/Presenza di denunce, condanne e procedimenti disciplinari significativi

### 3. Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)

Nello svolgimento quotidiano delle attività lavorative è possibile accorgersi o venire a conoscenza di fatti e condotte scorrette. La segnalazione di fatti di corruzione nei quali il pubblico dipendente si trovi coinvolto o informato nell'esercizio delle proprie funzioni lavorative non solo favorisce una repressione efficace, ma costituisce una manifestazione del grado di coinvolgimento di ciascun dipendente o collaboratore a quella cultura dell'etica e della legalità che costituisce *in re ipsa* il primario deterrente al fenomeno della corruzione ed al proliferare di episodi di malfunzionamento.

Si precisa, tuttavia, che la ratio dell'istituto in argomento, come già chiarito dal Presidente dell'ANAC Raffaele Cantone, non consiste nel lamentare comportamenti subiti dal segnalante stesso, ma consiste nello stimolare comportamenti virtuosi, ossia il vero e proprio dovere da parte del pubblico dipendente di individuare comportamenti illeciti posti in essere da altri, di cui si venuto a conoscenza in ragione del proprio rapporto di lavoro.

Ferma restando la distinta disciplina (artt. 331 c.p.p. e 361-362 c.p.) che pone in capo ai pubblici ufficiali e agli incaricati di pubblico servizio, in presenza di specifici presupposti, un vero e proprio dovere di riferire senza ritardo anche (e non solo) fatti di corruzione, la disciplina discendente dal combinato disposto degli artt. 1, comma 51, della Legge n. 190/2012 e dell'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001 sulla segnalazioni degli illeciti introduce un obbligo di tutela a favore del dipendente che effettua tale segnalazione al RPCT, all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti, all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC).

L'ANAC il 15/01/2019 ha messo a disposizione delle Pubbliche amministrazioni che ne facciano richiesta la piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni di *whistleblowing*, in *open source*, così da consentire di dotarsi di tale strumento, risparmiando sull'investimento di risorse umane e finanziarie. Nel corso del 2019 la U.O. Gestione Sistemi Informativi (GSI), sulla base di specifica richiesta del RPCT, si è attivata con ANAC per l'utilizzo della citata piattaforma informatica per l'acquisizione delle segnalazioni con garanzia dell'anonimato sulla base della piattaforma informatica messa a disposizione dall'ANAC. Non appena l'U.O. GSI avrà terminato la corretta configurazione della piattaforma informatica in parola, il RPCT provvederà a renderne nota l'attivazione.

**Si indica di seguito la procedura di Whistleblowing seguita in attesa dell'attivazione del sistema informatico sopra citato, specificando i principi ispiratori, le modalità di presentazione/protocollazione e le modalità di verifica delle segnalazioni ricevute, secondo quanto previsto dal “Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell’Azienda Usl della Romagna e relative forme di tutela”, adottato con deliberazione n. 150 del 05/04/2017.**

#### **•Principi ispiratori**

Al fine di ottemperare a quanto disposto dalle norme su citate ed esplicitato altresì nella determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015, la procedura

la procedura di segnalazione degli illeciti da parte del dipendente o del collaboratore prevista dall'Ausl Romagna tiene conto dei seguenti principi:

- a)** tutela dell'anonimato;
- b)** divieto di discriminazione nei confronti del soggetto segnalante;
- c)** sottrazione al diritto di accesso della denuncia, fatte salve le eccezioni espressamente previste.

#### **•Presentazione e protocollazione delle segnalazioni**

Le segnalazioni devono essere presentate e protocollate nel seguente modo:

- a)** devono essere prodotte utilizzando il modulo di cui all'allegato n. 1 del Protocollo operativo adottato dall'Ausl Romagna, pubblicato sul sito web aziendale nella sezione “Amministrazione Trasparente” sottosezione “Altri contenuti /Dati ulteriori/Segnalazioni di illeciti da parte dei dipendenti” ove il dipendente deve esplicitamente dichiarare la sua volontà o meno a rivelare la propria identità all'Autorità Disciplinare o all'inculpato. Le segnalazioni devono essere consegnate in busta chiusa direttamente al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza o alla Struttura di supporto del RPCT presso l'U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali, sedi di Forlì o Cesena ovvero inviate tramite Posta Elettronica Certificata all'indirizzo anticorruzione@pec.auslromagna.it dedicato alla ricezione di tali segnalazioni che per garantire la necessaria tutela della privacy è seguito direttamente dall'Ufficio di supporto del RPCT o, in alternativa, inviate, mediante il servizio postale, in busta chiusa indirizzata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, apponendo la dicitura “Riservata personale”;

- c) devono essere trasmesse dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza che riceve la segnalazione direttamente e personalmente al Dirigente Responsabile dell'attività di protocollazione e conservazione documentale;
- d) devono essere protocollate assicurando il rispetto della disciplina in materia di riservatezza e devono essere assegnate esclusivamente al RPCT.

### **Modalità di verifica delle segnalazioni**

La denuncia (che allo scopo subirà un processo di anonimizzazione e sarà oscurata in corrispondenza dei dati identificativi del segnalante per le ragioni in precedenza espresse) potrà essere trasmessa a cura del RPCT aziendale ad altri soggetti interessati per consentire loro le valutazioni del caso e/o le eventuali iniziative in merito da intraprendere, ad es. al Dirigente Responsabile/Direttore del servizio/struttura di assegnazione ovvero ai Presidenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari rispettivamente per l'area (comparto o dirigenza) di competenza.

Nel caso la segnalazione risulti priva di ogni fondamento saranno valutate azioni di responsabilità disciplinare o penale nei confronti del segnalante, salvo che questi non produca ulteriori elementi a supporto della denuncia.

Qualora, all'esito delle opportune verifiche, la segnalazione risulti fondata, il RPCT, in relazione alla natura della violazione, provvederà a:

- a) informare la Direzione Aziendale per le azioni che, nel caso concreto, si rendessero necessarie a tutela dell'Azienda;
- b) comunicare l'esito dell'accertamento al Responsabile della struttura di appartenenza dell'autore della violazione accertata, affinché provveda all'adozione dei provvedimenti di competenza;
- c) comunicare all'Ufficio Procedimenti Disciplinari l'esito dell'accertamento per eventuali profili di responsabilità disciplinare;
- d) presentare denuncia all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti, all'ANAC, nelle fattispecie più gravi e se sussistono i presupposti di legge;
- e) adottare o proporre di adottare, se la competenza è di altri soggetti o organi, tutti i necessari provvedimenti amministrativi per il pieno ripristino della legalità.

### **La responsabilità del segnalante**

La presente procedura lascia impregiudicata la responsabilità penale, disciplinare e civile del "segnalante" qualora sia accertata, anche con sentenza di primo grado, la responsabilità penale del segnalante per i reati di calunnia o diffamazione o comunque per reati connessi alla denuncia, ovvero la sua responsabilità civile, per aver riferito informazioni false riportate intenzionalmente con dolo o per colpa.

Sono altresì fonte di responsabilità, in sede disciplinare e nelle altre competenti sedi, eventuali forme di abuso, quali per esempio le segnalazioni manifestamente opportunistiche e/o effettuate al solo scopo di danneggiare/osteggiare il denunciato o altri soggetti, e ogni altra ipotesi di utilizzo improprio o di intenzionale strumentalizzazione dell'istituto in esame.

In tal caso – venendo meno il diritto all'anonimato del segnalante - si provvederà ad informare il "denunciato" per eventuali conseguenti procedure da intraprendere.

### **La segnalazione anonima**

Qualora vengano presentate segnalazioni anonime, ossia prive di elementi che consentano l'inequivocabile identificazione del soggetto segnalante verranno trattate come segnalazioni da "mittente anonimo" e, secondo ragioni di opportunità, in base ad esse verranno svolti ulteriori controlli soltanto se relative a fatti di particolare gravità, adeguatamente dettagliati e circostanziati (indicazione di nominativi o di qualifiche particolari, menzione di uffici specifici, procedimenti o avvenimenti particolari).

A seguito della riforma dell'Istituto, attuata con la L. n. 179/2017, l'ANAC è intervenuta fornendo indicazioni sull'applicazione della normativa con le "Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reato o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del D.Lgs. n. 165/2001 (c.d. Whistleblowing), attualmente in via di definizione. Non appena perfezionate l'Azienda provvederà ad adeguare il predetto **Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell'Azienda Usl della Romagna e relative forme di tutela**", adottato dall'Azienda (delib. n. 150 del 05/04/2017).

Le misure operative di prevenzione mediante cui rendere attuale ed efficace il sistema del *Whistleblowing* sono:

Area a rischio	Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/Monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	Revisione del Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite adottato dall'Azienda (delib. n. 150 del 05/04/2017) successivamente alla implementazione della piattaforma informatica nonché delle linee guida ANAC in corso di adozione	Agevolare la presentazione di segnalazioni	RPCT	Entro 31/12/2020	Protocollo operativo revisionato

Poiché per effettuare una qualsiasi segnalazione, nonché verificarne la relativa portata, occorre prima di tutto la comprensione delle norme violate nonché degli obblighi di comportamento che discendono dal sistema composto dal Codice di comportamento generale e aziendale, è proseguita l'attività formativa dell'UPD al fine di rendere edotti i dipendenti sui profili disciplinari e penali della normativa in materia di prevenzione della corruzione. Tali momenti formativi sono stati quindi, utili a verificare nonché a promuovere il coinvolgimento di ciascun dipendente rispetto alla cultura aziendale dell'etica e della legalità, che da sola costituisce il deterrente primario al proliferare di episodi di malfunzionamento rientranti nell'ampia accezione di "corruzione" della legge 190/2012.

Al fine di favorire l'emersione di casi corruttivi è stata elaborata apposita documentazione informativa (volantino e locandina) sulla figura del Whistleblower e sulla importanza di segnalare tali fattispecie di illecito al Responsabile per la Prevenzione della corruzione, sottolineando che è stato predisposto un canale di comunicazione dedicato tramite l'indirizzo PEC anticorruzione@pec.auslromagna.it. Tale materiale informativo è stato pubblicato sulla intranet aziendale per favorire la conoscenza da parte degli operatori dell'Azienda Usl della Romagna.

La notizia dell'adozione e della pubblicazione - nella sezione Amministrazione Trasparente del sito

internet - del sopra citato Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite è stata divulgata tramite specifica comunicazione rivolta a tutti i Direttori di Unità Operativa.

#### **4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione**

Già con il d.lgs. 150/2009 la rotazione del personale è considerata quale fondamentale strumento di trasparenza e contrasto alla corruzione in quanto misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione. L'alternanza riduce il rischio che un dipendente pubblico, occupandosi per lungo tempo dello stesso tipo di attività, servizi, procedimenti ed instaurando relazioni sempre con gli stessi utenti, possa essere sottoposto a pressioni esterne o possa instaurare rapporti potenzialmente in grado di attivare dinamiche inadeguate.

La legge 190/2012, all'articolo 1, co. 4, lett. e), assegna ad ANAC (per effetto di quanto stabilito dall'art. 19, co. 15, del d.l. 90/2014) il compito di definire criteri generali per assicurare la rotazione dei dirigenti nei settori particolarmente esposti al rischio di corruzione; mentre tra i compiti del RPCT riconosciuti dall'art. 1, co. 10, lett. b) ricade la verifica, insieme al dirigente competente, dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività ad alto rischio di corruzione.

L'ANAC, intervenuta sul tema con il PNA del 2016 e con i successivi aggiornamenti, nel precisare che la rotazione rappresenta anche un criterio organizzativo che può contribuire alla formazione del personale, accrescendo le conoscenze e la preparazione professionale del lavoratore, indica che la rotazione dei dipendenti deve avvenire, previa individuazione di criteri – sui quali va data preventiva ed adeguata informativa sindacale - nel rispetto dei principi di gradualità e di programmazione pluriennale. Pertanto, la rotazione deve essere programmata a partire dalle aree a rischio più elevato e deve essere accompagnata da una necessaria formazione, al fine di evitare rilevanti impatti organizzativi e far acquisire ai dipendenti competenze professionali e trasversali, anche prevedendo periodi di affiancamento. Nel caso in cui per adeguate e motivate ragioni non sia possibile applicare la rotazione, è necessario che il personale non abbia il controllo esclusivo dei processi (ad esempio occorre potenziare la trasparenza, l'affiancamento di altri funzionari, la separazione della responsabilità dell'attività di istruttoria dalla responsabilità dell'adozione del provvedimento finale).

L'Azienda Usl della Romagna, compatibilmente con l'organico a sua disposizione e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture che la compongono, alla luce delle indicazioni fornite dall'ANAC, intende applicare la rotazione del personale secondo i criteri di seguito esposti affinché possa attuarsi in concreto tale misura di prevenzione generale.

Occorre comunque rilevare che la misura della rotazione del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, in quanto va correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di talune attività specifiche, con particolare riguardo a quelle con elevato contenuto tecnico. Inoltre, va ulteriormente considerato che la rotazione dei dirigenti (soprattutto in ambito sanitario) è di fatto difficile, se non impossibile, per le figure infungibili e per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi. Infatti, come evidenziato anche dall'ANAC nel PNA 2016, *“il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità”*.



## **Criteri**

Poiché la legge 190/2012 prevede la misura della rotazione al fine di utilizzarla per le aree a più alto rischio di corruzione, è bene precisare che all'interno della realtà organizzativa dell'AUSL della Romagna tale misura troverà applicazione per le aree con un valore di rischio medio alto, ovvero pari o superiore a 4, ossia:

- contratti pubblici
- incarichi e nomine
- controlli verifiche, ispezioni e sanzioni
- rapporti contrattuali con i privati accreditati
- attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

nel rispetto dei seguenti criteri:

- rotazione territoriale: che prevede assegnazione del dipendente ad un diverso ambito territoriale;
- rotazione funzionale: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze nella medesima struttura;
- rotazione funzionale e strutturale: che prevede l'assegnazione del dipendente ad altre competenze e in altra struttura;
- misure alternative in caso di motivata impossibilità di rotazione: adozione di modalità operative che favoriscono una maggiore compartecipazione del personale alle attività del proprio ufficio, preferenza di meccanismi di condivisione delle fasi procedurali per le istruttorie più delicate nelle aree più a rischio, affidamento delle varie fasi di un procedimento a più operatori con separazione della responsabilità dell'attività di istruttoria dalla responsabilità dell'adozione del provvedimento finale (c.d. segregazione delle funzioni).

L'Ausl della Romagna attua il meccanismo della rotazione con riferimento a:

- **Conferimento incarichi dirigenziali per le aree a più elevato rischio**, nelle quali alla naturale scadenza dell'incarico verrà valutata la possibilità di rotazione del dirigente ad altra struttura, nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali e fermi restando i casi di revoca per le ipotesi di applicazione di misure disciplinari, cautelari o in caso di riorganizzazione aziendale.

Al riguardo è bene precisare come in ragione della riorganizzazione, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, a fine 2015 e inizio del 2016 sono stati assegnati incarichi ex novo ai Direttori delle Unità Operative Complesse, Semplici ed Alta Professionalità di Area Amministrativa e Tecnica nonché dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari. A ottobre 2018, alla scadenza degli incarichi, a seguito di nuova procedura sono stati riassegnati gli incarichi ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari. Con deliberazione n. 132 del 11/04/2018, superando le differenziazioni esistenti nelle ex quattro aziende, è stato approvato il Regolamento relativo agli incarichi dirigenziali dell'Area Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni sanitarie. Con deliberazioni n. 387 del 11/10/2018, n. 350 del 30.10.2019 sono state definite le nuove strutture semplici e le alte specializzazioni della citata dirigenza. Pertanto nel 2019 sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali di struttura semplice e alta specializzazione alla dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, come definiti nelle delibere predette, nel rispetto delle procedure previste dal sopracitato Regolamento, mettendo in atto una revisione degli incarichi delle aree dirigenziali di cui trattasi. Si evidenzia, inoltre, che nell'anno 2018 è stato riassegnato ad altro dirigente, con le modalità di selezione previste dallo specifico regolamento aziendale, l'incarico dirigenziale di struttura complessa della U.O. Libera professione. Nell'anno 2019, nelle more della riassegnazione di incarichi dirigenziali di struttura complessa, a seguito di posti resisi vacanti di alcune Unità Operative

tecniche/amministrative, sono stati conferiti incarichi di direzione ad interim e/o facente funzione (U.O. Acquisti aziendali, U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti, U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali).

Inoltre, secondo il “*Regolamento per l’affidamento degli incarichi dirigenziali relativi all’area strategica aziendale e di supporto nonché per gli incarichi di direzione di Dipartimento, di Area Dipartimentale e di Programma*” adottato con Determinazione del Direttore Amministrativo n. 2093/2015 e nel rispetto comunque del limite di età previsto dalla normativa vigente nel tempo per il collocamento a riposo, la durata di ciascun incarico dirigenziale non eccede il limite legale ed è così fissata:

- a) 3 anni per gli incarichi di direttore di Dipartimento/Aree Dipartimentale;
- b) 3 anni per gli incarichi di direttore di Programma;
- c) da 5 a 7 anni per gli incarichi di Struttura Complessa Sanitaria;
- d) da 3 a 5 anni per gli incarichi di struttura complessa e di struttura semplice Amministrativa/Tecnica/Professionale nonché per gli Incarichi Professionali delle medesime aree.

Successivamente, con Determinazione del Direttore Amministrativo n. 3645/2019 è stato integrato il Regolamento sopra citato prevedendo nuove modalità per affidamento degli incarichi di direzione delle strutture complesse - riferite all’area tecnica, amministrativa e di staff - mediante una procedura selettiva pubblica che, con “l’apertura dell’Azienda all’esterno”, garantisce, insieme ad adeguati criteri selettivi, una maggiore trasparenza, una maggiore efficacia all’azione amministrativa unitamente alla professionalità dei soggetti prescelti.

La procedura aziendale di verifica e valutazione è stata integrata con la previsione che, nel corso della valutazione di fine incarico, il valutatore di prima istanza esprima un parere in merito ad una possibile rotazione d’incarico del dirigente valutato.

- **Programmazione pluriennale, nel rispetto del principio di gradualità:** come sopra precisato, in ragione della riorganizzazione, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, a fine 2015 e inizio del 2016 sono stati assegnati incarichi ex novo ai Direttori delle Unità Operative Complesse, Semplici ed Alta Professionalità di Area Amministrativa e Tecnica nonché dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari. A ottobre 2018, alla scadenza degli incarichi, a seguito di nuova procedura sono stati riassegnati gli incarichi ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari. Con deliberazione n. 132 del 11/04/2018, superando le differenziazioni esistenti nelle ex quattro aziende, è stato approvato il Regolamento relativo agli incarichi dirigenziali dell’Area Medica, Veterinaria, Sanitaria e delle Professioni sanitarie. Con deliberazioni n. 387 del 11/10/2018, n. 350 del 30.10.2019 sono state definite le nuove strutture semplici e le alte specializzazioni della citata dirigenza. Pertanto nel 2019 sono stati assegnati i nuovi incarichi dirigenziali di struttura semplice e alta specializzazione alla dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, come definiti nelle delibere predette, nel rispetto delle procedure previste dal sopracitato Regolamento, mettendo in atto una revisione degli incarichi delle aree dirigenziali di cui trattasi. Si evidenzia, inoltre, che nell’anno 2018 è stato riassegnato ad altro dirigente, con le modalità di selezione previste dallo specifico regolamento aziendale, l’incarico dirigenziale di struttura complessa della U.O. Libera Professione. Nell’anno 2019, nelle more della riassegnazione di incarichi dirigenziali di struttura complessa, a seguito di posti resisi vacanti di alcune Unità Operative tecniche/amministrative, sono stati conferiti incarichi di direzione ad interim e/o facente funzione (U.O. Acquisti aziendali, U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti, U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali).

Considerato che il processo di riorganizzazione dell'Azienda Usl della Romagna, unificatasi nel 2014, è ancora in corso e che i nuovi incarichi dirigenziali area PTA sono stati attribuiti a partire da ottobre 2015 e, pertanto, non ancora scaduti ad oggi, saranno previsti adeguati percorsi formativi, anche tramite periodi di affiancamento, al fine di valutare nell'anno 2021 l'adozione di un atto di programmazione pluriennale che sarà previamente adottato dall'Azienda nel rispetto del principio di gradualità indicato da Anac e prevedendo misure alternative ove non sia possibile attivare tale rotazione.

Per tale finalità, si è integrata la procedura aziendale di verifica e valutazione prevedendo che nel corso della valutazione di fine incarico, il valutatore di prima istanza esprima un parere in merito ad una possibile rotazione d'incarico del dirigente valutato.

**- Previsione di modalità organizzative a livello di singolo servizio** per prevenire possibili fenomeni corruttivi ed evitare il consolidarsi di posizioni di potere rispetto a processi connotati da un rischio medio-alto o in cui il principio di prudenza o l'emergere dei c.d. "eventi-sentinella" del rischio corruzione rendano opportuno adottare le seguenti misure esemplificativamente specificate in relazione a ciascuna area considerata.

1) Per l'area della **selezione/progressione del personale dipendente:**

- rotazione degli addetti alle segreterie di concorso, nelle procedure di selezione pubblica o interna anche finalizzate alla progressione del personale dipendente, è assicurata la rotazione delle figure addette alla segreteria o al supporto di carattere amministrativo, anche con il coinvolgimento di figure esterne all'Unità Operativa Gestione giuridica risorse umane e in possesso di adeguata competenza.

2) Per l'area della **gestione economica dei convenzionati esterni:**

- turnazione tra gli addetti alla predisposizione mensile delle spettanze economiche per i professionisti convenzionati, anche solo attraverso un diverso abbinamento tra operatore della U.O. Gestione giuridico-economica convenzionati esterni ed il soggetto beneficiario.

3) Per l'area dei **contratti pubblici di lavori, servizi e fornitura:**

- rotazione tempestiva del Responsabile Unico del Procedimento, a cura del Dirigente Responsabile del Servizio, qualora venga rilevata una situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi;

- rotazione, oltre che alla conclusione dei singoli contratti, anche attraverso l'affidamento al soggetto di incarichi di RUP in settori merceologici diversi rispetto a quelli seguiti nei precedenti incarichi, fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e le competenze richieste (es. per la manutenzione di beni immobili e/o adeguamento dell'impiantistica degli uffici, ecc.).

Al riguardo:

- con il "Regolamento concernente i criteri per la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici", adottato con deliberazione n. 303 del 11/07/2017, il rispetto del principio di rotazione è stato previsto nell'individuazione dei membri del Gruppo Tecnico, salvo palese impossibilità, nonché nell'individuazione dei componenti della Commissione, tenendo conto del numero dei dipendenti dell'Azienda dotati delle specifiche competenze necessarie;
- nel 2017, sono state adottate linee guida ove sono individuati i criteri preventivi di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla normativa con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione, in particolare:

- a) l'U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti, ha adottato Linee guida per la rotazione del personale ove sono definiti i criteri per la programmazione della rotazione nell'ambito della unità operativa;
- b) l'U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio, ha adottato Linee guida per la rotazione del Responsabile Unico del Procedimento (RUP).

4) Per l'area della **vigilanza, controlli, ispezioni, autorizzazioni e sanzioni**:

- affidamento, ove possibile e a cura del Dirigente di struttura, dei sopralluoghi di vigilanza da effettuare a coppie, con rotazione degli abbinamenti delle coppie;
- supervisione/valutazione degli esiti della vigilanza da parte del responsabile gerarchico e separazione (ove possibile) delle funzioni ispettive da quelle autorizzative/sanzionatorie;
- rotazione degli operatori del Nucleo Aziendale di Controllo.

Con riferimento a quest'ultima area occorre puntualizzare che per lo specifico ambito veterinario (es. sicurezza alimentare e sanità pubblica veterinaria) la rotazione del personale deve tener conto del fatto che l'attività di vigilanza e controllo viene svolta di norma da Dirigenti Veterinari che operano singolarmente e non in coppia. Dunque, allo scopo di migliorare la trasparenza e prevenire possibili conflitti di interesse nell'esecuzione dei controlli, il Dipartimento di Sanità Pubblica per uniformare il sistema di avvicendamento periodico all'interno degli ambiti territoriali ha definito nel 2016 una procedura aziendale comune. Nelle more della definizione della procedura di cui sopra, già dall'1 gennaio 2016 il Direttore di tale Dipartimento ha disposto che i medici veterinari operanti in un determinato territorio e che svolgono attività di controllo ufficiale nello stesso stabilimento da più di tre anni vengano riassegnati indipendentemente dal ruolo ricoperto. Per quanto riguarda le Unità Operative di Igiene Pubblica e di Prevenzione Salute negli ambienti di vita e di lavoro, la vigilanza è stata realizzata da coppie di ispettori e condotta con rotazione degli abbinamenti delle coppie.

Il percorso di validazione aziendale della sopra citata procedura di avvicendamento si è concluso con Determinazione n. 2844 del 17/10/2017 del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, con cui sono state adottate le "Linee guida per la rotazione del personale (dirigenziale e non) del Dipartimento di Sanità Pubblica addetto al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza", elaborate in distinti documenti relativi ai:

- a) Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
- b) Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare
- c) Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro.

5) Per l'area delle **attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero**:

- modalità organizzative che prevedono la rotazione del personale nei diversi ambiti territoriali, per periodi predeterminati, sulla base di criteri definiti nella procedura aziendale (PA200) "Gestione dei decessi in ambito ospedaliero".

Si evidenzia che il RPCT si riserva di effettuare verifiche anche a campione sull'attuazione della rotazione del personale. In particolare, nel 2018 è stata sottoposta a verifica l'attuazione della rotazione negli ambiti territoriali dei Dirigenti Medici Veterinari del Dipartimento di Sanità Pubblica.

Le misure operative di prevenzione relative alla rotazione del personale per le aree a rischio medio-alto sono:

Area a rischio	Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/Monitoraggio
Tutte	I processi aziendali con livello di rischio medio-alto	Rendicontazione sullo stato di attuazione delle modalità organizzative definite a livello di singolo servizio per attuare tale misura con indicazione del numero di dirigenti/funzionari interessati dalla rotazione	Applicazione e criteri di rotazione previsti dal PTPCT	Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative interessate (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, U.O. Acquisti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)	Entro 30/11 di ogni anno	Relazione infrannuale dei Referenti Aziendali al RPCT interessati sullo stato di attuazione per i processi a rischio medio-alto con indicazione del numero di dirigenti/funzionari/dipendenti in genere interessati dalla rotazione

Oltre alla rotazione ordinaria la normativa prevede anche l'istituto della c.d. *rotazione straordinaria* di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater) del d.lgs. n. 165/2001, come modificato dalla L.n. 135/2012, che dispone che i dirigenti “*provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*”. Tale norma ha introdotto una misura di natura non sanzionatoria di carattere eventuale e cautelare, tesa a garantire che nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione. Sull'applicazione dell'istituto è intervenuta l'ANAC che, con la delibera n. 215/2019 recante “*Linee guida in materia di applicazione della misura della rotazione straordinaria di cui all'art. 16, comma 1, lett. 1-quater del d.lgs. n. 165 del 2001*”, ha precisato e rivisto alcuni precedenti orientamenti in materia, in particolare relativamente:

- all'identificazione dei reati presupposto da tenere in conto ai fini dell'adozione della misura
- al momento del procedimento penale in cui l'Amministrazione deve adottare il provvedimento di valutazione della condotta del dipendente, adeguatamente motivato, ai fini dell'eventuale applicazione della misura.

In Azienda è stato disposto che l'Ufficio Legale provveda a trasmettere formalmente al RPCT ogni comunicazione pervenuta da parte dell'Autorità competente in merito all'avvio di procedimenti penali/rinvio a giudizio di dipendenti per condotte di natura corruttiva; analogamente l'UPD provvede a comunicare formalmente al RPCT l'avvio di procedimenti disciplinari per condotte di natura corruttiva. In seguito il RPCT procede, a coinvolgere il Responsabile dell'U.O./Struttura cui afferisce il dipendente interessato affinché lo stesso valuti i presupposti per l'eventuale applicazione della c.d. “rotazione straordinaria”, se del caso, anche tramite apposito incontro con il predetto Responsabile volto ad esaminare congiuntamente il caso specifico. Qualora il soggetto coinvolto sia un Responsabile di U.O./Struttura, a valutare le iniziative da assumere saranno, a seconda del ruolo

ricoperto, il Direttore di Dipartimento ovvero il Direttore Generale/il Direttore Sanitario/il Direttore Amministrativo.

## 5. Formazione

Il “*Libro Bianco sulla corruption in sanità*”, edizione 2014, redatto dall’Istituto per la promozione dell’etica della legalità (ISPE) suggerisce che la causa principale della corruzione nella sanità dipenda da un deficit di etica, che potrebbe essere colmato usando appropriate strategie formative del profilo etico-manageriale basate sul c.d. *coaching*.

La conoscenza dei disposti normativi, delle misure organizzative e dei sistemi di controllo interno di cui l’Azienda si è dotata rappresenta, infatti, un utile strumento per sviluppare una efficace cultura della legalità; cultura che costituisce il deterrente principale alla c.d. *maladministration*. Per tale motivo, facendo tesoro dell’esperienza del 2015 della formazione di base diffusa attraverso il canale delle FAD (Formazione a distanza) e della giornata formativa in aula destinata ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari ed ai Responsabili delle Direzioni Infermieristiche e Tecniche, con il presente Piano si prospetta, nell’ambito della programmazione già avviata gli scorsi anni, lo svolgimento, attraverso risorse interne e (ove necessario) docenti esterni qualificati, di percorsi formativi rivolti a specifici gruppi di operatori strutturati su quattro livelli:

- 1) **formazione “gerarchica”** diretta ai Direttori/Responsabili delle UU.OO./Servizi che secondo la griglia della Parte Terza sono tenuti alla pubblicazione sul sito dell’amministrazione trasparente, allo scopo di guidare i Referenti Aziendali nell’interpretazione della normativa in materia nonché delle modifiche intervenute;
- 2) **formazione “periodica” di livello specifico per figure professionali**, che attraverso docenti esterni fornirà al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio una formazione in tema di fattispecie di reato, di strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPCT, Codice di Comportamento aziendale e tematiche settoriali), di metodologie di mappatura dei processi; temi che saranno affrontati in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell’amministrazione;
- 3) **formazione “periodica” di livello specifico per settori di attività** che, allo scopo di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato e corrispondente al codice di comportamento generale ed aziendale nelle diverse situazioni analizzate, tramite appositi *focus group*, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati dal RPCT in collaborazione con il Presidente dell’UPD-dirigenza, consentano la disamina e il confronto con problematiche concrete di prevenzione della corruzione calate nel contesto dell’attività di settore;
- 4) **formazione “a richiesta/intervento”** da attivare su istanza del RPCT e/o dei Referenti aziendali ove sia ravvisato il ricorrere di episodi gravi (anche solo potenziali) di corruzione.

A questa formazione programmata si aggiunge quella svolta nell’ambito degli incontri frontali promossi con le UU.OO. rispettivamente interessate per la valutazione del rischio e l’individuazione delle misure atte a prevenirlo, nonché il percorso di formazione a distanza fruibile dal 2015 ed accessibile on line sulla piattaforma <https://elearning.auslromagna.it> al fine di ridimensionare le problematiche legate ad estensione territoriale e consistenza numerica (oltre 15.000) dei dipendenti dell’Ausl Romagna. Al riguardo, nel 2019 si è provveduto a revisionare i corsi di formazione a distanza (FAD) rivolti al personale sanitario ed al personale tecnico-amministrativo, già aggiornati nel 2017 a seguito delle modifiche normative intervenute in materia, rinnovando l’invito ai dipendenti - tramite avvisi pubblicati nella intranet aziendale - a frequentare tali corsi. Posto che i livelli di partecipazione degli operatori ai corsi FAD, seppure in crescita rispetto agli anni

precedenti, sono ancora migliorabili, proseguirà l'opera di sensibilizzazione del RPCT per ottenere una sempre più diffusa partecipazione, monitorando i risultati conseguiti.

Inoltre, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza partecipa ad importanti momenti di confronto con RPCT di altre aziende sanitarie attraverso incontri e tavoli di confronto promossi dalla Regione Emilia Romagna tra RPCT dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), dell'Azienda Usl della Romagna ed ArpaE nonché al Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza coordinato dalla Regione stessa.

In particolare:

- i momenti formativi svolti nel 2016 sono stati destinati agli operatori appartenenti alle aree a più elevato rischio, ossia Dipartimento Sanità Pubblica, U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Acquisti aziendali, U.O. Progettazione e Sviluppo edilizio, U.O. Manutenzione e gestione immobili e impianti, U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane e U.O. Gestione Economica Risorse Umane. Inoltre il RPCT ed il personale appartenente alla struttura organizzativa di supporto hanno partecipato a Corsi di formazione, tenuti da docenti esterni qualificati, al fine di approfondire la materia anche alla luce delle intervenute modifiche normative;

- i momenti formativi svolti nel 2017, sono stati principalmente destinati, al personale Dirigente Medico e Sanitario, pur registrandosi anche la partecipazione di personale amministrativo. Considerato che attualmente in sanità si assiste ad una ideale convergenza tra rischio clinico, rischio professionale e rischio da corruzione, è stato organizzato il corso *“Conflitto di interessi, prevenzione della corruzione e responsabilità professionale nelle aziende sanitarie”*, articolato in tre edizioni e tenuto da un docente esterno esperto nella materia, al fine di:

- analizzare la normativa e gli strumenti per la prevenzione del rischio corruttivo nel settore sanitario (con particolare riguardo alle sperimentazioni cliniche, alla libera professione ed alle liste di attesa);
- approfondire la tematica del conflitto di interessi, come posto dalla normativa anticorruzione, a garanzia dell'imparzialità dell'operato del pubblico dipendente;
- illustrare, con brevi cenni alle recenti modifiche intervenute (c.d. riforma "Gelli"), il tema della responsabilità professionale sanitaria.

- nel 2018, in considerazione dell'avvio dell'acquisizione mediante modalità informatiche, tramite il sistema WHR – time (portale del dipendente), delle dichiarazioni/comunicazioni da rendere da parte dei dipendenti per l'adempimento degli obblighi previsti dalla normativa, si è reso necessario l'approfondimento, in particolare, delle problematiche connesse al tema del conflitto di interessi, anche alla luce del Codice di comportamento aziendale adottato nel 2018. Ciò è avvenuto sia nell'ambito delle riunioni periodiche del Collegio di Direzione cui prendono parte i Direttori di Dipartimento sia tramite formazione, rivolta principalmente a personale medico ed infermieristico, svolta congiuntamente alla formazione in materia disciplinare ed in tema di incarichi extra istituzionali.

- nel 2019 è proseguita l'attività di formazione - rivolta principalmente a personale medico ed infermieristico - destinata ad approfondire le problematiche connesse al tema del conflitto di interessi, svolta congiuntamente alla formazione in materia disciplinare ed in tema di incarichi extra istituzionali, con esame anche di casi concreti, allo scopo di dare conoscenza al personale dell'obbligo di astensione, delle conseguenze derivanti dalla sua violazione e dei comportamenti da seguire in caso di conflitto di interessi. Tale modalità, ritenuta efficace per le connessioni esistenti tra le materie verrà riproposta nel 2020.

Si evidenziano, inoltre, i corsi di formazione per neoassunti svoltisi nel biennio 2018 - 2019 . Al riguardo, nel novembre 2018, con la collaborazione organizzativa della UO Sviluppo Organizzativo Formazione e Valutazione, è stato attivato il Corso per i dipendenti assunti dall'1/1/2014 dal titolo *"Dove siamo: il contesto organizzativo e le sue regole- Viaggio nell'organizzazione sanitaria "*, con l'obiettivo di fornire loro le competenze di base necessarie per acquisire consapevolezza del contesto in cui si lavora e del ruolo che si è chiamati ad assolvere. Tra i contenuti del corso,

riguardanti l'organizzazione sanitaria, il rapporto di pubblico impiego, le responsabilità e i doveri del dipendente, un particolare approfondimento è stato dedicato al codice di comportamento generale ed aziendale. Nel biennio 2018 – 2019 sono state svolte n. 8 edizioni con un numero di discenti formati pari a 121 dipendenti.

L'analisi del codice di comportamento è, peraltro, un argomento che interessa anche altri corsi, tutt'ora attivi, tra cui il Corso per operatori di Front Office, attivato nel 2019 ed articolato in n. 4 edizioni, con un numero di discenti formati pari a n. 98 operatori. Tale corso verrà riproposto nel 2020 con l'espletamento di ulteriori 7 edizioni.

Inoltre il personale appartenente alla struttura organizzativa di supporto del RPCT, nel 2019, ha partecipato ad eventi formativi, tenuti da docenti esterni qualificati, volti ad approfondire la normativa in tema di anti riciclaggio, organizzati a livello regionale.

I percorsi formativi proposti, poiché dovranno essere mirati, devono essere contraddistinti dalla c.d. modularità, il cui obiettivo principale è quello di assicurare una formazione puntuale e continua che possa essere declinata in base ai diversi livelli di responsabilità nonché ai diversi livelli di “rischio” e verificata attraverso la somministrazione di questionari.

In fase di analisi del fabbisogno formativo e di valutazione dell'impatto della formazione sull'organizzazione aziendale dovrà essere, quindi, garantito secondo le suddette indicazioni il collegamento tra Piano per la prevenzione della corruzione e Piano Aziendale di Formazione (PAF). Inoltre, i fabbisogni formativi potranno variare in base alle valutazioni operate dal RPCT in raccordo con la Unità Operativa deputata a redigere, con cadenza annuale, il PAF.

Le misure di prevenzione che attengono alla formazione sono:

<b>Area a rischio</b>	<b>Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione</b>	<b>Misure di prevenzione</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori/ Monitoraggio</b>
Tutte	Tutti i processi aziendali	Elaborazione del PAF coerentemente al PTPCT	Sviluppare cultura etica e legalità attraverso formazione mirata e modulata	U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione e RPCT	Scadenza approvazione PAF	Coordinamento strumento programmazione e verifica eventi formativi svolti



## 6. Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitto di interessi

Il dipendente si astiene dal prendere decisioni o svolgere attività inerenti alle sue mansioni in situazioni di conflitto, anche potenziale, con interessi: personali, del coniuge, di conviventi, di parenti e affini. Il conflitto può riguardare interessi di qualsiasi natura, anche non patrimoniali, come quelli derivanti dall'intento di voler assecondare pressioni politiche, sindacali, di organizzazioni di categoria o dei superiori gerarchici.

Situazioni di conflitto di interessi si possono creare quando fra il dipendente ed i soggetti destinatari (diretti e indiretti) delle attività inerenti la funzione esercitata in azienda sussistano legami idonei a creare un'interferenza tra l'interesse pubblico che dovrebbe essere perseguito e l'interesse privato, ossia a titolo esemplificativo:

- legami di parentela o affinità sino al secondo grado;
- legami stabili di amicizia e/o di frequentazione, anche saltuaria;
- legami professionali;
- legami di diversa natura capaci di incidere negativamente sull'imparzialità dei dipendenti.

Il conflitto di interessi è quindi una situazione di rischio in cui l'interesse primario interferisce (se attuale) - ovvero potrebbe interferire (se potenziale) - con la cura dell'interesse pubblico. Il verificarsi di un episodio corruttivo ha come presupposto una situazione di conflitto di interessi, laddove in presenza (e a causa) dei suddetti legami il dipendente abusi del proprio potere facendo prevalere l'interesse secondario a scapito di quello primario.

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo sono, quindi, tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella l. 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e dagli artt. 4, 6, 12 del Codice di comportamento aziendale, nonché a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità ivi stabilite. Qualora vengano segnalate situazioni di conflitto di interessi, il dipendente dovrà essere sollevato dall'incarico e quest'ultimo dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Sul piano operativo, al fine di agevolare il dipendente nel conformare il proprio comportamento alle disposizioni legislative in materia di astensione e conflitto di interessi, ed in particolare agli obblighi di comunicazione discendenti dagli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013, al momento della sottoscrizione del contratto il dipendente che è stato assunto oppure il dipendente che è stato spostato/riassegnato o abbia modificato il proprio ruolo rilascia una dichiarazione, valutata dal Direttore della struttura di riferimento.

Inoltre, con riferimento all'area a rischio dei **contratti pubblici** e alla delicata fase del ciclo degli approvvigionamenti denominata "progettazione della gara", i Servizi/UU.OO. (quali ad esempio l'U.O. Acquisti Aziendali), procedono ad acquisire ulteriore modulistica di attestazione dell'assenza del conflitto di interessi da parte del RUP e degli altri soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara.

Per quanto concerne, invece, **i collaboratori esterni** a qualsiasi titolo investiti di incarico presso l'Ausl Romagna all'atto del conferimento dell'incarico l'Ufficio/Servizio conferente dovrà acquisire dichiarazione su insussistenza di conflitto di interessi da parte del collaboratore, di cui verrà dato conto nell'apposita sezione del sito dell'amministrazione trasparente dell'Azienda.

L'importanza del tema del conflitto di interessi è stata ribadita nell'Aggiornamento al PNA approvato con determinazione ANAC n. 12/2015 che, in attuazione del Protocollo di Intesa del 5.11.2014 tra ANAC e Agenas (Autorità Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), prevede quale allegato della sezione sanità la modulistica reperibile sul sito dell'Agenas per la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti operanti in tale settore. La previsione di questa modulistica risponde all'esigenza di uniformare l'azione delle Pubbliche Amministrazioni operanti in sanità mediante il rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti (di area sanitaria ed amministrativa) nell'esercizio della loro professione. I professionisti chiamati a rendere tali dichiarazioni sono quelli sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e/o che svolgono un ruolo nei processi decisionali (legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, delle altre tecnologie, della ricerca, della sperimentazione e della sponsorizzazione) e che, perciò, sono chiamati a consentire all'organizzazione presso cui operano di disporre di una reciprocità di informazioni utili per gestire in trasparenza le attività/prestazioni professionali rese. In coerenza con le disposizioni della L.R. n. 9/2017 e del Codice unico di comportamento per il personale del SSR, il Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza - anche traendo spunto dalla modulistica proposta da Agenas - ha elaborato una modulistica condivisa, in sostituzione della modulistica in uso in Azienda. La Regione Emilia Romagna, con nota PG/2018/450620 del 20/06/2018, ha informato al riguardo l'Agenas e l'ANAC. Pertanto, da novembre 2018, le dichiarazioni/comunicazioni sono rese dai dipendenti con modalità informatiche, tramite il sistema informatico WHR – time (portale del dipendente) nel quale sono disponibili le dichiarazioni da compilare per adempiere agli obblighi previsti dal Codice di comportamento:

- obbligo di deposito delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali (per il personale dirigente, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare entro tre mesi dall'assunzione dell'incarico, da aggiornare annualmente, nonché da rendere entro tre mesi dopo la cessazione dell'incarico. A seguito della nota della Regione Emilia Romagna, prot. n. 0929510 del 20/12/2019 (in atti prot. n. 0328603 del 23/12/2019), è stato temporaneamente sospeso l'obbligo di deposito ed aggiornamento annuale delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali da parte del personale dirigenziale, a fronte dei contenziosi insorti e delle incertezze interpretative nella specifica materia.
- obbligo di comunicazione degli interessi finanziari e conflitti di interessi (per tutti i dipendenti, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare all'atto della prima assegnazione al servizio, in caso di trasferimento o diverso incarico e da aggiornare annualmente
- obbligo di dichiarazione di partecipazioni azionarie e altri interessi finanziari (per il personale dirigente, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare all'atto dell'assunzione dell'incarico dirigenziale
- obbligo di comunicazione adesione/appartenenza ad associazione o organizzazione (per tutti i dipendenti, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario) da compilare tempestivamente nel caso di appartenenza ad associazione od organizzazione i cui ambiti di interessi possano interferire con lo svolgimento dell'attività dell'ufficio, nonché quelle in ambito sanitario, sociosanitario, di ricerca, di tutela della salute.

**Le predette dichiarazioni devono essere rese con le modalità previste dal Codice di comportamento aziendale ed aggiornate annualmente. Pertanto, alla luce degli obiettivi posti con la DGR n. 977/2019, ad oggi confermata, sarà disposta una nuova acquisizione nel 2020 e negli anni successivi, a cura della U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane mediante l'utilizzo del sistema informatico WHR Time (portale del dipendente).**

Per quanto riguarda l'obbligo di astensione, ogni dipendente è tenuto a comunicare tempestivamente al suo superiore gerarchico, il verificarsi della situazione che può metterlo in condizione di potenziale conflitto di interessi con lo svolgimento dell'attività o l'adozione di una determinata decisione, come previsto dal Codice di comportamento aziendale (art. 4).

Sulla base dei dati rilevati al 31.12.2019, le dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi risultano raccolte tramite il sistema informatico WHR – time (portale del dipendente) per il 93% sia per il personale del Comparto sia per la Dirigenza.

## **7. Inconferibilità/incompatibilità, formazione di commissioni, assegnazione agli uffici e conferimento incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per i delitti contro la P.A.**

Il d.lgs. 39/2013 ha regolamentato i casi di inconferibilità/incompatibilità degli incarichi dirigenziali presso le PP.AA. e gli enti privati in controllo pubblico. La norma si applica al personale di qualifica dirigenziale ed al personale non inquadrato in qualifica dirigenziale che è titolare comunque di funzioni direttive (come gli incarichi di funzione – ex Posizioni Organizzative); mentre non trova applicazione per le tipologie contrattuali proprie della medicina convenzionata che già nell'intesa della Conferenza Unificata del 24 luglio 2013 ne venivano escluse.

La delibera ANAC n.149 del 22.12.2014 al punto 2 ha ricondotto le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità nelle Aziende sanitarie ai soli 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 nonché alla luce della sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, a mezzo della quale l'organo di giustizia amministrativa di riesame si è pronunciato sul delicato tema della incompatibilità tra una carica pubblica elettiva e l'incarico di dirigente medico di struttura complessa. Detto limite all'applicabilità di tale disciplina è stato ribadito, altresì, al par. 2.1.2. “*Incarichi e nomine*” (pag. 44) della determinazione ANAC 12/2015. Allo stato, non essendo intervenuta alcuna interpretazione autentica della norma, le ipotesi di inconferibilità e incompatibilità nelle Aziende sanitarie sono ricondotte agli incarichi di vertice sopra indicati, per i quali vengono acquisite per il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo le dichiarazioni sostitutive sull'assenza di cause di inconferibilità (all'atto del conferimento dell'incarico) e le dichiarazioni sostitutive sull'assenza di cause di incompatibilità (annualmente), ex art. 3 d.lgs 39/2013.

Si richiama, inoltre, la recente Deliberazione ANAC n. 1201 del 18 dicembre 2019 che 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*” l'Autorità riconduce le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità nelle Aziende sanitarie, oltre ai predetti incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario, 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, se essi sono titolari di competenze di amministrazione e gestione svolgono, infatti, incarichi dirigenziali rientranti nella categoria di cui all'art. 3, co.1 lett. c), del d.lgs. n. 39/2013.

Infine, è bene rammentare che conformemente a quanto previsto dall'art. 35 bis del d.lgs. 165/2001 “*Prevenzione del fenomeno della corruzione nella formazione di commissioni e nelle assegnazioni di ufficio*”, che è stato introdotto dall'art. 1, comma 46, della legge 190/2012, ed esplicitato nell'art. 3 del d.lgs. 39/2013, **coloro che hanno patteggiato la pena o sono stati condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati previsti nel capo I del titolo II del libro secondo del codice penale:**

- a) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*
- b) *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla*

*erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*

*c) non possono far parte delle commissioni per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché per l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere.*

La specifica preclusione di cui alla lett. b) dell'art. 35 bis del d.lgs 165/2001 riguarda sia l'attribuzione dell'incarico o l'esercizio delle funzioni dirigenziali, sia lo svolgimento di funzioni direttive. Pertanto, dal punto di vista soggettivo la norma ricomprende non solo i dirigenti, ma anche i funzionari e i collaboratori che svolgono funzioni dirigenziali o che siano titolari di incarichi di funzione (ex posizioni organizzative).

Al fine di garantire il rispetto della disciplina in esame le UU.OO./Servizi che sono rispettivamente competenti ad es. all'affidamento di incarichi c/o commissioni di concorso o commissioni per la selezione del contraente di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture acquisiscono apposita dichiarazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000:

a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;

b) all'atto dell'assegnazione di dipendenti dell'area direttiva agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati.

Sulle autocertificazioni acquisite devono essere effettuati dei controlli a campione o, in caso di ragionevole dubbio, controlli mirati, ai sensi del DPR 445/2000.

Ove all'esito di tali controlli risultino a carico del personale interessato dei precedenti penali per delitti contro la pubblica amministrazione:

a) non si darà corso all'affidamento dell'incarico o all'assegnazione all'ufficio;

b) sarà in facoltà dell'AUSL procedere al conferimento dell'incarico o all'assegnazione all'ufficio nei confronti di altro soggetto.

Il Responsabile della U.O./Servizio che ha accertato la sussistenza della condizione ostativa deve darne tempestiva comunicazione al Responsabile della prevenzione, indicando i provvedimenti adottati.

I Responsabili delle strutture competenti *ratione materiae* curano di volta in volta l'adeguamento alla citata disciplina e agli eventuali suoi aggiornamenti dei regolamenti in materia di formazione delle commissioni di concorso o per la selezione del contraente.

## **8. Attività e incarichi extra istituzionali**

Fatta salva la specifica disciplina prevista dalla legge per l'attività extra ed intra-muraria del personale della dirigenza medica, veterinaria e sanitaria con rapporto di lavoro esclusivo, lo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali da parte dei dipendenti dell'Ausl Romagna è consentito nei limiti e nel rispetto della disciplina prevista dall'art. 53 del d.lgs. 165/2001 e dalle altre norme di legge ivi richiamate nonché delle prescrizioni stabilite nella regolamentazione aziendale.

Al fine di concretizzare l'impegno assunto dall'Azienda nel dare piena ed effettiva attuazione alle misure previste dal PNA, con deliberazione n. 284 del 10/06/2016, successivamente integrata con deliberazione n. 348 del 20/07/2016, e, da ultimo, modificata con deliberazione n. 455 del 12/12/2018, è stato adottato - a cura della U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali Alta professionalità Gestione del contenzioso, recuperi crediti e autorizzazioni, che è competente a rilasciare le autorizzazioni alle prestazioni saltuarie ed occasionali nonché alla relativa

iscrizione presso l'anagrafe delle prestazioni - un regolamento unico dell'Azienda Usl della Romagna che ha definito una procedura unica. In questo modo si è provveduto ad uniformare la disciplina aziendale in materia, anche attraverso la predisposizione di apposita modulistica per la trasmissione dell'istanza di autorizzazione e/o di mera comunicazione. Pertanto è stata data divulgazione delle modifiche al citato Regolamento e della relativa modulistica con mail inviata everyone in data 28/12/2018. Con deliberazione n. 297 del 16/06/2016 è stato costituito anche il Nucleo Tecnico Aziendale per la verifica dell'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario o che hanno rapporti con l'Azienda. Inoltre, resta fermo l'obbligo di comunicare al RPCT il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno, distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno.

Le misure operative che attengono alla disciplina delle attività ed incarichi extra-istituzionali sono:

Area a rischio	Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto	Autorizzazione allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 31/10;</li> <li>- Indicazione di eventuali segnalazione pervenute e accertate in merito allo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati;</li> </ul>	Osservanza disciplina in materia di incarichi extra-istituzionali	Alta Professionalità Gestione contenzioso, recupero crediti e autorizzazioni	Entro il 30/11 di ogni anno	Reportistica

## 9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro

La legge 190/2012 ha modificato l'art. 53 del d.lgs 165/2001 introducendo a carico dei dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali il divieto - di cui al co. 16 *ter* - di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con l'apporto decisionale dei dipendenti stessi.

Dunque, sono destinatari del divieto in esame tutti i dipendenti – compresi, come chiarito dall'ANAC, i soggetti legati all'amministrazione da un rapporto di lavoro a tempo determinato o

autonomo - che per il ruolo o la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sull'attività negoziale dell'Ausl Romagna e, quindi, hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali). In particolare, secondo le indicazioni dell'ANAC, il rischio di preconstituersi situazioni lavorative favorevoli può configurarsi anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all'istruttoria, ad esempio, attraverso l'elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione. Pertanto il divieto in questione si applica non solo al soggetto che abbia firmato l'atto, ma anche a coloro che abbiano partecipato al procedimento.

Il limite derivante da tale divieto opera qualunque sia la causa della cessazione del rapporto ed a prescindere dal rapporto (di lavoro autonomo o subordinato) svolto presso il soggetto privato che ha beneficiato dell'esercizio del potere negoziale o autoritativo.

La duplice sanzione prevista qualora sia violato il suddetto divieto funge da deterrente, in quanto la norma da un lato prevede la nullità dei contratti conclusi e degli incarichi conferiti e dall'altro vieta al soggetto privato che abbia violato il divieto imposto dal co. 16 *ter* dell'art. 53 d.lgs. 165/2001 di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni obbligandolo conseguentemente alla restituzione dei compensi eventualmente percepiti e/o accertati.

Al fine di dare attuazione alla misura di prevenzione generale concernente l'attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro l'Azienda Usl della Romagna ha dato seguito già ad alcune misure operative attraverso l'inserimento di apposita clausola:

a) nei contratti di assunzione del personale, nei quali si prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla data di cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Usl della Romagna a favore di soggetti privati che, nell'ultimo triennio di servizio, sono stati destinatari dell'attività svolta dal dipendente nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;

b) nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, nonché negli atti di affidamento diretto della fornitura di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private, nei quali viene stabilito che, a pena di esclusione dalla procedura, l'operatore economico deve possedere la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro (subordinato o autonomo) o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, ad ex dipendenti dell'Azienda Usl della Romagna che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei propri confronti.

Viste le difficoltà riscontrate dalle UU.OO. interessate *ratione materiae* (U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Acquisti Aziendali, ecc) nel garantire concreta attuazione alla misura in esame, per l'assenza di strumenti di verifica delle dichiarazioni di parte raccolte, è stata valutata la possibilità di adottare apposito protocollo con l'Agenzia delle Entrate onde verificare la corretta osservanza dell'art. 53, co. 16 *ter*, d.lgs 165/2001. Al riguardo risulta però che anche presso altra AUSL della Regione la possibilità di attivare tale convenzione non ha avuto esito positivo.

Inoltre, al fine di rendere effettiva la norma in esame si è ritenuto opportuno che, oltre ai contratti di assunzione del personale, l'U.O. Gestione Giuridica delle Risorse Umane consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa, con contestuale sottoscrizione in calce, così da rendere edotto ciascun dipendente circa la portata del divieto in esame.

L'U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, già nel 2016, ha pertanto provveduto ad inserire tale informativa, come di seguito riportata, all'interno di specifica modulistica consegnata ai dipendenti dimissionari, sottoscritta dai dipendenti medesimi ed acquisita agli atti.

(...)

dichiaro inoltre:

di essere informato/a di quanto indicato **dall'art. 53, co. ter del d.lgs. 165/2001** (sotto riportato) che prevede **il divieto prestare attività lavorativa** (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) **per i tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego** nei confronti dei destinatari di provvedimenti adottati o di contratti conclusi con il proprio apporto decisionale negli ultimi tre anni di servizio e di essere consapevole che ove il divieto fosse violato l'Azienda potrà agire in giudizio per ottenere il risarcimento dei danni;

(...)

Ai sensi dell'art. 38, D.P.R. 445 del 28/12/2000, la dichiarazione è sottoscritta dall'interessato in presenza del dipendente addetto ovvero spedita per posta, consegnata a terzi o inviata unitamente a fotocopia di documento di riconoscimento del sottoscrittore.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(qualifica, cognome, nome del pubblico ufficiale che riceve la documentazione)

\*\*\*

Art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001: *“I dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso o i soggetti privati destinatari dell'attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed e' fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti.”*

Nel caso in cui il RPCT venga a conoscenza della violazione del suddetto divieto da parte di un ex dipendente, provvederà a segnalare tempestivamente tale violazione all'ANAC, alla Direzione aziendale ed eventualmente anche al soggetto privato presso cui è stato assunto l'ex dipendente.

## 10. Patti di integrità

Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvato con deliberazione Civit-ANAC n. 72 dell'11/09/2013 tra le azioni e misure per la prevenzione della corruzione, in attuazione dell'art. 1, comma 17, della l. n. 190 del 2012, individua i protocolli di legalità o i patti di integrità per l'affidamento di commesse che, a tal fine, le pubbliche amministrazioni inseriscono negli avvisi, nei bandi di gara e nelle lettere di invito insieme alla clausola di salvaguardia, secondo la quale il mancato rispetto del protocollo di legalità o del patto di integrità dà luogo all'esclusione dalla gara e alla risoluzione del contratto.

Il “Patto di integrità”, consistendo in un accordo tra l'Amministrazione Pubblica e i concorrenti alle gare per l'aggiudicazione di pubblici contratti - con previsione di diritti e obblighi in forza dei quali nessuna delle parti contraenti pagherà, offrirà, domanderà o accetterà indebite utilità, o si accorderà con gli altri concorrenti per ottenere il contratto o in fase successiva all'aggiudicazione – risulta essenziale ai fini della prevenzione della corruzione.

Al fine di garantire una leale concorrenza e pari opportunità di accesso l'Ausl Romagna, ed in particolar modo i Dipartimenti competenti ad espletare procedure di gara con riferimento all'acquisto di beni, servizi, forniture e lavori hanno adottato apposito patto. Del resto anche la Regione Emilia Romagna con propria deliberazione n. 966 del 30/06/2014 ha operato in tal senso approvando il “Patto di integrità in materia di contratti pubblici regionali”. Difatti, i Dipartimenti aziendali interessati operano nell'ambito del sistema di negoziazione centralizzata della Regione Emilia Romagna, che con legge regionale n. 11 del 2004 ha istituito l'Agenzia Regionale per lo Sviluppo dei Mercati Telematici (INTERCENT-ER) per la centralizzazione degli acquisti, la standardizzazione della domanda e l'elaborazione di strategie di gara innovative, anche attraverso la gestione di un sistema telematico di negoziazione (*e-procurement*).

Pertanto, a cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure il Patto di integrità su menzionato viene inserito nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara quale parte integrante e sostanziale della legge speciale di gara. Nello specifico con tale patto di integrità viene stabilito il reciproco e formale obbligo della stazione appaltante operante

nell'ambito dell'Azienda USL della Romagna e dell'operatore economico *“di, inderogabilmente, conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza, correttezza e buon clima nonché l'espresso impegno a non compiere alcun atto e/o comportamento teso ad influenzare indebitamente o distorcere in qualsiasi modo - anche potenziale - le procedure di acquisto e la corretta esecuzione degli eventuali contratti aggiudicati”*.

Il patto di integrità prevede, altresì, che nei confronti dell'operatore economico che violi gli impegni ivi esplicitati, i quali sostanzialmente costituiscono declinazione di dettaglio degli obblighi generali richiamati in premessa, operano diversi tipi di sanzioni che tengono conto della diversa fase in cui può riscontrarsi la tenuta di un comportamento contrario alle previsioni del patto. Nella specie le sanzioni ivi previste consistono: nella esclusione della procedura di gara; nella revoca/sospensione della procedura in corso; nella risoluzione del contratto/accordo stipulato; nella applicazione di una penale a titolo di risarcimento del danno, patrimoniale e non patrimoniale subito, incluso il danno all'immagine, e fatto salvo il risarcimento dell'eventuale maggior danno; e nella segnalazione del fatto all'ANAC (ex AVCP) ed alle altre competenti Autorità, ivi inclusa l'Agcm.

Le eventuali violazioni del patto di integrità e i conseguenti provvedimenti adottati devono essere, altresì, tempestivamente comunicati dai Referenti Aziendali al Responsabile per la Prevenzione della Corruzione. La previsione di patti di integrità (anche in ambiti diversi dall'area dei contratti pubblici) verrà specificamente segnalato al RPCT dai servizi interessati.

## **11. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile**

Al fine di delineare un'efficace strategia anticorruzione, l'Azienda USL della Romagna realizza forme di **sensibilizzazione e consultazione della cittadinanza finalizzate alla promozione della cultura della legalità.**

Tra le forme di coinvolgimento promosse e organizzate dall'AUSL Romagna, si rileva la “Giornata della Trasparenza” che nel 2019 si è svolta il giorno 25.11.2019 a Forlì, presso la Sala Pieratelli dell'Ospedale Morgagni di Forlì.

Lo scopo della giornata, dal titolo “ L'attività di ricerca clinica nell'Azienda USL della Romagna”, è stato quello di fornire agli stakeholders e al mondo professionale un quadro generale sull'attività della ricerca clinica svolta presso l'Azienda USL della Romagna, approfondendo anche la corretta gestione dei dati raccolti nell'ambito sanitario e in particolare nell'ambito della ricerca clinica a seguito dell'entrata in vigore del GDPR (Regolamento UE 2016/679) e delle modifiche apportate dal d.lgs 101/2018 al Codice privacy.

La Giornata della Trasparenza costituisce un utile momento di confronto, sia per sensibilizzare i soggetti interni ed esterni all'Azienda sui temi della trasparenza e della prevenzione della corruzione, sia per esporre le iniziative/misure in tal senso assunte e/o programmate dalla nostra Azienda; il tutto allo scopo di conseguire due degli obiettivi fondamentali della trasparenza:

- la partecipazione dei cittadini per individuare le informazioni di concreto interesse per la collettività degli utenti;
- il coinvolgimento dei cittadini nell'attività dell'amministrazione al fine di migliorare la qualità dei servizi e il controllo sociale.

Nel 2020 la “Giornata per la Trasparenza” sarà organizzata entro il 31 dicembre p.v.

L'evento formativo/informativo pubblico sul tema dell'anticorruzione, della trasparenza e della legalità, sarà aperto alle organizzazioni sociali e ai portatori di interessi più rappresentativi sul territorio ed ai cittadini interessati.



In generale il coinvolgimento di cittadini e organizzazioni portatrici di interessi collettivi, ai fini della implementazione del Piano, della diffusione delle strategie di prevenzione e del loro monitoraggio si può riassumere in tre momenti fondamentali:

1) **informazione/comunicazione**, resa effettiva anche grazie allo strumento della pubblicazione del presente PTPCT (in formato PDF/A), nonché dei dati previsti dalla disciplina in materia di trasparenza sul sito unico dell'amministrazione trasparente dell'Ausl Romagna, visionabile all'indirizzo <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>

2) **consultazione/ascolto** mediante la raccolta da parte dell'URP - incardinato, dal 2017, nelle UU.OO. Piattaforme amministrative di ambito territoriale - di reclami, segnalazioni e suggerimenti, in conformità a quanto previsto dalla "*Procedura gestione segnalazione dei cittadini: reclami, rilievi, elogi*" adottata con Deliberazione del Direttore Generale n. 787 del 20/10/2015, che possono favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione ed attraverso una specifica Linea Guida per gli operatori dell'URP, adottata nel 2017, che consente di individuare e gestire le segnalazioni rispetto ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva.

Al riguardo i Direttori delle UU.OO. Piattaforme amministrative trasmettono al Responsabile della prevenzione, entro il **31 ottobre di ogni anno** un report relativo alle segnalazioni da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi e/o episodi di conflitto di interessi che coinvolgono i dipendenti e/o i soggetti che intrattengono con l'Azienda rapporti di collaborazione, indicando:

- numero di segnalazioni ricevute;
- oggetto delle segnalazioni.

3) **collaborazione/coinvolgimento attivo** del pubblico mediante iniziative quali la pubblicazione via web d'invito a presentare dal 20 novembre al 10 dicembre di ciascun anno proposte e suggerimenti all'indirizzo email [azienda@pec.auslromagna.it](mailto:azienda@pec.auslromagna.it) per promuovere integrazioni/correzioni del PTPCT adottato, così da assicurare un ruolo attivo e dinamico di collaborazione/coinvolgimento dei *stakeholders* al processo decisionale che conduce all'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. Tale iniziativa verrà ripetuta anche nel 2020 a cura del RPCT.

Costituisce un canale differenziato e riservato, quello relativo alla raccolta delle segnalazioni di illecito da parte dei dipendenti secondo il sistema del *Whistleblowing* di cui all'art. 54 *bis* del D.Lgs. 165/2001, a cui nel par. 2.1 del presente Piano è stata dedicata specifica attenzione quale misura di prevenzione generale ed obbligatoria riconosciuta dal PNA.

Misure operative legate alle azioni di sensibilizzazione della società civile:

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	<b>Report</b> da trasmettere al RPCT in merito alle segnalazioni da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi con precisazione del numero di segnalazioni ricevute e il loro oggetto	Consultazione ed ascolto della società civile al fine di incentivare la diffusione di buone prassi	UU.OO. Piattaforme Amministrative	Entro 31/10 di ogni anno	Report su numero e oggetto delle segnalazioni a favore del RPCT
Tutte	Tutti i processi aziendali	<b>Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche</b> ai fini dell'aggiornamento del PTPCT	Collaborazione/ coinvolgimento attivo	RPCT	Dal 20/11 di ogni anno al 10/12 di ogni anno	Pubblicazione sul sito di procedura di consultazione

## 12. Rapporti con le società partecipate

A seguito delle modifiche normative intervenute (d. lgs. n. 97/2016 e d. lgs. n. 175/2016 “*Testo unico in materia di società a partecipazione pubblica*”, come modificato dal D. lgs. n. 100/2017), l’ANAC, con determinazione n. 1134 del 8/11/2017 ha adottato “*Nuove linee guida per l’attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e dagli enti pubblici economici*”. Tali linee guida hanno sostituito le precedenti disposizioni di cui alla determinazione ANAC n. 8/2015, con riguardo all’applicazione delle misure di prevenzione della corruzione e della trasparenza nelle società controllate e partecipate. Il comma 2 bis dell’art. 1 della L. n. 190/2012 - aggiunto dal d.lgs. n. 97/2016 – prevede che, oltre alle Amministrazioni pubbliche, anche gli altri soggetti di cui all’art. 2 bis, comma 2 del d.lgs. n. 33/2013, siano destinatari delle indicazioni contenute nel PNA, ma secondo un regime differenziato: le pubbliche amministrazioni sono tenute ad adottare un vero e proprio Piano triennale di prevenzione della corruzione, mentre le società controllate o partecipate devono adottare “*misure integrative di quelle adottate ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231*”. La necessità di tale integrazione nasce dal fatto che, come già sottolineato dall’ANAC nel rapporto del 2.07.2015, «*l’ambito di applicazione delle due normative è molto diverso, in quanto le norme contenute nel d.lgs. 231/2001 hanno la finalità di prevenire reati volti ad arrecare un indebito vantaggio all’ente (“corruzione attiva”), laddove invece la disciplina in materia di prevenzione della corruzione riguarda anche i fenomeni di illegalità idonei a danneggiare la PA per favorire il vantaggio dei privati, estendendosi a tutti i casi di corruzione, anche “passiva”*».

Avendo precisato l'Autorità che è compito delle amministrazioni *«l'impulso e la vigilanza sulla nomina del RPCT e sull'adozione delle misure di prevenzione anche integrative del "modello 231", ove adottato, anche con gli strumenti propri del controllo (atto di indirizzo rivolto agli amministratori, promozione di modifiche statutarie e organizzativa, altro)»* da parte delle società controllate e partecipate, rivolge le suddette linee guida anche alle Amministrazioni pubbliche che le controllano e/o partecipano secondo i criteri e limiti sotto specificati.

In riferimento all'AUSL Romagna occorre rilevare che questa Azienda detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria nelle seguenti società: IRST s.r.l., CUP 2000 S.c.p.A. e Lepida s.p.a., come confermato con deliberazione n. 440 del 29/09/2017. Con deliberazione n. 386 del 11/10/2018 si dà atto che risulta approvato il progetto di fusione per incorporazione di CUP 2000 S.c.p.A. in Lepida s.p.a. con contestuale trasformazione eterogenea ex art. 2500 septies c.c. della incorporante in Società consortile per azioni.

Fermo restando l'obbligo di pubblicare ex art. 22 co. 1 lett. c) del d.lgs. 33/2013 nella sezione amministrazione trasparente (con aggiornamento annuale) l'elenco e i dati relativi alle società e agli enti cui l'Ausl Romagna partecipa anche in via minoritaria, allo scopo di contribuire all'applicazione della normativa in materia di anticorruzione - così come specificato dalle richiamate linee guida - con riferimento a ciascuna delle suddette società il RPCT monitora l'attuazione delle misure indicate dall'ANAC e, ove riscontri il mancato adeguamento, svolge le opportune segnalazioni al fine di mantenere un sistema di raccordo con i rispettivi RPCT degli enti interessati, così da mantenere un costante flusso informativo.

I modelli di organizzazione e gestione degli enti pubblici economici e degli enti di diritto privato in controllo pubblico di cui all'art. 6 del d.lgs. 231/2001 considerano anche il rischio di fenomeni corruttivi e presentano il seguente contenuto minimo:

- individuazione delle aree a maggior rischio di corruzione;
- previsione della programmazione della formazione;
- previsione di procedure per l'attuazione delle decisioni dell'ente in relazione al rischio di fenomeni corruttivi;
- individuazione di modalità di gestione delle risorse umane e finanziarie idonee ad impedire la commissione dei reati;
- previsione dell'adozione di un Codice di comportamento per i dipendenti ed i collaboratori;
- regolazione di procedure per l'aggiornamento;
- previsione di obblighi di informazione nei confronti dell'organismo deputato a vigilare sul funzionamento e l'osservanza dei modelli;
- regolazione di un sistema informativo per attuare il flusso delle informazioni e consentire il monitoraggio sull'implementazione del modello da parte dell'amministrazione vigilante;
- introduzione di un sistema disciplinare idoneo a sanzionare il mancato rispetto delle misure indicate nel modello.

In seguito alla determinazione ANAC n. 8/2015, e con le dovute differenze in relazione alla natura di ciascun ente partecipato ed allo stato di attuazione delle misure di cui alla legge 190/2012, le società partecipate dall'Ausl Romagna hanno proceduto ad integrare tale sistema organizzativo con le misure di prevenzione ivi previste, provvedendo tempestivamente, e comunque entro i termini:

- alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione, con trasmissione dei dati relativi alla nomina all'ANAC attraverso il modulo disponibile sul sito dell'Autorità nella pagina dedicata ai servizi online, nonché all'adeguamento del Piano di prevenzione della corruzione e del Programma della trasparenza ed integrità, alle linee guida su richiamate;

- alla pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente del sito web di tutti i dati, delle informazioni e dei documenti così come specificati nell'allegato 1 alle suddette linee guida, cui integralmente si rimanda, in merito agli adempimenti ex d.lgs. 33/2013 adattati alle società controllate o partecipate;
- all'adozione dei protocolli di legalità, recanti le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza con indicazione della cadenza temporale delle misure da introdurre nelle società e negli enti partecipati.

A fronte del monitoraggio compiuto negli anni scorsi sullo stato di attuazione della l. n. 190/2012 da parte di ciascuna società, e al fine di segnalare la portata innovativa della suddetta determinazione, il Responsabile per la Prevenzione della corruzione e della trasparenza dell'Ausl Romagna ha curato – ove necessario - il flusso informativo con i Responsabili della Trasparenza delle società partecipate. Come sopra anticipato tale flusso informativo verrà mantenuto a cura del RPCT per verificare la corretta attuazione da parte delle società partecipate della disciplina per la trasparenza e la prevenzione dei fenomeni di corruzione.

<b>Area a rischi o</b>	<b>Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione</b>	<b>Misure di prevenzione</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori/Monitoraggio</b>
Tutte	Rapporti con le società partecipate	Controllo sull'adozione del PTPCT da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento determinazione ANAC n. 1134/2017	Verifica sul corretto adempimento o determ. ANAC n. 1134/2017	RPCT	Entro 30/06/2020	Assenza segnalazione nei confronti delle società partecipate

### **13. Monitoraggio del piano di prevenzione e del rispetto dei tempi procedurali**

Al fine di verificare l'efficacia del processo di prevenzione del rischio di corruzione ed apportare gli opportuni/necessari cambiamenti al termine del processo di riorganizzazione aziendale, sono allo studio la definizione di modalità operative e di un sistema di audit che consentano un controllo sulle misure di prevenzione prospettate nel presente PTPCT.

Nelle more che possa strutturarsi tale sistema, il RPCT verificherà l'attuazione delle misure prospettate attraverso report e controlli a campione e con l'essenziale collaborazione della propria struttura organizzativa di supporto nonché dei Referenti aziendali. Tale monitoraggio si inserisce, comunque, all'interno di un più ampio sistema di controlli che l'Azienda svolge per garantire che i servizi siano erogati in conformità alla legge e nel perseguimento del generale interesse pubblico (come previsto nel Regolamento disciplinante l'esercizio delle verifiche sul personale dipendente e convenzionato approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 671 del 16.09.2015)

Inoltre, in virtù dell'obbligo introdotto dal comma. 522 della legge di stabilità 2016 il RPCT dovrà garantire la pubblicazione sul sito web aziendale entro il 30/06 di ogni anno degli esiti del sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale di cui all'articolo 4, comma 4, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti.

L'art.43, comma 1 lettera c del d.lgs. n. 97/16 ha abrogato l'obbligo di pubblicazione del monitoraggio dei tempi procedurali, di cui all'art. 24 del d.lgs. n.33/2013. Pertanto dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 97/2016 ( 23.12.2016) come ribadito nell'All. 1 alla Delibera ANAC n. 1310 del 28/12/2016, i risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali, non sono più soggetti a pubblicazione obbligatoria. Il RPCT, si riserva tuttavia di eseguire controlli a campione sul rispetto dei tempi procedurali, poiché il comma 28 della Legge n.190/12, prevede il monitoraggio periodico del rispetto dei tempi procedurali attraverso la tempestiva eliminazione delle anomalie.

## **SEZIONE II: LE MISURE SPECIFICHE**

La scelta strategica di investire sul c.d. *empowerment* di un pacchetto di misure generali previste dal PNA ma integrate - attraverso le schede di programmazione - con le peculiarità che contraddistinguono l'Ausl Romagna risponde all'esigenza di definire un nuovo modello gestionale dell'azione amministrativa nel quale viene dato risalto ai profili dell'integrità, omogeneità ed accessibilità al sistema. In tal modo, infatti, attraverso il PTPCT viene assicurata una fluida veicolazione (interna ed esterna) dei contenuti del PNA, e del suo aggiornamento, con il conseguente sviluppo di sempre maggiori livelli di etica all'interno dell'Ausl Romagna.

Tale pacchetto di misure deve essere, però, completato con misure operative specifiche che *infra* saranno specificate con riferimento alle attività ed ai processi a rischio che sono stati analizzati nell'ambito delle seguenti aree:

- Contratti pubblici
- Attività libero professionale
- Rapporti contrattuali con privati accreditati
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- Acquisizione del Personale
- Sanità Pubblica - vigilanza, controlli ed ispezioni
- Sperimentazioni cliniche
- Assistenza protesica
- Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa per attività istituzionale
- Utilizzo beni aziendali
- Farmaceutica
- Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- Formazione sponsorizzata
- Incarichi a soggetti esterni

### A) Area di rischio: Contratti pubblici

Nell'assetto organizzativo dell'Ausl Romagna il ciclo dei contratti pubblici fa capo rispettivamente a due gruppi di articolazioni aziendali:

- 1) Acquisto di beni e servizi, che competono rispettivamente alla U.O. Programmazione Beni e Servizi, alla U.O. Acquisti Aziendali, e alla U.O. Gestione Inventario e Servizi Alberghieri (con peculiarità differenti tra le Unità Operative).
- 2) Lavori pubblici di progettazione, manutenzione e gestione degli immobili, che competono rispettivamente alla U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio, e alla U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti.

La filiera degli acquisti di beni e servizi dell'Ausl Romagna si colloca all'interno di un sistema che, oltre a conformarsi alla disciplina in materia di contratti pubblici, è ispirato dal principio della massima centralizzazione degli acquisti e dell'adozione di sistemi/modelli di logistica integrata per i beni sanitari. Pertanto, allo scopo di raggiungere sempre maggiori efficienze ed economie produttive in ottemperanza alla Deliberazione della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 217/2014 in tale filiera è prevista:

- la gestione della programmazione pluriennale a livello regionale attraverso la Centrale di Committenza Intercent-ER, cui è affidata la responsabilità di guidare, con il contributo dei centri di acquisto collocati nelle Aziende sanitarie regionali, non solo la pianificazione ma anche il monitoraggio delle iniziative assunte da ciascuna azienda con il conseguente ricorso al mercato elettronico.
- la centralizzazione del flusso logistico con l'accentramento dei beni in un unico magazzino e la progressiva omogeneizzazione dei prodotti mediante la definizione da parte dei clinici e tecnici interessati di caratteristiche standard per l'elaborazione dei capitolati in fase di progettazione della gara.

Per i lavori pubblici, oltre ad attenersi alla normativa in materia del Codice dei Contratti Pubblici (es. Programma Triennale Opere Pubbliche pubblicato nella relativa sezione dell'amministrazione trasparente), l'Ausl della Romagna: aderisce a Convenzione Consip per "multi servizio tecnologico integrato per immobili adibiti a uso sanitario" in previsione di futura adesione a convenzione di centrale di committenza regionale per servizi di manutenzione agli immobili; come previsto nel DPR. 207/2010 determina il valore dei contratti per l'affidamento dei lavori in base al computo metrico estimativo, mentre per i contratti pubblici relativi a servizi e forniture fa riferimento ai prezzi di riferimento ANAC (ove esistenti); utilizza sistemi informatizzati per la selezione degli operatori quali il MEPA e la centrale di committenza regionale.

Infine, l'azienda orienta il proprio sviluppo in base alle informazioni acquisite tramite la ricerca e, a tale fine, individua nella *Health Technology Assessment* una importante misura per prevenire la corruzione (nella sua accezione di malfunzionamento della PA), in quanto mediante l'approccio multidimensionale e multidisciplinare ivi previsto per l'analisi delle implicazioni cliniche-assistenziali, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali l'Ausl Romagna valuta l'impatto delle innovazioni tecnologiche sotto il profilo della efficacia, della sicurezza e dei costi.

Sono anche trasmesse d'ufficio al RPCT le determinazioni di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza di importo uguale o superiore a euro 1.000.000,00 (1 milione) al fine del relativo monitoraggio.

Tenuto conto di ciò, della mappatura svolta nel 2014, delle misure suggerite dall'ANAC con la determinazione 12/2015 nonché delle valutazioni svolte attraverso i questionari somministrati nel 2015 alle strutture interessate circa la necessità/opportunità di una loro introduzione, con riferimento

al ciclo dei contratti pubblici rispettivamente per ciascun gruppo interessato già nel 2015 erano state prospettate misure operative specifiche per prevenire il fenomeno della corruzione.

Nel corso del 2016, a seguito del progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale, si è proceduto ad indagare il livello di “rischio – corruzione” nell'Area dei contratti pubblici, tramite la predisposizione di schede per la valutazione del rischio di corruzione che i responsabili dei servizi hanno compilato vagliando, in riferimento a ciascuna attività/processo sottoposto a valutazione, probabilità ed impatto del rischio ed individuando anche le necessarie misure di prevenzione da implementare. La mappatura, è stata ripetuta nel 2018 e nel 2019 ed integrata alla luce delle “*Linee guida di coordinamento di PTPC, rischi e misure tra Intercent-ER e Aziende Sanitarie della RER*”, elaborate nel 2018 da uno specifico gruppo regionale (cui hanno partecipato: RPCT della Regione, Direttore di Intercent-ER e suoi collaboratori, funzionari del Servizio regionale Amministrazione SSR, OIV-SSR, alcuni RPCT e i provveditori coordinatori di Aree Vaste) e trasmesse dalla RER con nota prot. 2018/750099 del 18/12/2018 (acquisita agli atti del prot. AUSL n. 0317759 del 19/12/2018).

Per l’anno 2020 è stata potenziata la funzione di monitoraggio del sistema dei controlli, come da deliberazione n. 419 del 20.12.2019, attraverso la verifica, a cura dell’Auditing interno, dell’applicazione delle procedure e dell’effettivo funzionamento del sistema dei controlli interni di primo livello.

Ad oggi sono state individuate le ulteriori misure di prevenzione come di seguito riportato.

### **A1 Acquisto di beni e servizi**

<b>Attività/Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Effetto</b>	<b>Misure preventive individuate</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
Analisi/definizione dei fabbisogni e dell’oggetto dell’affidamento (anche in relazione alle giacenze di magazzino per l’acquisto di beni sanitari)	Non tempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione con eccessivo ricorso a procedure di urgenza o proroghe contrattuali, nonché mancata aderenza alla programmazione per tempistica e quantità delle procedure	Inefficienza e/o mancata osservanza della programmazione elaborata	Regolamentazione interna, circolari/indicazioni regionali	Già in essere	U.O. Programmazione Beni e Servizi	Regolamentazione interna, circolari/indicazioni regionali
Redazione ed aggiornamento della programmazione per l’acquisizione di beni e	Programmazione non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/economicità, ma ad interessi	Definizione di fabbisogno in maniera non rispondente a	Regolamentazione interna, circolari/indicazioni regionali	Già in essere	U.O. Programmazione Beni e Servizi	Regolamentazione interna, circolari/indicazioni regionali

servizi (U.O. Programmazione Beni e Servizi/ U.O. Acquisti Aziendali)	diversi oppure mancato rispetto del Programma deliberato	criteri di efficienza/ efficacia/ economicità o inadempimento alle previsioni del Programma				
Progettazione della procedura - Nomina del Responsabile del Procedimento	Nomina Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/ adeguati ad assicurarne terzietà ed indipendenza	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara	- Rotazione RUP ove possibile  - Modulistica dichiarazioni assenza cause incompatibilità o astensione per il RUP	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali	Controllo a campione presenza dichiarazioni acquisite e sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione
Progettazione della procedura - Nomina del Gruppo Tecnico per la predisposizione degli atti di gara (da effettuarsi con proposta dell'U.O. Acquisti Aziendali da validare da Direttore Amministrativo o da Direttore Sanitario a seconda della tipologia della forniture di beni e/o servizi, nei termini fissati dal regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale 303/2017)	Nomina di uno o più membri del Gruppo Tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/adequati ad assicurarne terzietà ed indipendenza	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara	1) Aggiornamento del Regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale n. 303/2017  2) Controllo annuale a campione in merito all'acquisizione da parte dell'U.O. Acquisti Aziendali delle dichiarazioni di assenza cause di incompatibilità sottoscritte da membri gruppi tecnici  3) Per Gare Intercent-ER definizione di regolamentazione comune (a livello regionale) per modalità di individuazione dei componenti designati dalle Aziende	1) Entro dicembre 2020  2) Già in essere (entro novembre di ogni anno)  3) da definire rispetto alle linee guida regionali	U.O. Acquisti Aziendali (controllo annuale punto 2 fino a novembre 2019 in capo a UO Programmazione e Beni e Servizi a partire dal 2020 in capo all'U.O. Acquisti Aziendali a seguito di proposta concordata tra le UU.OO. Di modifica del Manuale Assetto Organizzativo)	1) Aggiornamento del Regolamento  2) Percentuale di anomalie rilevate sul campione  3) Regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione dei componenti del Gruppo Tecnico
Progettazione della procedura - Analisi e definizione dei	Non corrispondenza dei fabbisogni a criteri di	Indizione di gare "sottostimate" (con necessità di	Attivazione in via sperimentale di procedure informatizzate per acquisizione dati storici	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali	



fabbisogni	efficienza/efficacia/ economicità	riproporre la gara prima della scadenza) o “sovrastimate” (con rischi di esporre l’ente a pagamenti di corrispettivi per quantità no acquistate)	Individuazione di procedure informatizzate per acquisizione dati storici e coinvolgimento U.O. utilizzatrici e DEC	Entro dicembre 2020		Rapporto tra fabbisogno messo a gara e quantità contrattuali effettivamente acquisite
Progettazione della procedura - Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di beni e servizi e degli aggiornamenti annuali, nei termini di cui all'art. 21 del D.Lgs. 50/2016 in conformità degli schemi-tipo di cui al DM 16 gennaio 2018, n. 14	Intempestiva predisposizione ed approvazione dello strumento di programmazione	Ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali e reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento	Definizione della programmazione aziendale in considerazione di quella di Intercent-ER. Verifica stato avanzamento della programmazione periodico. Pubblicazione su Sitar 2.0. Aggiornamento nei termini di cui all'art. 21 del D.Lgs. 50/2016  Adozione di software in grado di operare in servizio di interoperabilità con Sitar 2.0. per una gestione off-line della programmazione e tale da consentire la gestione dello scadenziario gare, gestione carichi di lavoro dei RUP, ecc...	Già in essere Pubblicazione entro 90 gg. da quando il bilancio di previsione del primo anno del biennio di riferimento produce i propri effetti  Entro marzo 2020	U.O. Acquisti Aziendali	Percentuale di gare avviate previste in programmazione  Acquisto software.
Progettazione della procedura - Monitoraggio tempi di lavoro del gruppo Tecnico per la predisposizione degli atti di gara e facilitazione dei lavori (anche rispetto a	Tempi ingiustificatamente lunghi per la predisposizione del capitolato tecnico	Mancato rispetto del termine previsto in programmazione per pubblicazione/indizione della gara: proroghe ingiustificate, proseguimento	Solleciti da parte del RUP  Definizione di una procedura per	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali – RUP competente	Scostamento da tempi attesa per consegna capitolato

designati AUSL Romagna c/o GDL per gare Intercent-ER)		della fornitura/servizio da parte del precedente fornitore	il controllo dei tempi di redazione degli atti di gara da parte del Gruppo Tecnico (per gare aziendali) ed interventi per facilitarne i lavori (anche rispetto a designati aziendali per GDL Intercent-ER)	Entro dicembre 2020	U.O. Acquisti Aziendali - Gruppo di studio ad hoc	Scostamento da tempi attesa per consegna capitolato
Progettazione della procedura - Individuazione strumento/ istituto di affidamento Verifica esclusività/infungibilità.	Abuso o elusione delle regole di affidamento degli appalti con improprio utilizzo dei meccanismi di affidamento o delle tipologie contrattuali allo scopo di favorire un dato operatore	Violazione della disciplina in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Modulistica per dichiarazione specificità-esclusiva per beni o servizi e svolgimento di indagini di mercato	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali	Controllo a campione presenza dichiarazioni acquisite e debitamente sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione, entro novembre di ogni anno Verifica rispetto procedura di indagini di mercato nei casi di necessità
Progettazione della procedura - Predisposizione di atti e documenti di gara con definizione dei criteri di partecipazione/ aggiudicazione/ attribuzione del punteggio	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione - Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti (c.d. bandi-fotografia)	Elusione disciplina in materia allo scopo di favorire un determinato operatore economico	Predisposizione/aggiornamento bandi ANAC Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC. Rispetto della normativa e delle Linee guida ANAC in materia e attivazione del controllo per tutti i casi in cui venga evidenziata da qualche Operatore Economico la presenza di clausole contrattuali vaghe o vessatorie per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione oppure la presenza di "bandi fotocopia"	Già in essere (dal 1/01/2018)	U.O. Acquisti Aziendali	Percentuale anomalie nei controlli attivati/effettuati
Selezione del contraente - Pubblicazione del Bando e gestione delle informazioni complementari	Assenza di pubblicità del bando e/o dell'ulteriore documentazione rilevante	Assenza di pubblicità del bando e/o documentazione di gara che potrebbe invalidare la	Elaborazione check-list su adempimenti per pubblicità anche in relazione all'obbligo di effettuare tutte le gare su piattaforma telematica	Entro giugno 2020	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione

		regolarità della procedura di gara				
Selezione del contraente - Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione e/o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che nella fase successiva di controllo	Violazione della regolamentazione in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza  Il rischio è destinato a diminuire a partire dal 2018 a seguito dell'obbligatorietà di effettuare gare su piattaforma telematica	Permane la necessità di avere una dotazione di arredi per custodia “sotto chiave” della documentazione di gara	Entro dicembre 2020	U.O. Acquisti Aziendali RUP competente	Disponibilità di arredi adeguati dedicati
Selezione del contraente - Nomina della Commissione giudicatrice (da effettuarsi su proposta U.O. Acquisti Aziendali da validare da Direttore Amministrativo o da Direttore Sanitario, a seconda della tipologia della forniture di beni e/o servizi oltre eventuale e successiva formalizzazione con Determina U.O. Acquisti Aziendali per gare sopra soglia comunitaria, nei termini fissati dal	Nomina di uno o più membri della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/adeguati ad assicurarne terzietà ed indipendenza. Membri di Commissione uguali a quelli del Gruppo tecnico nell'ambito della medesima procedura (mancata segregazione	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara	1) Aggiornamento del Regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale 303/2017  2) Controllo annuale a campione in merito all'acquisizione da parte dell'U.O. Acquisti Aziendali delle dichiarazioni di assenza cause di incompatibilità sottoscritte da membri di Commissione  3) Per Gare Intercent-ER definizione di regolamentazione comune (a livello regionale) per modalità di individuazione dei	1) Entro dicembre 2020  2) Già in essere (entro novembre di ogni anno)  3) da definire rispetto alle linee guida	1) U.O. Acquisti Aziendali (controllo annuale punto 2 fino a novembre 2019 in capo a UO Programmazione Beni e Servizi a partire dal 2020 in capo all'U.O. Acquisti	1) Aggiornamento del Regolamento  2) Percentuale di anomalie rilevate sul campione  3) Regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione dei componenti della Commissione

regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale 303/2017)	dei ruoli)		componenti designati dalle Aziende	regionali	Aziendali )	
Selezione del contraente - Monitoraggio tempi di lavoro della Commissione giudicatrice (anche rispetto a designati AUSL Romagna c/o Commissioni per gare Intercent-ER).	Tempi ingiustificatamente lunghi per la conclusione dei lavori della Commissione	Mancato rispetto del termine previsto in programmazione per l'aggiudicazione della gara: proroghe ingiustificate, proseguimento della fornitura/servizio da parte del precedente fornitore	Solleciti da parte del RUP  Definizione di linee guida per il controllo dei tempi di attività delle commissioni (per gare aziendali) ed interventi per facilitarne i lavori (anche rispetto a designati aziendali per designati a commissioni Intercent-ER)	Già in essere  Entro dicembre 2020	U.O. Acquisti Aziendali - Gruppo di studio ad hoc	Scostamento da tempi attesi per ultimazione lavori Commissione  Scostamento da tempi attesi per ultimazione lavori Commissione
Selezione del contraente - Gestione delle sedute di gara, verifica dei requisiti di partecipazione, valutazione e delle offerte e verifica di anomalia delle offerte	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara - Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente e/o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	Violazione della regolamentazione in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Rispetto della normativa e delle linee guida ANAC in materia	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione
Selezione del contraente - Annullamento della gara/Revoca del bando/ Non aggiudicazione	Abuso del provvedimento di revoca del bando, annullamento gara o non aggiudicazione, al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o	Cattiva gestione risorse pubbliche	Rispetto della normativa e delle linee guida ANAC in materia	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Numero delle revoche e percentuale di anomalie rilevate sulle revoche

	di concedere un indennizzo all'aggiudicatario					
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti.  Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per predeterminare l'aggiudicatario, favorendo gli operatori economici che seguono nella graduatoria, oppure violazione delle regole a tutela della trasparenza della procedura per evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte del soggetto escluso o non aggiudicatario	Violazione disciplina in materia al fine di avvantaggiare qualche operatore economico a scapito di altri	Controlli tramite AVCpass per quanto possibile	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Nomina Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) se diverso dal RUP	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Violazione delle regole sul conflitto di interessi/incompatibilità nelle procedure di nomina	Modulistica dichiarazioni assenza cause incompatibilità o astensione per il DEC	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione
Esecuzione del contratto - Ammissione delle varianti	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra	Elusione delle regole della procedura ad evidenza pubblica	Verifica presupposti normativi per adozione varianti ed adozione atto di variante solo in presenza di motivate esigenze espresse dal DEC (apposita relazione)	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Numero delle varianti e percentuale di anomalie (assenza relazione motivata) rilevate sulle varianti

	guadagni)					
Esecuzione del contratto - Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore	Acquisizione di prodotti “extracontrattuali”	Verifica presupposti normativi e richiesta/presenza di apposita relazione del DEC  Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/ sostituzioni	Già in essere  Entro 2020	U.O. Acquisti Aziendali e parere DEC + CADM se del caso	Numero casi di mancato rispetto procedura/regolamentazione
Esecuzione del contratto - Verifiche in corso esecuzione contratto	1) Mancata o insufficiente verifica dell’effettivo sviluppo del contratto di servizi o forniture rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l’applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato  2) Accettazione materiali/prodotti non conformi nelle forniture di beni sanitari  3) Uso non giustificato di prodotti fuori contratto	Non corretta esecuzione del contratto	Verifica presupposti normativi e richiesta/presenza di apposita relazione in cui il DEC motivi le esigenze del ricorso a sistemi alternativi di risoluzione delle controversie  -----  1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nella esecuzione del contratto 3) Definizione procedure su “non conformità e acquisti in danno”	Già in essere  Entro giugno 2020	U.O. Acquisti Aziendali e comunicazioni del DEC	Comunicazioni del DEC  Numero casi difformità
Esecuzione del contratto- Gestione delle controversie e/o utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l’esecutore	Cattiva gestione risorse pubbliche	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie solo in presenza di motivate esigenze espresse dal DEC (apposita relazione)	Già in essere	U.O. Acquisti Aziendali	Numero delle risoluzioni delle controversie con sistemi alternativi e percentuale di anomalie (assenza relazione motivata) rilevate su tali risoluzioni

a quelli giurisdizionali nella fase di esecuzione del contratto						
Esecuzione del contratto- Percorso gestionale beni acquistati (sanitari e non)	Sottrazione beni e/o falsificazione contabile	Inadeguata gestione di risorse pubbliche	Specifiche procedure per la gestione e il monitoraggio dei beni (sanitari e non) presenti in magazzino, segregazione di funzioni, controlli trasversali	Già in essere	U.O. Programmazione Beni e Servizi	Procedure e successive revisioni: - Gestione contabile della supply chain del magazzino unico dell'AUSL della Romagna - ciclo passivo per acquisiti di servizi inerenti la gestione del parco auto aziendale - ciclo passivo degli acquisti dei beni sanitari e non sanitari e gestione degli inventari di magazzino - ciclo passivo relativa al noleggio di attrezzature non sanitarie - ciclo passivo dei trasporti su strada di materiali sanitari e non

## **A2 Lavori Pubblici**

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione della gara	Mancata predisposizione strumenti di programmazione per acquisti di beni e servizi	Definizione di fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/eco nomicità	Strumento di programmazione annuale anche per l'acquisto di beni e servizi	Già in essere	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Adozione strumento di programmazione - Con Delib. n. 312 del 1/10/2019 è stato adottato il "Programma triennale dei lavori pubblici per gli anni 2019-2020-2021 ed elenco annuale dei lavori per l'anno 2019- Art. 21 D.Lgs. n. 50/2016 e s.m.i."
Progettazione della procedura- Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti il	Nomina Responsabile unico del procedimento (RUP) e Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara	Rotazione nelle nomine dei RUP	Già in essere	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione	Adozione linee guida per definizione criteri di rotazione - Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e

Gruppo tecnico	(soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/ adeguati ad assicurarne terzietà ed indipendenza				immobili ed impianti	gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
Selezione del contraente - Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione e/o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che nella fase successiva di controllo	Violazione della regolamentazione in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Individuazione locali o armadi dedicati alla custodia della documentazione di gara dotati di idonei sistemi di chiusura	Già in essere	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Informativa scritta al personale interessato - E' stata redatta un'informativa al personale dipendente circa la corretta conservazione della documentazione di gara
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Nomina Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) se diverso dal RUP e nomina Direttore Lavori (DL)	Nomina DEC/DL in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Violazione delle regole sul conflitto di interessi/incompatibilità nelle procedure di nomina	1) sottoscrizione modulistica circa assenza conflitto interessi da parte di DL/DEC 2) rotazione incarichi DL	Già in essere	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio /U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	1) predisposizione modulistica 2) linee guida su definizione criteri di rotazione DL - La modulistica è attualmente già utilizzata. Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
Esecuzione del contratto - Verifiche in corso di esecuzione del contratto	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al cronoprogramma e/o accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari e/o accettazione in cantiere di materiali non conformi al capitolato	Violazione della disciplina in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Rotazione DL/DEC	Già in essere	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida su definizione criteri di rotazione DL - Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
Rendicontazione	Attribuzione	Violazione disciplina	Adozione criteri di rotazione	Già in	U.O.	Adozione linee guida su definizione



del contratto - Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	in materia	dei collaudatori	essere	Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	criteri di rotazione collaudatori - Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
--	---	------------	------------------	--------	--	---

### B) Area di rischio: Attività libero professionale

L'esercizio della libera professione intramoenia è per il dirigente medico con rapporto esclusivo un diritto sancito dall'articolo 54 del CCNL 1998-2001, il cui co. 1 prevede espressamente che *«a tutto il personale medico con rapporto esclusivo è consentito lo svolgimento dell'attività libero professionale all'interno dell'azienda, nell'ambito delle strutture aziendali individuate con apposito atto adottato dall'azienda con il concorso del Collegio di direzione»*. Trattasi, comunque, di attività che non deve porsi in contrasto con le finalità e i compiti istituzionali dell'azienda ed il cui svolgimento deve essere organizzato in modo tale da garantire l'integrale assolvimento dei compiti istituzionali e la piena funzionalità dei servizi, non potendo complessivamente comportare, per ciascun dirigente, un volume di prestazioni o un volume orario superiore a quello previsto per l'assolvimento dei compiti istituzionali.

Con l'assetto organizzativo deliberato a luglio del 2015 la U.O. Libera Professione è investita del compito di assicurare, in ottemperanza agli obblighi normativi nazionali e regionali ed alle politiche aziendali, l'esercizio dell'attività libero professionale e, allo scopo di prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale/attività libero professionale e di perseguire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, deve garantire il proprio supporto operativo al Direttore sanitario ed al Collegio di Direzione.

Con riferimento, invece, alle connessioni con il sistema di gestione delle liste di attesa è bene precisare che, in virtù della l. 3.08.2007, n. 120 secondo cui ai tempi medi delle prestazioni rese in regime di libera professione intramuraria devono allinearsi i tempi di erogazione delle prestazioni nell'ambito dell'attività istituzionale, le Aziende oltre che proseguire nell'adozione di tutti gli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari, sono tenute a monitorare la libera professione. Difatti quest'ultima, pur rappresentando un'opportunità per il cittadino e per il professionista, deve essere legata esclusivamente ad una libera scelta e non essere alimentata dai lunghi tempi di attesa in regime istituzionale. Per tale motivo, come ha ribadito da ultimo dalla DGR n. 1056/2015 della Regione Emilia Romagna le Aziende sono autorizzate a sospendere l'attività libero-professionale in quelle specialità che in regime istituzionale hanno tempi di attesa più lunghi rispetto alla libera professione. A tal riguardo, del resto, l'Ausl Romagna con deliberazione n. 775 del 7.10.2015 si è dotata di una «cabina di regia» multidisciplinare per assicurare il monitoraggio continuo delle misure adottate, per migliorare l'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali istituzionali nonché fornire altre utili informazioni sulle prestazioni (es. offerta a Cup).

Dal 30/06/2019 sono cessate tutte le convenzioni con le strutture sanitarie non accreditate in rete pertanto è venuta a cessare la relativa area di rischio.

Si riportano di seguito le misure preventive individuate e gli esiti del monitoraggio.

Attività/ Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Libera professione	Svolgimento libera professione in orario di servizio	Mancato svolgimento dell'attività istituzionale	1)Adozione Regolamento unico della Ausl Romagna  2)Marcatura causalizzata per la rilevazione oraria dell'attività libero professionale (salvo ambito di Forlì presso il quale tale strumento è già in uso)	Già in essere       Già in essere	1) U.O. Libera Professione      2) U.O. Governio sistemi informativi	1) Adozione Regolamento - Con deliberazione n. 203 del 05/05/2016 è stato adottato l'Atto aziendale per la libera professione intramoenia e le attività a pagamento dell'AUSL della Romagna, successivamente integrato con deliberazione n. 348 del 20/07/2016  2) Avvio sistema di marcatura causalizzata - In data 23/12/2015 è stata inviata a tutti i dirigenti sanitari autorizzati all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria una nota relativa alle istruzioni operative per la rilevazione del tempo dedicato all'attività libero professionale intramuraria – Marcatura causalizzata con tasto “7”
Libera professione	Violazione rapporto attività istituzionali/attività libera professionale	Privilegiare prestazioni in libera professione rispetto attività istituzionale	Monitoraggio rapporto volumi prestazioni SSN/Libera professione	Già in essere	U.O. Libera Professione	Svolgimento controlli - Controlli trimestrali sulle prestazioni oggetto di monitoraggio regionale

### C) Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati

In considerazione degli importanti flussi finanziari che si concentrano intorno all'area dei rapporti contrattuali con i privati accreditati, tanto per le prestazioni di degenza quanto per quelle di specialistica ambulatoriale, nel 2015, all'esito della mappatura di tale area è stato riscontrato un livello di rischio di corruzione medio e rilevante, tale per cui, nel successivo triennio le azioni dell'U.O. Acquisizione Prestazioni Sanitarie da Erogatori Esterni – che sovrintende ad una serie di attività in cui sono coinvolti operatori di varia estrazione - si sono gradualmente convogliate in un'ottica di implementazione sia dei controlli preventivi, propedeutici alla contrattazione, sia dei monitoraggi in fase di esecuzione dei singoli contratti di fornitura locali in essere con le varie strutture, garantendone sempre più trasparenza e tracciabilità.

Il processo dell'accreditamento si iscrive nel nuovo welfare sociale, in cui la gestione dei servizi della persona fa leva sulla riconosciuta competenza regionale (Corte Costituzionale 272/2004). Infatti, al centro della filiera "autorizzazione, accreditamento e contratti di servizi" si colloca la Regione che, ai sensi dell'art. 8 *quater* d.lgs. 502/1992, rilascia il provvedimento di accreditamento a mezzo del quale viene riconosciuto alle strutture già autorizzate lo *status* di potenziali erogatori di prestazioni sanitarie nell'ambito e per conto del Servizio Sanitario Nazionale.

Dunque, fermo restando il ruolo centrale della Regione Emilia Romagna nella procedura di accreditamento (l.r. 34/1998 nel testo coordinato con la l. r. 2/2003 e 4/2008), con riferimento all'area dei rapporti contrattuali con i privati accreditati e relativamente ai processi che risultano governati dall'Azienda Usl della Romagna, si evidenzia una definizione più chiara di ruoli e funzioni nella determinazione del fabbisogno sanitario, in ogni caso vincolato al riscontro oggettivo dei tempi di attesa (maps) e al fatto che è possibile commissionare solo prestazioni accreditate dalla Regione, rispetto alle quali viene, comunque, effettuato, un controllo preventivo.

Ulteriore misura a garanzia della trasparenza è stata rinvenuta e concretizzata nel rafforzamento della tracciabilità della scelta dei Fornitori da parte dei Responsabili sanitari aziendali, nonché nella implementazione dei controlli preventivi sul possesso dei requisiti oggettivi e soggettivi in capo ai Fornitori stessi.

In particolare sono stati implementati i seguenti controlli:

- con riferimento alle Strutture private accreditate aderenti ad AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata) ed ANISAP (Associazione Regionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private) ed ANISAP (Associazione Regionale Istituzioni Sanitarie Ambulatoriali Private) sono stati implementati i controlli in merito alla sussistenza dei requisiti soggettivi, come meglio declinati nell'Accordo AIOP- RER di cui alla DGR n. 2329/2016 e nell'accordo ANISAP -RER di cui alla DGR n. 167/2019. Nello specifico:
- è stato ampliato il format delle autocertificazioni in merito al possesso dei requisiti soggettivi, ricomprendendo nel dettaglio i requisiti di cui all'art. 80 D. Lgs. n. 50/2016, tra cui a titolo esemplificativo e non esaustivo quelli afferenti il rispetto delle prescrizioni in materia di salute e sicurezza sul lavoro ex D. Lgs. n. 81/2008 e in materia di diritto al lavoro dei disabili.
- È stata richiesta, alle amministrazioni competenti, la trasmissione di: 1) certificazione Antimafia ex D. Lgs. n. 159/2011, 2) certificazione che attesti la regolarità fiscale (certificazione presso Agenzia delle Entrate) e contributiva (DURC) della struttura; 3) attestazione circa l'insussistenza dello stato di fallimento, liquidazione coatta, concordato preventivo, nonché la mancanza di procedimenti in corso per la dichiarazione di una delle suddette situazioni, riferiti alla struttura; 4) certificato del casellario giudiziale delle persone fisiche rivestenti specifiche qualifiche; 5) certificato delle sanzioni amministrative riferito alla struttura; 6) certificazione al Centro per l'Impiego competente (Ufficio collocamento mirato) relativa al rispetto delle prescrizioni in materia di "Diritto al lavoro dei disabili".

Sono stati altresì ulteriormente sviluppati controlli amministrativi in merito alla corretta esecuzione del contratto, descritti nelle relative procedure.

In particolare, trovano applicazione:

- Regolamento aziendale "Modalità esecutive ed effetti del monitoraggio e controllo sull'attività di degenza" adottato con deliberazione n. 153 del 14/04/2016
- Procedura aziendale n. 28 del 5/04/2016 che regola i controlli sanitari sull'attività di degenza in ospedali privati accreditati

- Procedura aziendale n. 76 del 20/04/2018 e succ. revisioni che regola il processo relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie di ricovero da strutture sanitarie private accreditate (Ospedali privati accreditati, Centri Riabilitativi, Centri per pazienti psichiatrici)
- Procedura aziendale n. 103 del 20/04/2018 e succ. revisioni che regola il processo relativo all'acquisto di prestazioni sanitarie di specialistica ambulatoriale, diagnostica strumentale, riabilitazione ambulatoriale e domiciliare da strutture private accreditate della Regione Emilia-Romagna in cui sono individuati gli specifici criteri per la scelta del contraente (prossimità geografica, capacità produttiva, livelli di scontistica...).

Inoltre si è dato corso a:

- pianificazione e Programmazione delle attività di controllo sanitario con esplicitazione della tipologia e quantità dei fenomeni da controllare, delle modalità di conduzione dei controlli, dei criteri di valutazione e degli esiti pattuiti, conformemente a PAC 2018;
- qualificazione e potenziamento controlli amministrativi effettuati in conformità alle procedure PA 76 del 20/04/2018 e PA 103 del 20/04/2018: controlli anagrafici, verifica fra ammontare del fatturato e validato regionale, confronto fra fatturato e budget negoziato, applicazione penalità RER per residenti (degenza) e fuori RER (degenza e specialistica), verifica corretta applicazione Piattaforma Web Regionale, controllo coerenza tipologie di prestazioni con configurazione di accreditamento e con accordo di fornitura.

L'insieme di tali misure, unitamente alla regolamentazione dell'attività dei controlli sanitari in collaborazione con il soggetto responsabile del Nucleo Aziendale Controlli (NAC), consentono di rilevare un abbassamento del livello di rischio entro valori medi.

Si riportano di seguito le misure preventive individuate e gli esiti del monitoraggio.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Selezione strutture accreditate	Eccessiva discrezionalità nella scelta delle strutture sanitarie accreditate presso le quali acquistare prestazioni di degenza e di specialistica ambulatoriale	Violazione libera concorrenza in collusione con operatore economico e a scapito di interesse pubblico	1) Adozione Regolamento unico della Ausl Romagna sui controlli sanitari ed amministrativi  2) Miglioramento e ulteriore rafforzamento del livello di dettaglio nella redazione delle motivazioni in ordine alla necessità del ricorso all'esterno e alla scelta del fornitore in coerenza con la Procedura aziendale n. 103 del 20/04/2018  3) Implementazione ulteriori controlli mediante richiesta di	Già in essere  Entro 2019	U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni/ Direttori Distretto e relativi Referenti Sanitari di supporto a valenza tecnico-operativa	1) Il Regolamento aziendale "Modalità esecutive ed effetti del monitoraggio e controllo sull'attività di degenza" è stato adottato con deliberazione n. 153 del 14/04/2016  2) I verbali gruppo CSA - Committenza Specialistica Ambulatoriale (Direttori di Distretto e referenti a valenza tecnico-operativa e Direttore UO Acquisizione prestazioni sanitarie da erogatori esterni) - sono trasmessi a tutti i componenti da cui emergono problematiche relative al mantenimento dei tempi di attesa entro gli

			<p>certificazione al Centro per l'impiego competente (Ufficio collocamento mirato) relativa al rispetto delle prescrizioni in materia di "Diritto al lavoro dei disabili"</p> <p>4) Potenziamento conoscenze e competenze professionali in merito ai controlli relativi alla sussistenza e al possesso dei requisiti soggettivi delle strutture accreditate (di cui all'art.80 d.Lgs. n. 50/2016), mediante specifica formazione.</p>	<p>Entro 2019</p> <p>Entro 2020</p>	<p>nominanti dal Direttore Sanitario aziendale (relativamente e alla misura di cui al punto n. 2)</p>	<p>standard regionali e in cui sono standardizzate, tramite apposita griglia, le motivazioni della necessità dell'ulteriore fabbisogno sanitario e i criteri di scelta del contraente</p> <p>3)E' stata richiesta la trasmissione delle certificazioni da altre amministrazioni/enti</p>
Determinazione del fabbisogno	Eccessiva discrezionalità nella determinazione del fabbisogno relativamente a modalità, tipologie, tempistiche delle prestazioni di degenza ed ambulatoriali da reperire presso le strutture	Stipula di contratti di degenza e prestazioni ambulatoriali con strutture sanitarie private accreditate senza la necessaria valutazione del fabbisogno esistente con	Presidio applicazione misure/strumenti e procedure aziendali	Già in essere	Responsabile Pianificazione e fabbisogno sanitario aziendale di prestazioni di ricovero finalizzate alla committenza esterna/Direttori Distretto competenti e	<p>Nelle procedure di acquisiti prestazioni degenza PA 76 e specialistica PA103 sono riportate le matrici di responsabilità che definiscono i ruoli dei vari soggetti e le relative responsabilità nelle diverse fasi del processo di acquisto delle suddette prestazioni</p> <p>L'analisi, la valutazione, la definizione e la programmazione del fabbisogno viene effettuata:</p> <p>1)per quanto riguarda le prestazioni di ricovero, il Responsabile "Pianificazione fabbisogno sanitario aziendale di prestazioni di ricovero finalizzate alla committenza esterna" in staff al Direttore Sanitario aziendale, individuato con deliberazione n. 428/2018, definisce annualmente il piano committenza ricoveri (oltre che per chirurgia ambulatoriale, ossigenoterapia e radioterapia su mandato della Direzione sanitaria), in coerenza con linee strategiche aziendali ricevute e in raccordo con il Responsabile unico aziendale liste di</p>

	sanitarie accreditate	cattiva gestione delle risorse pubbliche			relativi Referenti Sanitari di supporto a valenza tecnico- operativa nominanti dal Direttore Sanitario aziendale/U. O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni	<p>attesa ricoveri, individuato con deliberazione n. 166/2017 e, con il Direttore del Dipartimento di Salute Mentale aziendale (per le prestazioni psichiatriche in regime di degenza e residenzialità), con il Responsabile Rete Riabilitazione e/o U.O.;</p> <p>2)per quanto riguarda le prestazioni di specialistica ambulatoriale, la fase della definizione del fabbisogno sanitario si realizza attraverso l'assetto organizzativo e le funzioni assegnate al "Gruppo operativo per la Committenza sanitaria della specialistica ambulatoriale", di cui a deliberazione n. 333/2017 e alla lettera prot. n. 197263 del 7/09/2017 modificata con lettera prot. n. 96103 del 16/04/2018. I Direttori di Distretto individuati per i tre ambiti aziendali definiscono annualmente, previa condivisione all'interno del gruppo CSA e con il supporto dei referenti a valenza tecnico operativa di ambito in accordo con il Responsabile Odontoiatria Aziendale ed il Responsabile Rete Riabilitativa aziendale, i singoli piani di committenza specialistica, in coerenza con le linee strategiche aziendali ricevute in relazione ai seguenti criteri:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-fabbisogno sanitario della popolazione residente</li> <li>- volumi storici di prestazioni commissionati</li> <li>- capacità operativa e organizzativa del Fornitore all'attivazione delle agende di committenza senza soluzione di continuità</li> <li>- livelli di scontistica applicati da parte del Fornitore</li> <li>- garanzia della accessibilità per i cittadini residenti entro tempi di attesa standard regionali, coerentemente con i bacini di riferimento /ambiti di garanzia definiti dall'Azienda in rapporto alle singole tipologie di prestazioni, oggetto di monitoraggio regionale</li> <li>- indicazioni complessive Piano regionale di governo delle liste di attesa</li> </ul>
Esecuzione degli accordi contrattuali per prestazioni di degenza ed ambulatoriali	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito a tipologia e qualità delle prestazioni di degenza	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Regolamento sui controlli, con previsione anche di controlli sulla qualità  Presidio applicazione misure/strumenti e procedure aziendali	Già in essere	Responsabile Pianificazione e fabbisogno sanitario aziendale di prestazioni di ricovero finalizzate alla committenza esterna/U.O. Acquisizioni Prestazioni	<p>Lettere di contestazione di addebiti con richiesta di emissione di nota di credito</p> <p>Misure esistenti: Stretto monitoraggio degli accordi di fornitura attraverso controlli periodici di natura amministrativa, come da procedure PA 76 e PA103. Reportistica monitoraggio mensile fatturato e produzione; controllo volumi qualitativi; confronto fatturato/budget assegnato; confronto fatturato/validati regionali. I suddetti monitoraggi sono condivisi con i committenti sanitari attraverso cartella informatica. Monitoraggio invii da</p>

					Sanitarie da erogatori Esterni/Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero/ Direttori Distretto competenti	<p>pubblico con trasmissione dei reports e segnalazioni degli eventuali sforamenti al Responsabile Pianificazione fabbisogno sanitario aziendale di prestazioni di ricovero finalizzate alla committenza esterna per azioni di rientro con Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero.</p> <p>Incontri periodici con strutture per monitoraggio dati di produzione/fatturato e contratto di fornitura in essere. Lettere di contestazione di addebito in caso di eccesso di produzione da parte delle strutture, con contestuale richiesta di emissione di nota di credito, in esito alle penalità definite dalla Commissione Paritetica Regionale (per l'attività di degenza). Gestione reclami utenti e segnalazioni verbali, con richiesta alle strutture di dare spiegazioni e di motivare in merito all'episodio contestato in collaborazione con Direttori di Distretto e Ufficio URP.</p>
Controlli	Mancato o parziale/inadeguato svolgimento delle attività di controllo sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	<p>1)Procedura aziendale</p> <p>2)Rotazione operatori addetti ai controlli (NAC)</p> <p>3)Implementazione di ulteriori attività di controllo relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale</p>	<p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p> <p>Entro 2019</p>	<p>U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni/Responsabile aziendale Odontoiatria/ Responsabile Direttori di Distretto competenti/ NAC</p>	<p>1)Applicazione della procedura aziendale n. 28 del 05/04/2016 - NAC (Nucleo Aziendale Controlli) per controlli sanitari;</p> <p>2)Rotazione degli operatori</p> <p>3) Sono stati potenziati i controlli amministrativi effettuati in conformità delle procedure aziendali (PA76 e PA 103) ed implementate ulteriori attività di controllo relative a prestazioni di specialistica ambulatoriale:</p> <p>a) verifica codici non associabili tra loro come da indicazione del Nomenclatore Tariffario Specialistica ambulatoriale;</p> <p>b) verifica utilizzo codice nomenclatore</p>

			4) Presidio applicazione misure/strumenti e procedure aziendali	Già in essere		<p>corretto</p> <p>c) verifica corrispondenza tra prestazione prescritta e prestazione erogata /addebitata</p> <p>d) controllo su applicazione delle quote di contribuzione per ortodonzia (ISEE)</p> <p>4) Lettere di contestazione di addebiti con richiesta di emissione di nota di credito</p>
--	--	--	---	---------------	--	--

#### **D) Area di rischio: Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero**

In riferimento alle attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero - al fine di superare alcune disomogeneità presenti nei diversi ambiti territoriali dell'Azienda, tra cui l'esternalizzazione del servizio mortuario per la sola direzione di Ravenna - in data 5/02/2019 è stata adottata la procedura aziendale (PA200) "Gestione dei decessi in ambito ospedaliero", che definisce, tra l'altro, i requisiti di tracciabilità delle attività degli operatori che – per quanto di competenza – hanno accesso alla camera mortuaria, la turnazione del personale ed i controlli da svolgersi oltre all'attività ordinaria di vigilanza. In particolare la procedura prevede che in ciascuna camera mortuaria siano presenti due registri: uno relativo all'attività della camera mortuaria, la cui compilazione è di competenza esclusiva dell'operatore di obitorio, ed uno dedicato all'attività di vestizione delle salme, alla cui compilazione partecipano – per quanto di competenza – gli operatori delle Imprese di Onoranze Funebri, cui è stata posta in carico, a seguito di indicazioni regionali del 2018, l'attività di vestizione e tanatocosmesi dei defunti, come da specifiche istruzioni operative fornite al personale.

Sono presenti ed accessibili sotto forma di materiale espositivo, presso i locali della camera mortuaria, gli elenchi delle Imprese autorizzate a collaborare con l'Azienda. L'aggiornamento di tali elenchi avviene semestralmente a cura dell'U.O. Piattaforma Amministrativa. Nei reparti di degenza sono invece disponibili apposite brochure distribuite ai congiunti dal personale infermieristico di reparto. Le misure adottate sono state diffuse anche tramite specifiche note inviate dalle Direzioni mediche/assistenziali agli operatori coinvolti.

Sono state inoltre stabilite modalità organizzative che prevedono la rotazione del personale nei diversi ambiti territoriali, per periodi predeterminati, come previsto nella procedura aziendale.

Oltre all'ordinaria attività di vigilanza si prevede, in capo alla Direzione Medica di Presidio, un controllo trimestrale della corretta compilazione e tenuta dei registri e tramite le informazioni in esse riportate, la verifica della omogenea distribuzione degli incarichi alle Imprese, che si attende, con le normali oscillazioni, equilibrata in virtù di rapporti stabiliti in un contesto di libero mercato.

Al riguardo il Codice di comportamento aziendale (approvato con deliberazione n. 209 del 30/05/2018) prevede una specifica disposizione sul tema (art. 18 Attività conseguenti al decesso) ove è stabilito che:

*“1.Tenuto conto delle forti implicazioni di natura sia etica sia economica connesse ai molteplici interessi che si possono concentrare sulle attività conseguenti al decesso, nell'applicazione delle disposizioni del Codice i destinatari coinvolti:*



*a. rispettano l'obbligo di riservatezza relativo all'evento decesso*

*b. non accettano né richiedono omaggi compensi o altre utilità in relazione all'espletamento delle proprie funzioni o dei compiti previsti, in particolare all'interno delle camere mortuarie*

*c. non suggeriscono ai parenti del deceduto alcuna specifica impresa di onoranze funebri.*

*2.1 Dirigenti e il Direttore Sanitario sono tenuti a vigilare sulla osservanza delle presenti norme di condotta”.*

Infine, ma non da ultimo, al fine di potenziare le misure di prevenzione e contrasto degli eventi corruttivi in ambito funebre, la Regione è intervenuta in materia con la DGR n. 1678 del 14/10/2019 “Approvazione Direttiva della Giunta Regionale , ai sensi dell’art. 2, c. 1, lett. A) della L.R. 29 luglio 2004, n. 19 in materia di riordino dell’esercizio dell’attività funebre e di accreditamento delle imprese funebri operanti in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate” che regola l’esercizio dell’attività funebre, introducendo, in particolare, l’obbligo dell’accreditamento delle imprese funebri che intendono operare in strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e modalità operative specifiche di rilevazione delle presenze degli operatori della imprese funebri all’interno degli spazi aziendali. L’Azienda, pertanto, si conformerà alle determinazioni assunte dall’Ente regionale nel rispetto della tempistica prevista nella Deliberazione sopra citata.

Per i processi a rischio rispetto a tale area - per i quali la mappatura del 2018 ha evidenziato un rischio rilevante - si dà atto di seguito dell'esito del monitoraggio in relazione alle misure di prevenzione individuate. Tale Area è stata nuovamente sottoposta a mappatura del rischio nel 2019 rispetto alla quale si riporta di seguito la nuova misura da attivare.

### **Misure preventive specifiche**

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Gestione decesso in ambito intra-ospedaliero	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in merito all’espletamento di attività rientranti nelle funzioni proprie o dei compiti previsti dal servizio	Indebita pressione su utenti al fine di ottenere vantaggi indebiti in danno anche dell’immagine aziendale	Procedura omogenea a livello aziendale per la gestione dei decessi in ospedale e camera mortuaria	Entro marzo 2019	Direzione sanitaria e Direzione Tecnica e Infermieristica	Adozione procedura aziendale
	Svolgimento di attività al di fuori dei compiti d’ufficio a favore di una o più agenzie di onoranze funebri (es. deposizione)	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per	Revisione della Procedura aziendale PA200 “Gestione dei decessi in	Entro giugno 2020		In data 5/02/2019 è stata adottata la procedura aziendale (PA200) “Gestione dei decessi in ambito ospedaliero”  Revisione della Procedura aziendale

	della salma nella bara, montaggio camera ardente ecc) al fine di ottenere indebiti vantaggi (compensi, regali ecc)	ricavarne un utile personale	<p>ambito ospedaliero” relativamente alle norme di comportamento che devono essere rispettate dagli operatori addetti alle Camere mortuarie e dal personale delle Agenzie di Onoranze Funebri</p> <p>Rotazione degli operatori:</p> <p>studio di fattibilità in relazione al PO di Forlì e al PO di Cesena</p>	Entro giugno 2019	Direzione Tecnica e Infermieristica – Pagliarani Patrizia	<p>Rotazione degli operatori</p> <p>E' effettuata la rotazione periodica degli operatori fra gli obitori dei due presidi ospedalieri dell'ambito di Rimini.</p> <p>Produzione del documento circa lo studio di fattibilità della rotazione del personale presso il PO di Forlì e presso il PO di Cesena nonché PO di Faenza e Lugo</p> <p>Dal 2019 è attivata la rotazione degli operatori presso il PO di Forlì e il PO di Cesena nonché presso i Presidi di Lugo e Faenza</p>
Gestione decesso in ambito intra-ospedaliero	Segnalazione da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri a scapito delle altre e in cambio di utili personali	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	Affissione dell'elenco delle imprese di onoranze funebri operanti presso ciascun territorio al fine di evitare qualsiasi forma di favoreggiamento a favore di uno di essi da parte degli operatori necrofori	Già in essere	Direzione sanitaria	<p>Affissione elenco delle imprese di onoranze funebri operanti nel territorio</p> <p>L'elenco delle imprese di onoranze funebri è affisso presso le Camere mortuarie dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda</p>

### E) Area di rischio: Acquisizione del Personale

Nell'assetto organizzativo dell'Ausl Romagna l'area dell'acquisizione del personale fa capo rispettivamente a due Unità Operative aziendali: la U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane e la U.O. Gestione Economica Risorse Umane. Come già indicato nella parte prima, con riferimento all'area degli "incarichi e nomine", deve segnalarsi che l'Ausl Romagna ha provveduto ad affidare gli incarichi dirigenziali di struttura complessa nel rispetto dei presupposti programmatori discendenti dal nuovo assetto organizzativo varato nel mese di luglio 2015 e, mediante il regolamento per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, approvato con determinazione n. 2093 del 13.08.2015, ha adottato una specifica misura – seppur non espressamente richiesta dalla legge – atta a regolamentare l'esercizio della discrezionalità nella fase di selezione dei candidati. Inoltre, ai fini del conferimento di borse di studio l'Ausl Romagna, si è dotata di apposito regolamento adottato con deliberazione n. 933/2015, mediante cui definisce le relative modalità di istituzione, selezione ed assegnazione nel rispetto dei principi della trasparenza e pubblicità delle procedure selettive nonché della coerenza con il fabbisogno aziendale.

Nel corso del 2016, a seguito del mutato assetto organizzativo conseguente al progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale, si è reso necessario indagare nuovamente il livello di "rischio – corruzione" nell'Area del personale tramite la predisposizione di schede per la valutazione del rischio di corruzione che i responsabili dei servizi hanno compilato vagliando, in riferimento a ciascuna attività/processo sottoposto a valutazione, probabilità ed impatto del rischio ed individuando anche le necessarie misure di prevenzione da implementare sotto riportate. Tra queste, con riferimento agli incarichi 15 septies D.Lgs. 502/1992, è stata attivata una specifica misura che prevede l'attivazione di nuovi contratti previa selezione pubblica. Tale Area è stata nuovamente sottoposta a mappatura del rischio nel 2018 e 2019. Si riportano di seguito gli esiti del monitoraggio effettuato rispetto alle misure di prevenzione individuate nonché le nuove misure da attivare.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Procedure concorsuali con rapporto di lavoro a tempo indeterminato	Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti favorire un particolare soggetto (es. accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc).  Irregolare/illegittima composizione della	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Rispetto disposizioni normative e regolamentari in materia  Revisione continua, armonizzazione e aggiornamento dei comportamenti degli uffici	Già in essere  Già in essere	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Responsabile procedure selettive	Gli operatori di riferimento degli uffici concorsi, attraverso contatti costanti e riunioni periodiche mensili del "gruppo coordinamento concorsi", nel 2017 hanno provveduto ad armonizzare i contenuti fondamentali dei bandi e le principali modalità operative di gestione delle procedure selettive.  Nel 2018 è proseguita l'attività di continuo confronto tra uffici e il completamento dell'aggiornamento di modalità e strumenti operativi  Nel 2019 è proseguita l'attività di confronto tra le

	<p>commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>		<p>Controlli sui requisiti e dichiarazioni</p> <p>Rotazione dei segretari e del personale di supporto in seguito all'inserimento presso gli uffici concorsi di nuove figure impiegate nelle diverse attività e all'individuazione di figure di altre U.O. in ruoli di segreteria di commissioni</p> <p>Segregazione delle funzioni</p> <p>ampliamento della platea delle figure da formare (previo affiancamento degli operatori esperti) sulle varie funzioni al fine di rendere maggiormente utilizzabile il</p>	<p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p>		<p>modalità operative degli uffici e l'aggiornamento di modalità e strumenti operativi con particolare riferimento alla ricezione delle domande e gestione delle procedure attraverso il sistema WHR GRU. Inoltre sono posti in essere controlli su requisiti e dichiarazioni.</p> <p>Indicatori: n. di controlli n. personale di segreteria interessato dalla rotazione.</p>
--	--	--	--	--	--	---

			meccanismo di rotazione dei segretari e delle figure addette al supporto dei lavori delle commissioni o alle quali assegnare fasi del procedimento	Annuale		
Procedure selettive con rapporto di lavoro a tempo determinato	<p>Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti a favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	<p>Rispetto disposizione in ordine normative e regolamentari in materia</p> <p>Revisione continua, armonizzazione e aggiornamento dei comportamenti degli uffici</p> <p>Controlli su requisiti e dichiarazioni</p> <p>Rotazione dei segretari e del personale di supporto, in seguito all'inserimento presso gli uffici concorsi di nuove</p>	<p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p>	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Responsabile procedure selettive	

			<p>figure impiegate nelle diverse attività e all'individuazione di figure di altre UUOO in ruoli di segreteria di commissioni.</p> <p>Segregazione delle funzioni</p> <p>ampliamento della platea delle figure da formare (previo affiancamento degli operatori esperti) sulle varie funzioni al fine di rendere maggiormente utilizzabile il meccanismo di rotazione dei segretari e delle figure addette al supporto dei lavori delle commissioni o alle quali assegnare fasi del procedimento</p>	<p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p> <p>Annuale</p>		
Procedure per il conferimento di contratti di lavoro	Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di	Adozione regolamento ad hoc	Adottato	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	-

autonomo e di collaborazione	<p>selettive volti a favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>	favorire un determinato soggetto	<p>Rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia</p> <p>Adeguamento dei comportamenti e definizione di indicazioni operative correlate all'evoluzione normativa delle disposizioni in materia</p>	<p>Già in essere</p> <p>Entro 1 mese da ogni nuova disposizione normativa</p>	Dirigente Responsabile della funzione	Con deliberazione n. 458 del 12/12/2018 è stato adottato il nuovo regolamento aziendale sulle modalità di istituzione e gestione di rapporti di lavoro autonomo. Il predetto regolamento prevede anche, con riferimento ai diversi aspetti e fasi della procedura e della gestione dei rapporti di lavoro, le diverse responsabilità
Procedure comparative Mobilità diretta tra PA	Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti a favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)	Elusione regole generali per favorire un determinato concorrente	<p>Ridefinizione regolamentazione aziendale</p> <p>Rispetto disposizioni normative e regolamentari in materia</p> <p>Rotazione dei segretari e del personale di supporto, in seguito</p>	<p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p>	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile procedure selettive)	<p>Individuazione dirigente responsabile e adozione regolamento</p> <p>-</p> <p>Con deliberazione n. 487 del 28/12/2018 è stato adottato il regolamento aziendale sulle modalità di gestione dell'istituto della mobilità esterna</p> <p>Indicatore: n. personale di segreteria interessato dalla</p>

			<p>all'inserimento presso gli uffici concorsi di nuove figure impiegate nelle diverse attività e all'individuazione di figure di altre UUOO in ruoli di segreteria di commissioni.</p> <p>Segregazione delle funzioni</p> <p>Ampliamento della platea delle figure da formare (previo affiancamento degli operatori esperti) sulle varie funzioni al fine di rendere maggiormente utilizzabile il meccanismo di rotazione dei segretari e delle figure addette al supporto dei lavori delle commissioni o alle quali assegnare fasi del procedimento</p>	<p>Già in essere</p> <p>Annuale</p>		rotazione
Affidamento incarichi di direzione di	Uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di	Formazione e implementazione competenze	Già in essere	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	Formazione di almeno 5 figure di categoria D/DS Affidamento incarichi di direzione di struttura



struttura complessa (Direttore di dipartimento/Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero) e di struttura semplice/ Affidamento incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo	discrezionale di scelta.	favorire un determinato soggetto	operatori addetti  Rispetto delle disposizioni normative e regolamentari in materia  Controllo sul rispetto delle procedure previste dalle vigenti disposizioni prima dell'adozione o proposizione degli atti di conferimento incarichi	Già in essere  Su ogni procedura posta in essere immediata	Dirigente Responsabile procedure selettive (da individuare)	complessa (Direttore di dipartimento/Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero) e di struttura semplice: per le strutture complesse le figure di riferimento dei concorsi, di categoria D sono state coinvolte e formate nella gestione delle diverse procedure che comunque, sulla base delle specificità delle stesse richiedono un elevato livello di competenza e specializzazione per cui le selezioni vengono affidate prevalentemente ad una figura, seppure affiancata da ulteriori collaboratori; per le strutture semplici dipartimentali sono attualmente in corso le prime selezioni alla luce del regolamento aziendale per l'affidamento incarichi dirigenziali adottato con delibera n. 132 dell'11 aprile 2018, su tali procedure sono state per ora coinvolte 2 figure di categoria D; affidamento incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo: il percorso di affidamento degli incarichi per la dirigenza sanitaria è stato definito nel regolamento aziendale per l'affidamento incarichi dirigenziali adottato con delibera n. 132 dell'11 aprile 2018 che prevede il coinvolgimento dei diversi dipartimenti
Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Ritardato o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione;  A sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di	Cattiva gestione risorse pubbliche	Definizione programmazione con la Direzione aziendale  Rispetto disposizioni normative e regolamentari in materia	Già in essere  Già in essere	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	Definizione della programmazione con la Direzione aziendale in relazione alle cessazioni e alle situazioni di Dirigenti facenti funzione e ad interim

	conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi ed a vantaggio del sostituto, la cui retribuzione viene equiparata ad un dirigente di S.C.		Attivazione selezioni per facenti funzioni secondo la procedura definita a livello aziendale (PA143)	Attraverso l'implementazione dei dati contenuti nel GRU		Indicatore: tempistica incarichi facente funzione/interim
Conferimento incarichi ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs 502/1992	Uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in virtù della natura fiduciaria dell'incarico	Cattiva gestione risorse pubbliche	<p>Effettuazione di procedure selettive pubbliche per tutti gli incarichi attivi</p> <p>Rispetto disposizioni normative in materia</p> <p>Individuazione commissioni anche con esperti extra Azienda, in relazione alla specificità dei contenuti dei bando</p>	<p>Già in essere</p> <p>Già in essere</p> <p>A seconda delle tempistiche di quanto previsto nei singoli bandi</p>	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	<p>Attivazione nuovi contratti previa selezione pubblica</p> <p>-</p> <p>L'affidamento di incarichi ex art. 15 septies d. lgs. n. 502/1992 è sempre stato preceduto da procedure selettive pubbliche</p> <p>Applicazione disposizioni normative e principi in materia di procedure selettive pubbliche</p> <p>Indicatore:n. di esperti extra Azienda individuati per le Commissioni selettive</p>

## F) Area di rischio: Sanità Pubblica - vigilanza, controlli ed ispezioni

Con riguardo all'attività di vigilanza, controlli ed ispezioni, nel corso del 2016 si è proceduto ad indagare il livello di “rischio – corruzione” nell'Area Sanità Pubblica, ove il complesso processo di riorganizzazione aziendale ha visto coinvolte le UU.OO. afferenti al Dipartimento. In particolare, le attività di vigilanza e ispezione ufficiale sono condotte sulla base di procedure standardizzate, manuali e check-list specifici approvati in sede nazionale o regionale. L'utilizzo delle liste di controllo e dei manuali viene inoltre periodicamente verificato nel corso di audit e di supervisioni sia aziendali che regionali. Inoltre, allo scopo di migliorare la trasparenza e prevenire possibili conflitti di interesse nell'esecuzione dei controlli concernenti la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria, il Dipartimento di Sanità Pubblica, per uniformare il sistema di avvicendamento periodico degli operatori all'interno degli ambiti territoriali, ha definito una procedura aziendale comune che è stata validata dalla Direzione aziendale nel dicembre 2016 ed approvata con Determinazione n. 2844 del 17/10/2017 del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica. L'area è stata nuovamente sottoposta a mappatura del rischio nel 2018 e nel 2019. Di seguito si dà atto delle misure di prevenzione individuate.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Procedure di controllo	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo sulla sicurezza alimentare da parte degli operatori addetti a tale controllo	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Ispezioni in coppia e rotazione dei componenti delle coppie, supervisione, check-list, compresenza di almeno due operatori  Procedure dipartimentali “Controllo ufficiale su OSA mediante ispezione” (PD20) “Gestione delle non conformità durante il controllo ufficiale” (PD33) “Gestione degli audit su OSA e nelle UU.OO. della Sicurezza Alimentare” (PD49)	Già in essere	UO Servizio Igiene Alimenti e nutrizione	Rispetto di rotazione dei componenti delle coppie, supervisione e procedure dipartimentali
Attività autorizzatorie	Prestazioni difforme e/o omesse per presenza conflitto di interesse o causa continuità e frequenza di rapporti con stessa utenza nella vigilanza alimentare da parte degli operatori della U.O.	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	Ispezioni in coppia e rotazione dei componenti delle coppie, supervisione, check-list, compresenza di almeno due operatori  Procedure dipartimentali “Gestione del sistema di allerta per alimenti e mangimi” (PD02)	Già in essere	UO Servizio Igiene Alimenti e nutrizione	Rispetto di rotazione dei componenti delle coppie, supervisione e procedure dipartimentali

			“Attività di rilascio certificazioni sanitarie” (PD18)			
Attività di controllo vigilanza e ispezioni	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori della U.O	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	<p>Rotazione del personale, supervisione, check list regionali</p> <p>Procedure dipartimentali  “Gestione dei controlli ispettivi nei macelli avicunicoli”(PD17)  “Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. Veterinarie”(PD19)  “Gestione degli audit interni nelle UU.OO. della Sicurezza Alimentare” (PD38)  “Gestione delle supervisioni sulla attività di vigilanza e ispezione per la sicurezza alimentare” (PD48)  “Il controllo ufficiale su Operatore del Settore Alimentare mediante audit” (PD49)</p>	Già in essere	UU.OO Igiene Alimenti di Origine animale	<p>Rispetto di rotazione, supervisione e procedure dipartimentali</p> <p>Nel 2018 sono stati coinvolti nella rotazione:  -n. 8 veterinari (RN)  -n. 5 veterinari (FO)  -n. 6 veterinari (RA)  -n. 10 veterinari (CE)  Nel 2019 sono stati coinvolti nella rotazione:  -n. 7 veterinari (RN)  -n. 4 veterinari (FO)  -n. 5 veterinari (RA)</p>
Attività autorizzatorie	Valutazioni difformi o omesse per presenza conflitto di interesse o a causa di rapporti con la stessa utenza da parte degli operatori addetti alla vigilanza	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	<p>Rotazione del personale, supervisione, check list regionali e procedure dipartimentali:  “Gestione del sistema di allerta per alimenti e mangimi” (PD02)  “Attività di rilascio di certificazioni sanitarie” (PD18)  “Gestione di controlli ispettivi nei macelli avicunicoli” (PD17)  “Gestione degli audit interni nelle UU.OO. della Sicurezza Alimentare” (PD38)  “Gestione delle supervisioni sulla attività di vigilanza e ispezione per la sicurezza alimentare” (PD48)  “Il controllo ufficiale su Operatore del Settore Alimentare mediante audit” (PD49)</p>	Già in essere	UU.OO Igiene Alimenti di Origine animale	<p>Rispetto di rotazione, supervisione e procedure dipartimentali</p> <p>I dati della rotazione 2018 e 2019 sono riportati in relazione al processo sopra indicato</p>
Vigilanza, ispezione e	Omessa o assenza di trasparenza nelle	Abuso di potere e/o comportamento non	Rotazione del personale, supervisione, check list regionali		UO Sanità animale e Igiene	Rispetto di rotazione, supervisione e procedure dipartimentali

controllo	procedure di controllo da parte degli operatori delle UU.OO.	omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	e procedure dipartimentali: “Gestione delle malattie epidemiche animali” (PD05) “Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. Veterinarie”(PD19) “Gestione degli audit interni nelle UU.OO. della Sicurezza Alimentare” (PD38) “Gestione delle supervisioni sulla attività di vigilanza e ispezione per la sicurezza alimentare” (PD48) “Il controllo ufficiale su Operatore del Settore Alimentare mediante audit” (PD49)	Già in essere	degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche	Nel 2018 sono stati coinvolti nella rotazione: -n. 1 veterinario (RN) -n. 1 veterinario (FO) n.5 veterinari (RA) n.1 veterinario (CE)  Nel 2019 sono stati coinvolti nella rotazione: -n. 2 veterinario (RN) -n. 5 veterinario (FO) n.2 veterinari (RA) n.8 veterinario (CE)
Vigilanza, ispezione e controllo	Prestazioni difformi o omesse per conflitto di interessi o causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa utenza nell’attività di vigilanza da parte degli operatori delle UU.OO.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Rotazione del personale, supervisione, check list regionali e procedure dipartimentali: “Gestione delle malattie epidemiche animali” (PD05) “Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. Veterinarie”(PD19) “Gestione degli audit interni nelle UU.OO. della Sicurezza Alimentare” (PD38) “Gestione delle supervisioni sulla attività di vigilanza e ispezione per la sicurezza alimentare” (PD48) “Il controllo ufficiale su Operatore del Settore Alimentare mediante audit” (PD49)	Già in essere	UO Sanità animale e Igiene degli Allevamenti e Produzioni Zootecniche	Rispetto di rotazione, supervisione e procedure dipartimentali  I dati della rotazione 2018 e 2019 sono riportati in relazione al processo sopra indicato
Attività autorizzatorie	Valutazioni difformi per conflitto di interessi o su sollecitazione esterna nell’emissione di pareri in sede di Commissione tecnico specialistica	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	Rotazione del personale, supervisione e procedura dipartimentale: “Verifica e omologazione di apparecchi e impianti” (PD28)	Già in essere	U.O. Impiantistica e antinfortunistica	Rispetto di rotazione, supervisione e procedure dipartimentali

Attività di vigilanza, controllo e ispezioni	Omessa vigilanza, omessa adozione di atti sanzionatori oppure eccessiva fiscalità nel controllo delle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori o nei controlli nei luoghi di vita e di lavoro	Violazione di regole di comportamento aziendali per ottenere vantaggi in collusione con operatori economici	Rotazione del personale, supervisione rispetto della procedura dipartimentale “Vigilanza e controllo delle UOIA” (PD23)	Già in essere	U.O. Impiantistica e antinfortunistica	Rispetto di rotazione, supervisione e procedure dipartimentali
Attività autorizzatorie (es. piscine, stabilimenti termali, strutture sanitarie, ecc.)	Prestazioni difformi o omesse per presenza conflitto di interesse o a causa di rapporti con la stessa utenza da parte degli operatori addetti alla vigilanza	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	Compresenza di due operatori negli interventi di vigilanza supervisione, check-list, e procedure dipartimentali: “Attività di vigilanza e controllo sugli stabilimenti termali” (PD15) “Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica” (PD21)	Già in essere	U.O. Igiene pubblica	Rispetto di rotazione dei componenti delle coppie, supervisione e procedure dipartimentali
Controlli su piscine, stabilimenti termali, strutture sanitarie	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori della U.O.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Compresenza di due operatori negli interventi di vigilanza, supervisione, check-list, e procedure dipartimentali: “Attività di vigilanza e controllo sugli stabilimenti termali” (PD15) “Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. Igiene e Sanità Pubblica” (PD21) “Controllo di acque di balneazione” (PD26) “Gestione Emergenze da legionellosi” (PD27)	Già in essere	U.O. Igiene pubblica	Rispetto di rotazione dei componenti delle coppie, supervisione e procedure dipartimentali
Attività autorizzatorie	Valutazioni difformi per conflitto di interessi o su sollecitazione esterna nella vigilanza degli ambienti di vita/lavoro	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	Compresenza di due operatori, supervisione, check-list, e procedure dipartimentali: “Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. SPSAL” (PD22)	Già in essere	U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (PSAL)	Rispetto di rotazione dei componenti delle coppie, supervisione e procedure dipartimentali
Attività di controllo Vigilanza e ispezioni	Omessa vigilanza adozione atti sanzionatori oppure eccessiva fiscalità nel	Violazione regole di comportamento aziendali per ottenere vantaggi in collusione	Compresenza di due operatori, supervisione, check-list, Procedure dipartimentali	Già in essere	U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di	Rispetto di rotazione dei componenti delle coppie, supervisione e procedure dipartimentali

	controllo delle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	con operatori economici	“Attività di vigilanza e controllo nelle UU.OO. SPSAL” (PD22)		lavoro (PSAL)	
--	--	----------------------------	--	--	---------------	--

### **G) Area di rischio: Sperimentazioni cliniche**

Tra le misure specifiche per il settore sanità, il PNA del 2016 ha fornito indicazioni per l'individuazione di misure preventive della corruzione nell'ambito delle sperimentazioni cliniche, al fine di gestire la discrezionalità degli sperimentatori di attribuzione (e “auto-attribuzione”) dei proventi. In particolare, le Aziende sanitarie sono invitate a integrare il regolamento del Comitato Etico prevedendo una procedura di ripartizione dei proventi che miri a:

- detrarre le spese da sostenersi, ossia i costi diretti della sperimentazione
- ripartire il ricavo netto secondo criteri prestabiliti e trasparenti.

Fin dal 2017 si è pertanto proceduto a vagliare il rischio corruttivo in relazione alle attività connesse alle sperimentazioni cliniche tramite l'Ufficio Ricerca, e dal 2018 tramite la Struttura Semplice Ricerca Clinica e Organizzativa, istituita nell'ambito della Direzione Sanitaria, che ha evidenziato le misure già esistenti per fronteggiare il rischio corruttivo:

- il Board Aziendale per la Ricerca e Innovazione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, istituito con deliberazione n. 119 del 23/03/2016 (rinnovato con delib. n. 154/2019), quale organismo tecnico consultivo di supporto al Collegio di Direzione nelle funzioni di organo responsabile del governo della ricerca e dell'innovazione;
- il Fondo Aziendale per il Sostegno della Ricerca ed il Miglioramento Continuo, istituito con deliberazione n. 563 del 22/12/2016 (modificato con delib. n. 587/2017 e con delib. n. 140/2019), finanziato secondo criteri prestabiliti e trasparenti indicati nel PNA 2016;
- la specifica Procedura Amministrativa (PA 35 Ricerca Commissionata e Finalizzata, Sperimentazioni Cliniche), adottata nel 2017 e successivamente revisionata, che definisce il percorso amministrativo - contabile dell'attività di ricerca (commissionata e finalizzata, sperimentazioni cliniche) con lo scopo di:
  - promuovere la funzione di ricerca ed estendere a tutti i professionisti, in regime di uguaglianza e trasparenza, la facoltà di partecipazione alle attività di ricerca, mediante il finanziamento dei progetti di ricerca, di miglioramento e innovazione clinica e organizzativa
  - valorizzare il costo totale dell'attività di ricerca
  - definire l'iter per l'acquisizione dei pareri ed autorizzazioni preventive necessarie all'attivazione dell'attività di ricerca
  - definire l'iter di negoziazione della convenzione/contratto con le modalità di ripartizione dei proventi derivanti alla AUSL della Romagna dalla attività di ricerca (commissionata e finalizzata, sperimentazioni cliniche), anche al fine di verificare l'esistenza di indicatori di rischio secondo quanto indicato dal PNA 2016. In particolare sono stabiliti criteri diversi per la

ripartizione dei compensi derivanti da sperimentazioni commerciali, a seconda che si tratti di sperimentazioni effettuate fuori dall'orario di servizio ovvero entro l'orario di servizio (per sperimentazioni cliniche autorizzate entro il 31 marzo 2019 e per gli studi autorizzati entro il 31 marzo 2019);

- nota del Direttore Sanitario dell'Azienda USL prot. n. 57699 del 6/03/2019 che dispone che i proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche sponsorizzate approvate dal 1° aprile 2019 non potranno più essere destinati agli sperimentatori o ad altro personale coinvolto nelle sperimentazioni.

Di seguito sono indicate le misure preventive individuate all'esito dell'analisi del rischio:

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Sperimentazioni cliniche	Discrezionalità degli sperimentatori nell'attribuzione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni	Violazione di norme, di principi di trasparenza e di imparzialità al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Implementazione del sistema informativo regionale a supporto della valutazione dei progetti di ricerca nei Comitati Etici e nelle Aziende (SIRER)  Applicativo su LOG 80 Modulo gestione sperimentazioni cliniche per la tracciabilità delle prestazioni  Piena applicazione della nota del Direttore Sanitario dell'Azienda USL prot. n. 57699 del 6/03/2019 che dispone che i proventi derivanti dalle sperimentazioni cliniche sponsorizzate approvate dal 1° aprile 2019 non potranno più essere destinati agli sperimentatori o ad altro	Entro giugno 2020 (compatibilmente con le indicazioni regionali)  Entro dicembre 2020  Già in essere (dal 1/04/2019)	Responsabile della SS Ricerca Clinica e Organizzativa	Implementazione sistema informatico -  Produzione reportistica tramite sistema informatico  Numero studi sponsorizzati con proventi destinati ai professionisti =0



			personale coinvolto nelle sperimentazioni			
Rapporti con società farmaceutiche	Selezione e uso di specifici prodotti in base a ricompense e sollecitazioni esterne	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Implementazione del sistema informativo regionale a supporto della valutazione dei progetti di ricerca nei Comitati Etici e nelle Aziende (SIRER)  Applicativo su LOG 80 Modulo gestione sperimentazioni cliniche per la tracciabilità delle prestazioni	Entro giugno 2020 (compatibilmente con le indicazioni regionali)  Entro dicembre 2020	Responsabile della SS Ricerca Clinica e Organizzativa	Implementazione sistema informatico - Produzione reportistica tramite sistema informatico

#### H) Area di rischio: Assistenza protesica

Nel corso del 2017, con riguardo alla procedura di erogazione dell'assistenza protesica – che si articola nelle fasi di formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale, autorizzazione, erogazione, collaudo e follow up - è stato vagliato il rischio corruttivo per il tramite dell'U.O. Home Care e Tecnologie, anche a seguito di confronto con i Direttori di Dipartimento Cure Primarie e Medicina di Comunità. Allo stato, le misure esistenti, sono costituite da:

- procedure per la fornitura di ausili e/o protesi a valenza aziendale (ad es. procedura PA83 *“Erogazione di dispositivi medici per assistenza protesica con tariffa”*; procedura PA75 *“Erogazione di dispositivi medici per assistenza protesica acquisibili con procedure ad evidenza pubblica”*; procedura PA74 *“Rimborso buoni erogati per assistenza integrativa DPCM 12 gennaio 2017”*; procedura PA73 *“Fornitura a domicilio di ausili per incontinenti ad assorbimento”*; procedura PA84 *“Fornitura dispositivi a noleggio”*; procedura PA88 *“Ricondizionamento ausili elenchi 2A e 2B allegato 5 DPCM 12 gennaio 2017”*; procedura PA85 *“Fornitura service di Ossigenoterapia Domiciliare”*);
- report numero prescrizioni per prescrittore;
- collaudo clinico su una percentuale significativa degli ausili forniti, controllo a campione sulle tempistiche e qualità delle forniture.

In considerazione dell'entrata in vigore del DPCM 12/01/2017 *“Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”*, sono state individuate e programmate le misure di prevenzione di seguito indicate.

<b>Attività/Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Effetto</b>	<b>Misure preventive individuate</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Iperprescrizione di beni protesici con indebito vantaggio per le ditte fornitrici	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Istituzione albo dei prescrittori, software unico gestionale della protesica          Revisione, alla luce del DPCM del 12/01/2017, delle procedure per la fornitura di ausili e/o protesi a valenza aziendale	Già in essere          Entro dicembre 2020	Direttore U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari	-L'albo prescrittori per la protesica è stato realizzato (deliberazione n. 602 del 29/12/2017) - è attivo il software unico gestionale della protesica          Revisione procedura
Controlli sull'erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Verifiche irregolari sulla correttezza e sull'esecuzione delle forniture	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Aggiornamento periodico dell'albo dei prescrittori	Entro dicembre 2020	Direttore U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari	- Report n. collaudi riferiti a dispositivi elenco 1 ed elenco 2A DPCM 12/01/2017 per prescrittore

**I) Area di rischio: Recupero/rimborso ticket –  
Gestione liste di attesa per attività istituzionale (specialistica ambulatoriale e ricoveri programmati)**

Per il tramite delle UU.OO. Piattaforme Amministrative, è stato vagliato il rischio corruttivo anche con riguardo al processo di recupero/rimborso di ticket e al processo di controllo sul riconoscimento del diritto all'esenzione ticket nonché con riguardo ai processi di gestione delle liste di attesa per attività istituzionale (specialistica ambulatoriale e ricoveri programmati). Inoltre, posto che la L.R. n. 2/2016 ha introdotto l'obbligo di disdetta delle prestazioni di specialistica ambulatoriale prevedendo che l'assistito che ha prenotato una prestazione specialistica ambulatoriale e non abbia comunicato tempestivamente l'impossibilità o la non volontà di presentarsi nel giorno e nell'ora fissati, sia tenuto al pagamento della sanzione amministrativa di importo pari alla quota ordinaria di compartecipazione (ticket) stabilita dalle norme vigenti alla data dell'appuntamento, per la prestazione prenotata e non usufruita, nella misura prevista per gli assistiti appartenenti alla fascia di reddito più bassa, è stata adottata la Procedura aziendale n. 62/2017 che disciplina la gestione dell'attività propedeutica alla verifica dei casi non regolari, dell'accertamento della sanzione finalizzata all'emissione dell'ordinanza di archiviazione/ingiunzione di pagamento. Si indicano le misure programmate e gli esiti del monitoraggio.

<b>Attività/Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Effetto</b>	<b>Misure preventive individuate</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
Recupero ticket per pagamenti non effettuati al momento dell'accesso alla prestazione	Mancato recupero e/o recupero irregolare	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Informatizzazione del percorso recupero ticket mediante dotazione di applicativo unico aziendale per estrapolazione informatica dei ticket non pagati	Entro dicembre 2020 (Si precisa che i tempi di attuazione sono legati alla funzionalità del sistema informativo)	U.O. Governo sistemi informativi	Estrapolazione informatica degli insoluti per prestazioni ambulatoriali e di Pronto Soccorso -
Rimborsi per somme relative a ticket indebitamente riscosso	Erogazione irregolare di rimborsi	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Procedura unica aziendale e/o relativa modulistica	Già in essere	U.O. Bilancio e Flussi Finanziari/U.U. O.O. Piattaforme Amministrative	Adozione procedura unica aziendale e/o unico modulo - E' stata adottata la procedura unica aziendale PA 177 "Rimborso ticket erroneamente riscosso" che indica le modalità per la gestione delle richieste di rimborso ticket,

						qualora il cittadino abbia corrisposto indebitamente all'Azienda una quota di compartecipazione alla spesa, totale oppure parziale, risultata non dovuta
Controllo sul riconoscimento del diritto all'esenzione ticket	Controlli inadeguati	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Controllo a campione da attivare sulle autocertificazioni presentate dagli utenti (E02-esenzione per disoccupazione; E99 esenzione per lavoratore colpito dalla crisi)	Entro dicembre 2020	U.U. O.O. Piattaforme Amministrative	10% delle autocertificazioni controllate -  Non è stato possibile effettuare le verifiche nell'anno 2019 in quanto in attesa di specifiche indicazioni della Regione correlate al sistema dei flussi tra archivio regionale e banca dati aziendale e pertanto la misura è stata riprogrammata
Gestione liste di attesa - Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari – SPECIALISTICA AMBULATORIALE - esclusivamente in riferimento alla gestione delle liste di attesa generate dalla procedura di prenotazione Sistema Cup (no autogestito)	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di favorire particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	Violazione dei principi di imparzialità e trasparenza nell'accesso a prestazioni e servizi sanitari al fine di favorire un determinato soggetto	Linee guida aziendali Cup unico Romagna	Già in essere	U.U. O.O. Piattaforme Amministrative	Documento linee guida aziendali Cup Unico Romagna - Si è provveduto a predisporre la bozza delle Linee Guida che verranno applicate nel momento in cui verrà attivato, in modalità scaglionata, il CUP Unico Romagna
Controllo sull'accogliibilità del giustificativo preventivo rispetto all'irrogazione della sanzione Malus per mancata/tardiva disdetta prestazioni di specialistica	Irregolare accoglimento di giustificativo preventivo	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Nota protocollata di riepilogo dei criteri definiti unitamente all'équipe unica, a specifica della Circolare RER n. 4bis del 12/12/2016	Entro dicembre 2019	Direttore dell'UO Piattaforma Amministrativa di Rimini	Adozione della nota formale di riepilogo dei criteri - Nota Direttore U.O. Piattaforma Amministrativa – Rimini prot. 0319294/P del 12/12/2019 Riepilogo criteri per la valutazione dei motivi esimenti previsti dalla Circolare RER 4 bis del 2016

Controllo sull'accogliabilità dell'istanza motivata di annullamento della sanzione Malus irrogata	Irregolare accoglimento dell'istanza	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Redazione di verbali da parte del gruppo di lavoro da trasmettersi a tutti gli operatori coinvolti nel processo Malus con nota del Direttore UO Piattaforma di Rimini	Entro dicembre 2019	Direttore dell'UO Piattaforma Amministrativa di Rimini	Trasmissione con nota protocollata dei verbali - Nota Direttore U.O. Piattaforma Amministrativa – Rimini prot. 0319294/P del 12/12/2019 Riepilogo criteri per la valutazione dei motivi esimenti previsti dalla Circolare RER 4 bis del 2016
---	--------------------------------------	---	---	---------------------	--	---

#### **J) Area di rischio: Utilizzo beni aziendali**

Nel 2017 è stato vagliato il rischio corruttivo anche con riguardo all'utilizzo di beni e risorse aziendali; in particolare, l'U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio ha vagliato il rischio corruttivo con riguardo all'utilizzo dell'auto aziendale in quanto al Direttore di tale Unità Operativa sono affidate le funzioni di Mobility Manager, finalizzate al governo del sistema di gestione della mobilità aziendale. Sono state individuate misure preventive in riferimento all'implementazione della procedura online già in essere per la prenotazione dei veicoli aziendali, come di seguito indicato. Si dà atto del monitoraggio effettuato nel 2018.

<b>Attività/Processi</b>	<b>Rischi</b>	<b>Effetto</b>	<b>Misure preventive individuate</b>	<b>Tempi di attuazione</b>	<b>Responsabile</b>	<b>Monitoraggio/ Indicatore</b>
Utilizzo di beni e risorse aziendali nonché richieste di rimborsi spese	Indebito utilizzo dell'auto aziendale per scopi personali	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Estensione dell'utilizzo della procedura online per la prenotazione dei veicoli a tutti gli ambiti aziendali	Già in essere	Responsabile dell'U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio	Installazione software aziendale di gestione/prenotazione dei veicoli agli ambiti carenti -  Nel corso del 2018 l'utilizzo della procedura online per la prenotazione dei veicoli è stata implementata in ambiti che ne erano sprovvisti, estendendone in tal modo l'utilizzo aziendale

### **K) Area di rischio: Farmaceutica**

Relativamente alla gestione e somministrazione dei farmaci in reparto o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio, all'esito della valutazione è risultato un rischio corruttivo trascurabile o medio – basso e sono state evidenziate le misure preventive già in essere ossia procedure aziendali e relativi controlli (PA49 Gestione contabile della supply chain del Magazzino unico dell'AUSL della Romagna, PA 18 Indicazioni cliniche e gestione delle soluzioni concentrate contenenti potassio, PA161 Gestione rimborso dei farmaci sottoposti a monitoraggio AIFA).

### **L) Area di rischio: Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici**

Con Deliberazione n. 2309/2016, pubblicata sul BUR n. 9 dell'11/01/2017, la Regione Emilia Romagna si è dotata di indirizzi e direttive in materia di Informazione Scientifica sul Farmaco allo scopo di promuovere modalità operative uniformi in tutti gli ambiti del Servizio Sanitario Regionale, favorire una maggiore trasparenza nei rapporti tra medici, aziende farmaceutiche e SSR ed assicurare che l'attività di informazione scientifica non si sovrapponga all'attività di cura dei medici. Nel rispetto di quanto stabilito dalla normativa nazionale ed in coerenza alle linee guida regionali, tale Deliberazione fornisce disposizioni, in vigore dal 1 maggio 2017, in merito a:

pubblicità presso gli operatori sanitari, obblighi delle Aziende farmaceutiche, attività di informazione nelle strutture del SSR e convenzionate, attività di informazione presso Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, pubblicazione degli elenchi degli Informatori Scientifici sul Farmaco operanti all'interno delle strutture del SSR e convenzionate, visite degli Informatori Scientifici, attività di informazione presso la Direzione Generale di Cura della persona, salute, welfare della Regione Emilia Romagna, cessione di prodotti gratuiti promozionali di valore trascurabile, campioni gratuiti, convegni e congressi riguardanti i medicinali, riservatezza delle informazioni. In particolare, per quanto riguarda l'accesso degli Informatori Scientifici alle strutture del SSR e convenzionate, il documento sottolinea che l'attività di informazione scientifica non è ammessa all'interno dei reparti di degenza e negli ambulatori negli orari destinati alle visite dei pazienti. Gli Informatori Scientifici devono inoltre esibire il proprio tesserino di riconoscimento regionale congiuntamente al quale può essere sempre richiesta l'esibizione di un documento di riconoscimento personale in corso di validità. Le modalità e gli orari per il ricevimento degli Informatori Scientifici devono essere comunicati attraverso gli Uffici Relazioni con il Pubblico, le portinerie delle strutture ed appositi cartelli da posizionarsi in prossimità dei locali individuati per questa attività, nonché all'ingresso delle singole Unità Operative ed in ogni altro posto utile ad assicurarne la massima visibilità anche all'utenza.

Le Direzioni Mediche dei Presidi Ospedalieri aziendali hanno provveduto a diffondere le prescrizioni contenute nella citata Deliberazione, invitando i Direttori di U.O. a comunicare il luogo (locali idonei all'interno delle UU.OO. quali ad es. sala riunioni, biblioteca, sala medici) e gli orari previsti per il ricevimento (fasce orarie che non interferiscano con le ordinarie attività dei sanitari). In coerenza con le citate Linee guida regionali, è stata adottata una Procedura aziendale (PA134) ove sono stati indicati indirizzi e direttive applicati presso l'AUSL della Romagna a garanzia che l'informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici si svolga secondo principi di legalità, eticità e correttezza professionale, intendendo presidiare inoltre tutto il processo riferito all'informazione scientifica, con attenzione, in particolare, all'assenza di conflitto di interessi.

### M) Area di rischio: Formazione sponsorizzata

La sopra citata Deliberazione n. 2309/2016 affronta anche il delicato tema della partecipazione dei sanitari ad eventi formativi organizzati, promossi o finanziati da Aziende farmaceutiche; al riguardo la procedura aziendale prevede che *“I dipendenti dell'Ausl della Romagna che intendono partecipare a eventi organizzati, promossi o finanziati, a qualsiasi titolo, dalle Aziende farmaceutiche, sono tenuti a darne comunicazione all'Azienda (riferendosi alla Direzione Medica del proprio presidio), illustrando termini e contenuti dell'evento e allegando la locandina o il programma. Nei casi in cui la partecipazione ai convegni e congressi sia oggetto di incarico extraistituzionale conferito da un terzo (es. provider), si applica il Regolamento aziendale che disciplina gli incarichi extraistituzionali del personale dipendente, disponibile nel sito intranet aziendale”*. Pertanto la Direzione di Unità Operativa, la Direzione di Dipartimento, la Direzione Infermieristica e la Direzione Medica, ognuno per la propria parte di competenza, verificano il rispetto della procedura aziendale affinché ogni evento sia preventivamente autorizzato.

Inoltre con riguardo a donazioni da parte di società/imprese che producono farmaci, dispositivi medici, attrezzature biomedicali e comunque beni o servizi di cui l'Azienda USL si avvalga, nella Procedura PA 38 “Donazioni e comodati d'uso gratuito a favore dell'Azienda USL della Romagna” è previsto che detti soggetti possano donare solo denaro, da destinare esclusivamente al Fondo aziendale per il sostegno della ricerca e il miglioramento continuo, la cui gestione spetta al Collegio di Direzione che si avvale del Board aziendale per la Ricerca e Innovazione.

Uno specifico gruppo di lavoro, nell'ambito del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in tema di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del SSR, ha curato l'elaborazione di una disciplina uniforme in tema di “formazione sponsorizzata”, al fine di dare attuazione a quanto previsto all'art. 16 del Codice di comportamento aziendale e definire un agire comune per tutte le Aziende. Il documento ha lo scopo di disciplinare la partecipazione da parte dei professionisti delle Aziende Sanitarie a eventi formativi sponsorizzati (convegni, congressi, giornate di studio, seminari, corsi di specializzazione, fellowship) qualora tale partecipazione preveda un contributo economico da parte di soggetti terzi che abbiano interessi commerciali nel settore sanitario e in ambito della salute oppure da parte di Società Scientifiche. E' in corso di definizione da parte della Regione l'approvazione formale dello “Schema tipo di regolamento per la gestione della formazione sponsorizzata delle Aziende Sanitarie e IRCCS pubblici”. L'Azienda si conformerà al contenuto del suddetto documento regionale.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Invito a partecipare a formazione esterna da parte di aziende commerciali	Uso di specifici beni e servizi	Violazione dei principi di imparzialità e trasparenza al fine di favorire un determinato soggetto  Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Controlli a campione, regolamentazione interna, modulistica ad hoc; rotazione interna operatori addetti	Entro giugno 2020	Responsabile dell'U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	Procedura interna e modulistica

## **N) Area di rischio: Incarichi a soggetti esterni**

Relativamente al conferimento di incarichi individuali a professionisti esterni all'ente (come ad esempio gli incarichi conferiti a legali), l'ANAC suggerisce - ove non sia previsto di norma il ricorso a procedure di selezione comparativa - di adottare strumenti che consentano la massima pubblicizzazione delle esigenze alla base del conferimento, delle caratteristiche e competenze professionali funzionali allo svolgimento dell'incarico (come ad esempio regolamenti interni, albi e/o elenchi di professionisti ed esperti) al fine di consentire opportune verifiche sul possesso dei requisiti e sul rispetto dei principi di trasparenza, rotazione ed imparzialità.

Al riguardo sono stati sottoposti a mappatura del rischio corruttivo i processi di conferimento di incarichi individuali:

- a legali esterni all'Azienda per la rappresentanza e costituzione in giudizio dell'AUSL, per il tramite dell'U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali – Alta Professionalità Gestione del Contenzioso e per il tramite dell'U.O. Assicurazioni e Contenzioso Assicurativo (limitatamente ai procedimenti in materia di responsabilità professionale sanitaria);
- a docenti esterni, in relazione a iniziative di formazione, per il tramite dell'U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione.

In merito risulta che:

- l'affidamento di incarichi esterni da parte dell'U.O. Affari Generali avviene nell'ambito di un elenco esterno di avvocati, formato tramite avviso pubblico attraverso il quale viene regolamentata la procedura (Delibera n. 589 del 30/12/2016), con netta separazione tra le fasi della richiesta dei preventivi, ricezione delle offerte e conferimento degli incarichi, con distribuzione delle funzioni assegnate a distinti operatori;
- il conferimento di incarichi a legali esterni da parte dell'U.O. Assicurazioni, in attuazione della Deliberazione n. 28/2018, avviene, nell'ambito di un elenco aperto di avvocati - costituito tramite un avviso pubblico - aggiornato periodicamente sulla base di specifici criteri nell'affidamento previsti nell'avviso;
- per il conferimento di incarichi a docenti esterni è applicata una regolamentazione interna che prevede richiesta di pluralità di preventivi ed eventuale contrattazione per ottenere il prezzo più conveniente.



## PARTE TERZA - SEZIONE TRASPARENZA

La trasparenza è configurata dalla Legge 190/2012 e s.m.i. quale *“livello essenziale”* delle prestazioni, che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale ai sensi dell’art. 117, comma 2, lett. m) della Costituzione ed è assicurata *“mediante la pubblicazione sui siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione”* (art. 1 comma 15 Legge 190/2012).

Attraverso lo strumento della trasparenza, l’AUSL della Romagna quindi persegue la finalità di piena apertura verso l’esterno, al fine di rendicontare in modo semplice e chiaro gli obiettivi raggiunti con le risorse disponibili.

Con le modifiche che il d.lgs. 97/2016 ha apportato al d.lgs. n. 33/2013, si è rafforzato il concetto di trasparenza intesa come accessibilità totale delle informazioni riguardanti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle finalità istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche.

Salvo i limiti previsti dalla normativa e, nello specifico, per la tutela delle categorie di dati particolari di cui all’art. 9 del Regolamento Europeo n. 679/2016i ( ex dati sensibili) in materia di privacy ( per questo aspetto si rinvia al punto 8 di questa sezione), vengono pubblicate sul sito: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>. tutti i dati, atti e le informazioni previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. nonché da altre disposizioni di legge, secondo l’Allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310/2016, seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione nonché secondo le indicazioni contenute nella Griglia trasmessa dall’OIV RER con nota PG/2020/0024190 del 15/01/2020.

Nella verifica dei percorsi per la pubblicazione dei vari documenti, si è operato in modo da ottenere soluzioni che garantiscano la massima efficienza: ad esempio dal dicembre 2017 è stata attuata l’integrazione tra il sito dell’amministrazione trasparente e l’applicativo InterdelFX per la gestione delle Deliberazioni e le Determinazioni dell’Ente per consentire la raccolta e l’esportazione automatica di alcuni item informativi previsti dal decreto sulla trasparenza.

Per ciascun adempimento di pubblicazione l’Azienda, come stabilito dalle vigenti disposizioni normative, individua i dirigenti responsabili della predisposizione, trasmissione e pubblicazione del dato e del loro periodico aggiornamento, come indicato nella Griglia trasparenza allegata al presente Piano, quale parte integrante.

La correttezza, la completezza e l’aggiornamento delle informazioni riportate nelle apposite sezioni del sito Amministrazione Trasparente è affidata ai responsabili delle strutture aziendali come sopra indicati.

Si rinvia alla tabella degli obblighi di trasparenza allegata al presente Piano (ALLEGATO A), redatta secondo le regole di cui all’Allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016 e alle indicazioni contenute nella Griglia trasmessa dall’OIV RER con la sopra citata nota PG/2020/0024190 del 15/01/2020.

## **1. Specifiche sulla qualità dei dati da pubblicare – Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione.**

Con riferimento alle informazioni diffuse attraverso il sito istituzionale deve essere non solo garantita la quantità ma anche la qualità, poiché la pubblicazione dei dati come previsti dall'art.6 del d.lgs. 33/2013, deve avvenire nel rispetto dei seguenti parametri: integrità, costante aggiornamento, completezza del dato pubblicato, tempestività della pubblicazione, semplicità di consultazione, comprensibilità, omogeneità e conformità rispetto ai documenti originali con la relativa indicazione della loro provenienza.

Pertanto, le Unità Operative in capo alle quali sussistono gli obblighi di produzione, comunicazione e/o pubblicazione (così come declinati nella tabella Trasparenza allegata al Piano) devono impegnarsi nella raccolta, elaborazione e pubblicazione (in forma chiara e corretta) dei dati prescritti dalla legge; procedendo, altresì, a un costante e tempestivo aggiornamento dei dati resi pubblici.

Difatti, un dato non aggiornato o non fedele all'originale equivarrebbe all'omessa pubblicazione e costituirebbe elemento di valutazione delle responsabilità previste dall'art. 46 del d.lgs. 33/2013.

Inoltre, le citate linee Guida approvate dall'ANAC con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, forniscono indicazioni operative, di carattere generale, riguardo alle modalità di pubblicazione ai fini di un miglioramento della qualità e della semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Innanzitutto, ove possibile, deve essere preferita l'esposizione in tabelle dei dati oggetto di pubblicazione, poiché l'esposizione sintetica dei dati, documenti e informazioni agevola il livello di semplicità di consultazione dei dati, da parte degli utenti della sezione "Amministrazione Trasparente".

Si afferma inoltre, quale regola generale, la necessità dell'indicazione della data di aggiornamento del dato, documento e informazione: in corrispondenza di ciascun contenuto della sezione "Amministrazione Trasparente" deve essere, di norma, indicata la data di aggiornamento, distinguendo quella di "iniziale" pubblicazione da quella del successivo aggiornamento.

Restano in ogni caso valide le indicazioni già fornite nell'allegato 2 della delibera ANAC 50/2013, in ordine ai criteri di qualità della pubblicazione dei dati, con particolare riferimento ai requisiti di completezza, formato e dati di tipo aperto.

Per quanto attiene alla durata dell'obbligo di pubblicazione, fermi restando i diversi termini previsti rispettivamente dagli art. 14, comma 2, e 15, comma 4, del d.lgs. 33/2013 vale quanto affermato dall'art. 8, comma 3, d.lgs. 33/2013, secondo cui i dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria ai sensi della normativa vigente, vanno pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, e comunque fino a che gli atti pubblicati producono i loro effetti.

Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art. 5.

## **2. Vigilanza, profili di responsabilità e sistema di monitoraggio**

La vigilanza sul rispetto degli obblighi discendenti dalla normativa sulla trasparenza è affidata a più soggetti:

- a) il Responsabile per la prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;

- b) l'Organismo Indipendente di Valutazione unico per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia, istituito con legge regionale 20 dicembre 2013, n. 26 e investito del compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi indicati nel PTPCT e quelli del Piano della performance;
- c) l'ANAC che esercita poteri ispettivi e controlla i Responsabili della prevenzione della Corruzione e Trasparenza, potendo investire anche la Corte dei Conti di eventuali inadempienze riscontrate (ex art. 45 d.lgs. 33/2013);
- d) il singolo cittadino che, beneficiando della gratuità che connota il diritto di accesso civico e non essendo sottoposto nella presentazione della propria istanza alla verifica della situazione legittimante di cui è titolare (come l'interesse diretto, concreto ed attuale richiesto dall'accesso ai documenti amministrativi, ex art. 24 l. n. 241/90), svolge un controllo c.d. sociale sull'osservanza degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

Il Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nonostante figuri tra i soggetti cui sono stati affidati compiti di vigilanza, è a sua volta destinatario del sistema di responsabilità e delle relative sanzioni previste dalla normativa sulla trasparenza. Tale sistema riguarda, però, anche tutti i soggetti che sono tenuti a vario titolo a contribuire agli adempimenti e, quindi, non solo il Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza ma gli stessi dirigenti tenuti a fornire i dati e a procedere alla relativa pubblicazione.

Il Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza, è tenuto a vigilare sul rispetto e l'operatività delle misure e adempimenti indicati nella Sezione Trasparenza, riconoscendo nella trasparenza dell'attività amministrativa, oltre che un valore etico, uno dei migliori strumenti preventivi della corruzione e dei comportamenti a rischio. In particolare vigila affinché siano pubblicate, a cura dei Responsabili, le informazioni riguardanti i processi aziendali a maggior rischio.

La mancata o incompleta o tardiva pubblicazione delle informazioni di cui al d.lgs. 33/2013, qualora imputabile a negligenza del Dirigente/Responsabile del Servizio/U.O. tenuto all'adempimento in base alla prescrizioni del PTPCT, costituisce fonte di responsabilità dirigenziale ai sensi dell'art. 21 del d.lgs. 165/2001.

Nella specie il Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza, nel caso di violazione degli obblighi stabiliti dalla normativa (come l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione o il rifiuto, il differimento e la limitazione dell'accesso civico, al di fuori delle ipotesi previste dall'articolo 5-bis), sarà ritenuto responsabile, ai sensi dell'art. 46, per :

- responsabilità dirigenziale;
- danno all'immagine della P.A.;
- la corresponsione della retribuzione di risultato, ovvero, della retribuzione accessoria collegata alla performance individuale.

Il Responsabile non risponderà, però, dell'inadempimento ove provi che la mancata osservanza della normativa sulla trasparenza è dipesa da causa a lui non imputabile.

Per quanto concerne i profili di responsabilità posti dalla normativa in capo ai Dirigenti, ove sia ravvisata l'inosservanza degli obblighi di pubblicazione in materia di trasparenza, oltre all'eventuale responsabilità disciplinare secondo quanto stabilito dall'art. 1 comma 7 della Legge 190/2012, dall'art. 43, comma 5 del d.lgs. n. 33/13 novellato dal d.lgs. n. 97/2016 e dal contratto collettivo, ciascun Dirigente potrà incorrere nel mancato rinnovo dell'incarico dirigenziale, con effetti anche sulla retribuzione di risultato.

Inoltre, il Dirigente potrà incorrere in responsabilità per la colpevole violazione del dovere di vigilanza sul rispetto, da parte del personale assegnato ai propri uffici, degli obblighi di efficienza e trasparenza, mediante una decurtazione della retribuzione di risultato fino all'ottanta per cento.

Con riferimento, invece, al sistema di monitoraggio si prevede che nel triennio di programmazione, a cura del Responsabile della prevenzione della Corruzione e Trasparenza sia fotografato/verificato, nel corso dell'anno, lo stato delle pubblicazioni della Sezione Amministrazione Trasparente, per quanto concerne gli obblighi previsti dal D.lgs. n. 33/2013 e dalla ulteriore normativa di settore. Il monitoraggio periodico rappresenta uno degli assi portanti del sistema dei controlli, poiché l'analisi dell'andamento delle pubblicazioni testimonia il livello di maturità della struttura interna.

Al fine di dare corso al monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione, il RPCT provvederà sia a verificare personalmente e / o tramite la struttura di supporto, i dati pubblicati, sia a richiedere ai Referenti Aziendali coinvolti negli adempimenti di pubblicazione che sono i responsabili della pubblicazione dei dati nelle rispettive sezioni, di eseguire approfondite verifiche (com'è stato richiesto dal RPCT con comunicazioni del 06.12.2019 e del 13.12.2019 ), ed eventualmente di relazionare, in merito all'aggiornamento dei dati pubblicati, alla loro completezza e congruità rispetto alle indicazioni del PTCPT e alle disposizioni normative oltreché ai provvedimenti ANAC. A proposito della comunicazione inviata dal RPCT il 13.12.2019, il monitoraggio con cadenza annuale è stato compiuto mediante richiesta a tutti i Direttori di Unità Operativa tenuti alla pubblicazione dei dati, nel sito unico Amministrazione trasparente, di dare atto entro una scadenza temporale predefinita al Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza dell'avvenuta pubblicazione e aggiornamento dei dati di rispettiva competenza, nelle apposite sezioni e sottosezioni, tramite la compilazione di un report predisposto in modo analitico dal RPCT e contenente domande specifiche e prefigurate, alle quali i Direttori responsabili della pubblicazione dovevano rispondere in modo adeguato ed esaustivo. Il report prevedeva che, in caso di mancata pubblicazione delle informazioni richieste, il Direttore dell'Unità Operativa ne desse atto con indicazione delle motivazioni del mancato adempimento.

Area a rischio (A,B,C, D)	Processo o aggregazione di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ monitoraggio
Tutte	Tutti	Monitoraggio obblighi di pubblicazione	Analisi andamento pubblicazioni rispetto ai parametri su indicati	RPCT	Entro il 31/12 di ogni anno	Corrispondenza tra i dati pubblicati e i dati prodotti dall'Azienda

### 3. Accesso civico “semplice” e “generalizzato”. Registro degli accessi

Con deliberazione del Direttore Generale n. 415 del 18/12/2019 sono stati approvati i regolamenti concernenti “Prima disciplina contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di accesso civico semplice ed accesso generalizzato” e “Regolamento unico aziendale per la disciplina del diritto di accesso ai documenti amministrativi dell'Azienda USL della Romagna.

Per quanto riguarda il parametro di trasparenza previsto dalla delibera ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016 relativo al “Registro degli accessi”, si rileva che quest'Amministrazione è in linea con le pubblicazioni semestrali secondo quanto previsto nel Piano Triennale.

L'Azienda USL della Romagna a cadenza semestrale (dal primo semestre 2017) provvede alla pubblicazione degli accessi delle tre fattispecie previste: Accesso civico, Accesso documentale e Accesso Generalizzato, nel registro degli accessi reperibile nell'apposita sezione del Sito

Amministrazione Trasparente. La pubblicazione del registro semestrale degli accessi avviene entro 60 giorni dalla scadenza del semestre.

Come già indicato nella parte precedente del Piano, relativa agli obiettivi strategici, nel corso del 2020 quest'AUSL ha in programma di avviare uno studio di fattibilità per la realizzazione del "Registro degli accessi" in modalità informatica mediante il sistema del protocollo informatico aziendale (INTERPRO), conformemente al disposto della Circolare FOIA n. 2/2017 e alla successiva Circolare del Ministro per la Pubblica Amministrazione n. 2/2019.

#### 4. Le banche dati di cui all'art. 9 bis del D. Lgs. 33/13 e s.m.i

La disciplina della trasparenza contenuta nel testo storico del d.lgs. 33/2013, è stata aggiornata dal d.lgs. 97/2016 con la semplificazione di alcuni obblighi di pubblicazione e la possibilità di fare uso delle "banche dati", detenute dalle Pubbliche Amministrazioni, per assolvere agli adempimenti cui sono tenuti i soggetti obbligati di cui al comma 2 bis del medesimo d.lgs. 33/2013.

In particolare l'art. 9 bis recita:

1. Le PP.AA. titolari delle banche dati di cui all'Allegato B) pubblicano i dati, contenuti nelle medesime banche dati, corrispondenti agli obblighi di pubblicazione di cui al presente decreto, indicati nel medesimo, con i requisiti di cui all'articolo 6, ove compatibili con le modalità di raccolta ed elaborazione dei dati.

2. Nei casi di cui al comma 1, nei limiti dei dati effettivamente contenuti nelle banche dati di cui al medesimo comma, i soggetti di cui all'articolo 2-bis adempiono agli obblighi di pubblicazione previsti dal presente decreto, indicati nell'Allegato B, mediante la comunicazione dei dati, delle informazioni o dei documenti dagli stessi detenuti all'amministrazione titolare della corrispondente banca dati e con la pubblicazione sul proprio sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione trasparente", del collegamento ipertestuale, rispettivamente, alla banca dati contenente i relativi dati, informazioni o documenti, ferma restando la possibilità per le amministrazioni di continuare a pubblicare sul proprio sito i predetti dati purché identici a quelli comunicati alla banca dati.

3. Nel caso in cui sia stata omessa la pubblicazione, nelle banche dati, dei dati oggetto di comunicazione ai sensi del comma 2 ed effettivamente comunicati, la richiesta di accesso civico di cui all'articolo 5 è presentata al RPCT dell'amministrazione titolare della banca dati.

4. Qualora l'omessa pubblicazione dei dati da parte delle PP. AA di cui al comma 1 sia imputabile ai soggetti di cui al comma 2, la richiesta di accesso civico di cui all'articolo 5 è presentata al RPCT dell'amministrazione tenuta alla comunicazione.

L'art.42, c.2, del D.lgt. 97/2016 precisava inoltre che "Gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 9-bis del decreto legislativo n. 33 del 2013, introdotto dall'articolo 9, comma 2, del presente decreto, acquistano efficacia decorso un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto".

Di seguito una rappresentazione delle banche dati d'interesse per le Aziende sanitarie:

	Nome della banca dati	Amministrazione che detiene la banca dati	Norma istitutiva della banca dati	Obblighi previsti dal D. Lgs 33/13 e s.m.i.
1	PerlaPA	PCM - DFP	Art. 36, co. 3 e 53 del D. Lgs 165/01 Art. 1 co. 39 della L. 190/12	Art. 15 – Titolari di incarichi di collaborazione e consulenza Art. 17 – dati relativi al personale non a T.I. Art. 18 – dati relativi agli incarichi conferiti ai dipendenti pubblici
2	SICO – Sistema conoscitivo del personale dipendente delle PPAA	MEF – RGS (IGOP)	Art. 40-bis, co. 3 e 58-62 del D. Lgs 165/01	Art. 16, co. 1-2 – dotazione organica e costo del personale con rapporto di lavoro a T.I.

				Art. 17 – dati relativi al personale non a T.I. Art. 21 co 1 – dati sulla contrattazione collettiva nazionale Art. 21 co. 2 – dati sulla contrattazione collettiva integrativa
3	Archivio contratti del settore pubblico	ARAN - CNEL	Art. 40-bis, co. 5 e 47 co. 8 del D. Lgs 165/01	Art. 21 co 1 – dati sulla contrattazione collettiva nazionale Art. 21 co. 2 – dati sulla contrattazione collettiva integrativa
4	Patrimonio della PA	MEF-DT	Art. 2, co. 222 legge n. 191/2000 Art. 17 co. 3-4 del DL 90/2014 convertito in L. 114/2014	Art. 22. Co. 1 e 2 (dati relativi a società, enti pubblici e enti di diritto privato partecipati dalla PPAA in cui le Amm.ni nominano i propri rappresentanti negli organi di governo) Art. 30 – dati relativi a beni immobili posseduti o detenuti dalla PPAA
5	BDAP – Banca dati PPAA	MEF-RGS	Art. 13 L. 196/2009 Decreto Min. Tesoro, Economia e Finanze n. 23411/2010 D. Lgs 229/2011 D. Lgs 228/2011	Art. 29 co. 1 – bilanci preventivi e consuntivi delle PPAA Art. 37, co. 1, lett a), b), c) – informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione dei lavori Art. 38 – pubblicità dei processi di pianificazione, realizzazione e valutazione delle opere pubbliche
6	BDNCP – Banca dati Nazionale Contratti Pubblici	Anac	Art. 62-bis del D. Lgs n. 82/2005 Art. 6-bis del D. Lgs n. 163/2006	Art. 17 – informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture
7	Servizio Contratti Pubblici	MIT	Art. 66, co. 7, 122, co. 5 e 128 co. 11 del D. Lgs n. 163/2008	Art. 17 – informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture

L'intento primario del legislatore è stato certamente quello di semplificare l'attuazione della normativa sulla trasparenza. Tuttavia la disposizione di cui all'art. 9-bis si è rilevata, in realtà, di difficile attuazione: la ragione principale risiede nel fatto che le banche dati cui si riferisce la norma sono state istituite e realizzate prima dell'entrata in vigore del D.lgs. 33/2013 e s.m.i., per scopi diversi da quelli che si prefigge l'art. 9-bis in argomento.

Da subito, pertanto, si è riscontrato un disallineamento o solo una parziale coincidenza tra dati acquisiti nelle banche dati e gli atti o documenti che le amministrazioni sono tenute a pubblicare ai sensi del d.lgs. 33/2013. Inoltre, la discrasia attiene anche ai contenuti degli obblighi, poiché le banche dati contengono spesso solo dati, mentre il d.lgs. 33/2013 si riferisce anche a “documenti e informazioni”.

In via prudenziale l'apertura delle banche, dati in argomento, con la contestuale sostituzione dell'obbligo di pubblicazione per le PP.AA. sui propri siti, potrà realizzarsi solamente nel momento in cui vi sarà la totale coincidenza tra i dati contenuti nelle banche dati e quelli previsti dal d.lgs. 33/2013.

Per quanto riguarda lo stato di attivazione delle banche dati a oggi nella nostra AUSL, si rinvia alla specifica colonna contenuta nella Tabella che costituisce Allegato A del presente Piano,

Per quanto riguarda i dati e le informazioni di cui all'art. 37, comma 1, lettere a), b), c) del d.lgs 33/13 e s.m.i. (informazioni relative alle procedure per l'affidamento e l'esecuzione dei lavori) oltre alle banche dati nazionali di cui sopra (e precisamente BDAP, BDNCP e Servizio Contratti Pubblici) si evidenzia che è attiva anche una banca dati regionale denominata SITAR raggiungibile al link <https://www.sitar-er.it/Sitar-ER/>.

Il SITAR, “Sistema Informativo Telematico Appalti Regionale della regione Emilia-Romagna”:

- consente di monitorare il ciclo dell'appalto dalla fase di programmazione a quella di collaudo attraverso le fasi intermedie di bando, aggiudicazione ed esecuzione tenendo conto delle specificità dell'appalto in relazione alla tipologia ed all'importo;
- assolve in modo unitario alle diverse esigenze di monitoraggio dei vari organismi legalmente deputati semplificando l'azione di invio delle informazioni da parte delle stazioni appaltanti attive sul territorio regionale e concentrando in un'unica banca dati le diverse informazioni;
- realizza il monitoraggio in modo completamente informatico rendendolo più efficiente e meno oneroso per l'Amministrazione Aggiudicatrice.

In considerazione dell'importanza della banca dati regionale in argomento, si ritiene opportuno inserire il relativo link nella sezione “Bandi di gara e contratti” presente in “Amministrazione Trasparente” pur continuando ad assicurare, da parte delle Strutture competenti, le pubblicazioni secondo le modalità in uso nell'Ente ed in attesa di comunicazioni Ufficiali per le pubblicazioni dei link delle Banche Dati nazionali.

La Banca Dati nazionale “Soldi pubblici” raggiungibile al link <http://soldipubblici.gov.it/it/home> presenta una serie di interessanti e significativi dati ed informazioni ai fini delle pubblicazioni di cui all'art. 41, comma 1 bis. Si ritiene pertanto opportuno inserire tale link nella sezione “Dati sui pagamenti del SSN” presente in “Amministrazione Trasparente” pur assicurando le pubblicazioni da parte delle competenti Strutture secondo le prassi in uso nell'Ente.

Nel corso del 2020 i Responsabili della pubblicazione devono attivarsi per il perfezionamento o l'avvio delle banche dati di competenza, a fini di semplificazione degli adempimenti amministrativi di pubblicazione. Qualora le banche dati di riferimento contengano tutti gli elementi richiesti dal d.lgs. n.33 e s.m.i., dovranno essere regolarmente implementate dalle UU.OO. interessate e rappresenteranno l'unica soluzione per la pubblicazione delle informazioni in Amministrazione Trasparente.

Dovrà essere mantenuta tuttavia la pubblicazione nelle rispettive sezioni del sito aziendale, dei dati, documenti e informazioni che sono state pubblicate fino al momento di attivazione delle banche dati, per tutta la durata dell'obbligo di pubblicazione prevista dalla succitata normativa. Parimenti dovrà essere mantenuta la pubblicazione nel sito dei dati e delle informazioni che non costituiscono oggetto di trasmissione alla banca dati.

## **5. Provvedimenti ex art. 23 del D. Lgs 33/2013 e s.m.i.**

A seguito dell'introduzione della “Riforma Madia” nel nostro ordinamento come è noto l'art. 23 del D. Leg.vo. 33/2013 e s.m.i. sono stati eliminati gli obblighi di pubblicazione relativi ai:

- provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione e concessione;
- provvedimenti dei concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.

Rimangono confermati invece i provvedimenti finali relativi a:

- scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici, relativi a lavori, servizi e forniture, di cui al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50, fermo restando quanto previsto dall'articolo 9-bis;
- accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche, ai sensi degli articoli 11 e 15 della legge 7 agosto 1990, n. 241.

In caso di provvedimento soggetto all'obbligo di pubblicazione di cui all'articolo 23, il responsabile del procedimento dovrà evidenziare nell'applicativo informatico di gestione documentale (delibere e determine) la specifica categoria cui appartiene l'atto, selezionandola da un menu a tendina.

In presenza di tale indicazione, il sistema provvede direttamente alla pubblicazione in tempo reale nella sotto sezione "Provvedimenti".

A proposito di questa sezione si rileva che con nota prot. 2019/685401 del 10/09/2019 acquisita agli atti del PG con n. 232335 del 10/09/2019 ad oggetto: "PG/2019/685401 del 10/09/2019 Provvedimenti nota OIV-SSR, l'Organismo Indipendente di Valutazione/SSR ha inviato alle Aziende ed agli Enti del SSR e per conoscenza ai coordinatori OAS delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna e ARPAE una disposizione relativa alle modalità di pubblicazione degli Provvedimenti relativi alla sezione "Provvedimenti organi di indirizzo politico" presente in "Amministrazione Trasparente" alla luce dell'attestazione effettuata a seguito dell'emanazione della delibera ANAC n. 141/2019 citata in premessa, della quale si riporta integralmente la parte conclusiva:

".....Ferma restando la piena responsabilità di ogni amministrazione nell'applicazione della normativa sulla trasparenza, dandone coerente rappresentazione nel proprio PTPC, e riconosciuta l'oggettiva ambiguità di alcune norme, si ritiene comunque opportuno confermare anche per questa voce l'approccio già adottato da qualche anno che tende verso il maggior livello possibile di uniformità interpretativa tra Aziende ed Enti SSR e ARPAE, anche per effetto dell'attivazione di un unico OIV, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.

Per questo motivo, anche alla luce del confronto emerso nel corso del Tavolo regionale RPCT di luglio scorso, si propone di confermare la linea adottata da diversi anni dalla maggioranza delle Aziende, prevedendo di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, dandone evidenza in modo esplicito nel prossimo PTPC e quindi anche nel sito Amministrazione Trasparente."

L'Azienda Usl della Romagna è sempre stata in linea con questa interpretazione e ne dà evidenza in modo esplicito nel sito aziendale dell'Amministrazione Trasparente.

## **6. Informazioni ambientali: interpretazione OIV/SSR**

Con nota prot. 2019/0598476 del 16/07/2019 acquisita agli atti del PG con n. 188688 del 19/07/2019 ad oggetto: "Delibera ANAC 141 del 27 febbraio 2019 – Informazioni Ambientali", l'Organismo Indipendente di Valutazione/SSR ha inviato all'Autorità Nazionale Anticorruzione e per conoscenza alle Aziende ed agli Enti del SSR una disposizione relativa alle modalità di pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni relative alla sezione "Informazioni ambientali" presente in "Amministrazione Trasparente" alla luce dell'attestazione effettuata a seguito dell'emanazione della delibera ANAC n. 141/2019 citata in premessa che, per importanza dei contenuti, si riporta integralmente:



“In occasione delle recenti attestazioni rese secondo le indicazioni della delibera ANAC n.141/2019, è emersa una situazione molto variegata in riferimento alla macrofamiglia “Informazioni Ambientali”, derivante da una difformità interpretativa rispetto alle informazioni pubblicate dalle singole Aziende; tale situazione rende sostanzialmente poco fruibili per i cittadini le pubblicazioni presenti, che riguardano documenti diversissimi tra i diversi enti (o meri rinvii a siti di altre Amministrazioni), peraltro allocati in modo difforme nelle diverse voci di dettaglio previste. La stessa ARPAE, che tratta in modo molto rigoroso le informazioni ambientali, con una ricchissima quantità di dati e documenti pubblicati, si trova a rinviare l’utente da una voce di dettaglio ad un’altra, non riuscendo evidentemente ad inquadrare in modo univoco le informazioni stesse.

Al fine di rendere più agevole l’accesso alle Informazioni ambientali da parte degli utenti e anche di razionalizzare le attività dei singoli enti, quest’OIV ritiene opportuno proporre qualche riflessione per definire un più omogeneo e coerente quadro di riferimento, tenuto anche conto degli elementi di specificità delle amministrazioni sanitarie.

In particolare, si rileva che l’art. 40, comma 2, del d.lgs. 33/2013 prevede la pubblicazione delle informazioni ambientali (di cui all’art. 2, comma 1, lett. a) del d.lgs. 195/2005) che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali. Ciò nell’ambito di apposita sezione, detta “Informazioni ambientali”. Nella griglia allegata alla delibera ANAC 1310/2016, tale adempimento è stato articolato analiticamente con riferimento alle diverse tipologie di informazioni ambientali previste dalla norma prima richiamata del d.lgs. 195/2005.

Questa modalità di articolazione del dato si rivela poco funzionale, posto che le diverse informazioni ambientali in possesso delle aziende sanitarie per lo più riguardano simultaneamente diverse voci di dettaglio e si collocano con difficoltà in una sola di esse.

Tenuto conto della formulazione della norma, si ritiene quindi preferibile considerare le diverse tipologie d’informazioni come una voce unica, prevedendo di conseguenza una valutazione unica in sede di attestazione del rispetto degli obblighi di trasparenza. Questa modalità, oltre ad apparire coerente con quanto richiesto dall’art. 40 del d.lgs. 33/2013, pone le premesse per una razionalizzazione e standardizzazione delle pubblicazioni, su base omogenea all’interno del SSR, migliorando quindi anche l’accessibilità delle informazioni da parte dei cittadini.

Di conseguenza quest’OIV ritiene che tutti gli enti sanitari della Regione Emilia-Romagna, per adempiere all’obbligo, debbano strutturare la macrofamiglia “Informazioni Ambientali” in un’unica voce in cui inserire tutte le informazioni ai sensi dell’art. 40 del D. Lgs 33/2013; nello specifico, tenuto anche conto della tipologia di informazioni ambientali che le aziende ed enti del SSR ed ARPAE detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali:

- le Aziende USL dovranno inserire la Relazione Annuale predisposta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, il link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell’Ambiente;
- le Aziende Ospedaliere dovranno inserire un link alla AUSL territoriale di riferimento e link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell’Ambiente;
- l’ARPAE dovrà pubblicare le Informazioni Ambientali detenute, oltre al link al Ministero dell’Ambiente;
- tutti gli enti potranno pubblicare eventuali ulteriori informazioni o documenti disponibili secondo quanto previsto dal D. Lgs. 195/2005.”

La Struttura in Azienda USL della Romagna deputata all’aggiornamento della sezione “Informazioni ambientali” è il Dipartimento di Sanità Pubblica il quale già nel corso del 2019 ha provveduto all’adeguamento richiesto.

## **7. Le Linee guida sulle informazioni da pubblicare in “Amministrazione Trasparente” in materia di sperimentazioni cliniche ai sensi dell’art. 2 del d.lgs. 52/2019**

Con nota prot. 2019/091551 del 17/12/2019 acquisita agli atti del PG con n. 324228 del 17/12/2019 ad oggetto: “Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell’art. 2 d.lgs. n. 52/2019”, l’Organismo Indipendente di Valutazione/SSR ha inviato alle Aziende ed agli Enti del SSR un documento predisposto da un apposito gruppo di lavoro (con la partecipazione dell’Agenzia sanitaria regionale, del Servizio Amministrazione SSR e di alcuni RPCT e referenti per la ricerca aziendali) condiviso peraltro nell’ambito del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza in data 21/10/2019 invitando pertanto le stesse Aziende sanitarie ad applicare le Linee guida ed adeguando coerentemente il proprio Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020-2022 (da adottare entro il 31/1/2020) ed i propri siti Amministrazione trasparente.

Il documento recante “Sintesi delle indicazioni interpretative in attuazione dell’art. 2 del d.lgs. n. 52/2019 in riferimento alla pubblicazione di dati in Amministrazione trasparente” dispone le seguenti raccomandazioni:

- **Dove pubblicare i dati:** creare in “Altri contenuti” di Amministrazione trasparente una voce specifica con la seguente denominazione: “Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c. 4bis, Dlgs 211/2003 – introdotto dall’art. 2, c.1, d.lgs. 52/2019)”; eventualmente prevedere rinvio dalla pagina generale del sito aziendale.
- **Chi deve pubblicare i dati:** ogni Azienda sanitaria dove vengono condotte le sperimentazioni, per la parte di propria competenza.
- **Quali sperimentazioni includere:** per ora solo quelle relative ai farmaci che prevedono la comunicazione all’AIFA secondo quanto previsto dall’Art.11 del DLgs. n. 211/2003.
- **Informazioni da pubblicare per identificare la sperimentazione:** titolo/oggetto del contratto, codice EUDRACT, codice del protocollo del promotore, data del nulla osta della Direzione, unità operativa coinvolta/e, nome/cognome del principal investigator, data chiusura della sperimentazione (per quelle chiuse).
- **Stato di avanzamento delle sperimentazioni:** rispetto a ciascuna sperimentazione bisogna specificare nella pubblicazione se la stessa è attiva (ossia se ha ricevuto il nulla osta da parte della Direzione e con reclutamento pazienti avviata / ancora in corso) o conclusa (ossia se ha ricevuto comunicazione da parte dello sponsor della sua chiusura). NOTA BENE: l’informazione relativa alla chiusura del reclutamento dei pazienti è facoltativa.
- **Chi sono i soggetti coinvolti nella conduzione della sperimentazione:** Principal Investigator (PI)-persona responsabile della conduzione dello studio clinico presso il proprio centro clinico.
- **Quali info pubblicare per il principal investigator:** Nome e cognome + il curriculum.
- **Informazioni da pubblicare in materia di contratti e programmi di spesa:** si propone di pubblicare solo alcuni dati che identificano i contratti, e quindi la sperimentazione, come sopra definito, con l’aggiunta delle informazioni relative al budget economico complessivo della sperimentazione e ai rimborsi per prestazioni aggiuntive legate alla sperimentazione, con il totale complessivo.
- **Chi è responsabile della pubblicazione:** l’Ufficio ricerca aziendale o altro servizio/ufficio con competenze analoghe previsto dall’organizzazione aziendale.
- **Quando pubblicare le informazioni:** ogni tre mesi, entro la fine del mese successivo alla chiusura del trimestre (e quindi entro il 30/4 dovrà essere pubblicata la situazione aggiornata al 31/3, e così via). La prima pubblicazione è prevista al 31/12/2019 (e quindi da pubblicare entro il 31/1/2020), inserendo SOLO le sperimentazioni attive e con reclutamento ancora in corso a tale data; successivamente si inseriranno le nuove e si formalizzerà la progressiva chiusura di quelle pubblicate in precedenza.

L'Ufficio Protocollo dell'AUSL della Romagna il 17.12.2019, in sede di protocollazione ha trasmesso, immediatamente con il sistema di protocollazione informatica, il citato documento dell'OIV/SSN al Dirigente dell'Ufficio Ricerca clinica e organizzativa, quale soggetto Responsabile delle pubblicazioni in Azienda, che provvederà in merito.

## **8. Le limitazioni alla trasparenza. Nuova disciplina della tutela dei dati personali (Reg. UE 2016/679)**

Nonostante abbia carattere generale il principio secondo cui tutti i dati, documenti e informazioni, che la legge impone siano resi pubblici, devono essere oggetto di pubblicazione attraverso il sito dell'amministrazione trasparente, particolare rilievo assumono altresì le limitazioni alla trasparenza previste dall'art. 7 – bis- rubricato "Riutilizzo dei dati pubblicati" e introdotto dal d.lgs. 97/2016. Questa norma stabilisce, infatti, il necessario contemperamento tra il principio di trasparenza e la disciplina in materia di protezione dei dati personali, di cui al d.lgs. 30 giugno 2003, n. 196 (Codice della privacy), con la quale ogni operatore investito del relativo obbligo di pubblicazione deve necessariamente confrontarsi.

In tal senso, al fine di agevolare le Pubbliche Amministrazioni nel contemperamento delle esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché con la dignità personale, il Garante della Privacy è intervenuto con le *"Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati"*, pubblicate sulla G.U. del 12/06/2014. Tali linee guida - che distinguono tra «la pubblicità per finalità di trasparenza e la pubblicità per altre finalità» - hanno, in particolar modo, il merito di avere offerto un quadro organico e unitario delle misure e delle cautele cui le Pubbliche Amministrazioni devono attenersi nel momento in cui diffondono sui loro siti web dati personali, così come rappresentato nello schema sotto riportato.

Le linee guida del Garante della Privacy - oltre ad avere rivisto le disposizioni generali del d.lgs. 33/2013, offrendone una lettura orientata alla stretta osservanza della disciplina in materia di protezione dei dati personali - contengono indicazioni di dettaglio rispetto ai limiti che operano per specifici obblighi di pubblicazione sul web (curricula professionali, compensi degli organi amministrativi di vertice e dei titolari di incarichi dirigenziali, concorsi e prove selettive, qualsiasi erogazione che costituisca un vantaggio economico senza controprestazione per il beneficiario); indicazioni che devono, quindi, essere osservate dall'operatore interessato fin dal momento della elaborazione del dato da pubblicare.

Ogniquale volta si voglia procedere a una pubblicazione di atti e documenti in base al decreto legislativo n. 33 del 2013 o ad altre disposizioni di legge e regolamento, all'amministrazione e all'operatore, che per essa opera la pubblicazione, s'impone di valutare in via preventiva, alla luce delle suddette linee guida del Garante, i riflessi che ne discendono sul piano della tutela della privacy.

Come indicato nella Delibera ANAC 1074 del 21.11.2018 di aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione, in seguito all'applicazione a far data dal 25 maggio 2018 del Regolamento (UE) 2016/679, "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati", e all'entrata in vigore, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n.101, che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali – decreto legislativo 30 giugno 2003 n. 196 – alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679, ci si è posti il problema della compatibilità della nuova disciplina con gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 33/2013.

Al riguardo, va evidenziato che l'art. 2-ter del d.lgs. 196/2003, introdotto dal d.lgs.101/2018, dispone al comma 1 che la base giuridica per il trattamento di dati personali effettuato per

l'esecuzione di un compito d'interesse pubblico, o connesso all'esercizio di pubblici poteri, ai sensi dell'art. 6, paragrafo 3, lettera b) del Regolamento (UE) 2016/79 "è costituita esclusivamente da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento".

Il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte di soggetti pubblici è, quindi, rimasto sostanzialmente inalterato essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

Pertanto, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, che concorre ad attuare i principi costituzionali di eguaglianza, d'imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche (art. 1, d.lgs. n. 33/2013), occorre che le pubbliche amministrazioni, prima di mettere a disposizione sui propri siti web istituzionali i dati e documenti (in forma integrale o per estratto, ivi compresi gli allegati) contenenti dati personali, verifichino che la disciplina in materia di trasparenza contenuta nel d.lgs. 33/2013 o in altre normative, anche di settore, preveda l'obbligo di pubblicazione.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web per finalità di trasparenza, anche se compiuta in presenza di idoneo presupposto normativo, deve tuttavia avvenire, nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti nell'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza e trasparenza; minimizzazione dei dati; esattezza, limitazione della conservazione; integrità e riservatezza ecc... In particolare, assumono rilievo i principi di adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati ("minimizzazione dei dati") e quelli di esattezza e aggiornamento dei dati, con il conseguente dovere di adottare tutte le misure ragionevoli per cancellare o rettificare tempestivamente i dati inesatti rispetto alle finalità per le quali sono trattati.

Il medesimo d.lgs. 33/2013 all'art. 7 bis, comma 4, dispone inoltre che "Nei casi in cui norme di legge o di regolamento prevedano la pubblicazione di atti o documenti, le pubbliche amministrazioni provvedono a rendere non intelligibili i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle specifiche finalità di trasparenza della pubblicazione". Si richiama anche quanto previsto dall'art. 6 dello stesso d.lgs. n.33/2013 più volte citato e rubricato "Qualità delle informazioni", che risponde all'esigenza di assicurare esattezza, completezza, aggiornamento ed adeguatezza dei dati pubblicati.

## **9. Misure Organizzative: La tabella degli obblighi di pubblicazione dell'Ausl Romagna**

Nella tabella riportata come **ALLEGATO A)** del presente documento vengono indicati gli obblighi di pubblicazione cui è tenuta la Ausl suddivisi in sezioni di primo livello e sottosezioni di secondo livello, ove previste tenendo conto delle modifiche apportate al D.lg. 33/2013 dal D.lg. 97/2016, delle indicazioni fornite da ANAC con la delibera n. 1310 del 2016, con particolare riferimento all'Allegato A) della medesima contenente l'elenco degli obblighi di pubblicazione e degli aggiornamenti contenuti nella Griglia trasmessa dall'OIV RER con la più volte citata nota PG/2020/0024190 del 15/01/2020.

La pubblicazione di **dati ulteriori** ai sensi dell'art. 4 comma 3 D. lgs. 33/2013 e smi devono intendersi i dati informazioni o dei documenti che le PP.AA non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del D Lgs. 33/2013 o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento

Attualmente la sezione dei dati ulteriori riguarda i seguenti dati

- Giornata della trasparenza

Dati Ulteriori beni immobili (obiettivo strategico anni 2017- 2019)

Segnalazione di illeciti da parte dei dipendenti

Accordo collettivo nazionale con gli specialisti ambulatoriali convenzionati

Relazione annuale degli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento (da pubblicare entro il 31.03 di ogni anno come espresso dalla nota PG 179935 del Servizio assistenza ospedaliera della Regione Emilia Romagna del 14.03.2018

Dall'anno 2020 anche "Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c. 4bis, Dlgs 211/2003 – introdotto dall'art. 2, c.1, d.lgs. 52/2019)".

La tabella, conformemente a quanto previsto dall'art. 43 del D.lgt. 33/2013, così come modificato dall'art. 34 del D.lg. 97/2016 e dell'art. 6 della Legge 241/90, indica ogni Direttore / Dirigente come responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa, per i procedimenti di propria competenza, oltre che degli uffici afferenti allo stesso. Questa soluzione organizzativa garantisce l'affidabilità e qualità dei dati, in quanto la loro individuazione risiede in capo al servizio competente per materia, conoscitore dei processi/ procedimenti a cui si riferisce l'adempimento della pubblicazione. E' inoltre la soluzione più funzionale dal punto di vista organizzativo, che consente di distribuire gli oneri in assenza di risorse ulteriori dedicate.

Al riguardo si rileva, altresì, che l'art.6 della L. n. 241/90 e s.m.i., al comma 1 lett. d) prevede tra i compiti del Responsabile del Procedimento il seguente adempimento: "cura le comunicazioni, le pubblicazioni e le notificazioni previste da leggi e regolamenti".

Considerata l'ampiezza e la delicatezza delle attribuzioni anzidette, si richiama l'attenzione dei singoli Responsabili di procedimento sul rispetto dei tempi e sulle modalità di assolvimento degli obblighi di trasparenza, atteso che l'attribuzione di detti obblighi costituisce un obiettivo trasversale comune a tutte le Strutture aziendali indicate quali Responsabili della elaborazione, trasmissione e pubblicazione dei dati nella Griglia di seguito riportata , rilevante ai fini della valutazione delle prestazioni dei Direttori/Dirigenti e della performance individuale del dirigente e del responsabile del procedimento stesso.

Si sottolinea la coerenza di questa soluzione con il sistema organizzativo decentrato adottato dall'Azienda.

Qualora il Responsabile del procedimento non fosse individuato formalmente, le responsabilità delle funzioni del responsabile del procedimento restano in capo al Direttore di U.O..

Nella tabella vengono descritti:

- gli obblighi di pubblicazione con indicazione dei contenuti più significativi di tali obblighi, imputati alle rispettive Sezioni / sottosezioni o con annotazione a piè di pagina);
  - il riferimento normativo da cui ha origine l'adempimento;
  - l'aggiornamento previsto dal d.lgs. 33/2013 con riferimento allo specifico obbligo di pubblicazione ( tempestivo , trimestrale , annuale );
  - i termini di effettivo aggiornamento previsti a livello aziendale per i rispettivi adempimenti, tenuto conto di quanto previsto dal d. 33/2013 e dall'allegato 1 alla delibera n. 1310/2016;
  - l'eventuale non applicabilità della voce alle Aziende della SSN o alla AUSL della Romagna;
  - i responsabili della struttura competente alla produzione / trasmissione/ pubblicazione del dato.
- Si precisa, al riguardo, che per la maggior parte degli obblighi di pubblicazione queste figure di responsabili si identificano, ossia nell'attuale assetto organizzativo aziendale la struttura individuata come responsabile della pubblicazione del dato coincide di solito con la struttura responsabile della produzione e trasmissione del dato; qualora ciò non dovesse verificarsi, ne viene data evidenza nella summenzionata tabella;
- nella colonna NOTE vengono indicate alcune specifiche di alcuni obblighi di pubblicazione;

- nella colonna 9 bis vengono fornite indicazioni sullo stato di attuazione della previsione dell'art. 9 bis – All B. del D.lgs. 33/2013 introdotto - dal D.lgs. 97/2016 secondo quanto comunicato dai Responsabili di pubblicazione.

### **Tempestività del dato: interpretazione**

Si definiscono, di seguito, i termini entro i quali prevedere l'effettiva pubblicazione dei dati, dei documenti e delle informazioni nelle diverse sezioni presenti in "Amministrazione Trasparente" in relazione alla periodicità dell'aggiornamento fissato dalle norme:

Criterio di pubblicazione	Termine di pubblicazione
Tempestivo	La pubblicazione deve essere assicurata entro i 30 gg successivi dalla produzione del provvedimento e/o documento previsto dall'obbligo
Trimestrale/semestrale/annuale	Entro i 30 gg successivi alla scadenza del trimestre/semestre/anno
Date stabilite da specifiche normative	Scadenza prevista

La tabella con le responsabilità della pubblicazione e aggiornamento dei dati sulla trasparenza è rappresentata come **ALLEGATO A)** del presente documento.

## Timing riepilogativo delle misure di prevenzione generali

Soggetto Responsabile	Misure di prevenzione	Tempistica	Riferimento al PTPC
<b>Obblighi di trasparenza</b>			
Strutture Responsabili della produzione / trasmissione, pubblicazione del dato	Pubblicazione dati /informazioni previsti in tabella della Sezione trasparenza	Tempistica indicata nella tabella sugli obblighi di pubblicazione	Pag. 33
RPCT	Monitoraggio adempimento obblighi di pubblicazione	Entro il 31/12 di ogni anno	Pag. 108
Direttore U.O. Affari Generali	Studio di fattibilità per la realizzazione informatica del "Registro degli accessi"	Entro il 31.12.2020	Pag.109
<b>Codici di comportamento</b>			
UPD area comparto e area dirigenza	<p>1) Report infrannuale al RPCT su numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nell'anno in corso per violazioni dei Codici di comportamento, con specificazione di quelli aventi rilevanza penale che sono riconducibili a fenomeni corruttivi e con la precisazione dell'area di rischio interessata</p> <p>2) Segnalazione tempestiva al RPCT per ogni evento corruttivo riconducibile ad un reato contro la Pubblica Amministrazione e/o in danno della Pubblica Amministrazione che evidenzia una lesione dei principi di imparzialità e buon andamento della PA, ponendosi in violazione delle norme generali e delle disposizioni particolari del Codice e del PTPC</p>	<p>1) Entro 30/09 di ogni anno</p> <p>2) Tempestivo</p>	Pag. 34
<b>Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)</b>			
RPCT	Revisione del Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite adottato dall'Azienda (delib. n. 150 del 05/04/2017) a seguito dell'attivazione della piattaforma informatica nonché delle linee guida ANAC in corso di adozione	Entro 31/12/2020	Pag. 36
<b>Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione</b>			
Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative interessate (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, U.O. Acquisti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)	Rendicontazione sullo stato di attuazione di tale misura con indicazione del numero di dirigenti/funzionari interessati dalla rotazione	Entro 30/11 di ogni anno	Pag. 40
<b>Formazione</b>			

U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	Elaborazione del PAF coerentemente al PTPCT	Scadenza approvazione PAF	Pag. 46
<b>Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitto di interesse</b>			
Dichiarazioni dei dipendenti previste dal Codice di Comportamento	Utilizzo del sistema informatico WHR – time (portale del dipendente) per rendere/aggiornare annualmente le dichiarazioni/comunicazioni previste dal Codice di comportamento (Delib. Giunta RER n. 977/2019)	Entro dicembre 2020	Pag. 49
<b>Attività e incarichi extra istituzionali</b>			
Alta Professionalità Gestione contenzioso, recupero crediti e autorizzazioni	- Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 31/10; -Indicazione di eventuali segnalazione pervenute e accertate in merito allo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati;	Entro il 30/11 di ogni anno	Pag. 52
<b>Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile</b>			
UU.OO. Piattaforme Amministrative	Report da trasmettere al RPCT in merito al numero ed oggetto di segnalazioni ricevute da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi	Entro 31/10 di ogni anno	Pag. 56
RPCT	Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche ai fini dell'aggiornamento del PTPC	Dal 20/11 di ogni anno al 10/12 di ogni anno	Pag. 56
<b>Rapporti con le società partecipate</b>			
RPCT	Controllo sull'adozione del PTPC da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento delibera ANAC n. 1134/2017	Entro 30/06/2020	Pag. 58

**Per il crono-programma delle MISURE SPECIFICHE vedi tabelle della Sezione II, Parte SECONDA in corrispondenza di ciascuna area di rischio:**

- |   |                        |
|---|------------------------|
| <b>a) Contratti Pubblici</b>  |                        |
| 1) Acquisto di beni e servizi   | Vedi tabella A1 pag 63 |
| 2) Lavori Pubblici  | Vedi tabella A2 pag 71 |
| <b>b) Attività libero professionale</b>   | Vedi tabella B pag 73  |
| <b>c) Rapporti contrattuali con privati accreditati</b>                                 | Vedi tabella C pag 74  |
| <b>d) Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero</b>                   | Vedi tabella D pag 80  |
| <b>e) Acquisizione del Personale</b>  | Vedi tabella E pag 83  |
| <b>f) Sanità Pubblica – vigilanza, controlli, ispezioni</b>                             | Vedi tabella F pag 91  |
| <b>g) Sperimentazioni cliniche</b>  | Vedi tabella G pag 95  |
| <b>h) Assistenza protesica</b>  | Vedi tabella H pag 97  |
| <b>i) Recupero/rimborso ticket- Gestione liste di attesa per attività istituzionale</b> | Vedi tabella I pag 99  |
| <b>j) Utilizzo beni aziendali</b>   | Vedi tabella J pag 101 |
| <b>m) Formazione sponsorizzata</b>  | Vedi tabella M pag 103 |