

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

**PIANO TRIENNALE
PER LA
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE
2017 – 2019**

INDICE

Premessa.....	4
PARTE PRIMA.....	5
1. L'aggiornamento.....	5
2. Il quadro normativo.....	8
3. Il contesto esterno.....	9
4. Il contesto operativo di riferimento.....	10
5. Il modello organizzativo dell'anticorruzione.....	12
5.1 I soggetti.....	12
5.2 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT.....	17
6. Aggiornamento della gestione del rischio.....	18
6.1 Principi e metodologia per la determinazione del "rischio corruzione".....	19
6.2 Le aree a rischio analizzate.....	20
6.3 La ponderazione del rischio.....	22
7. Individuazione del Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti.....	23
8. Soggetto "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio.....	23
PARTE SECONDA.....	24
Misure per la prevenzione del rischio.....	24
SEZIONE I: LE MISURE GENERALI.....	25
1. Obblighi di trasparenza.....	25
2. Codici di comportamento.....	27
3. Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)....	29
4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.....	31
5. Formazione.....	35
6. Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse.....	37
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.....	39
8. Attività e incarichi extra istituzionali.....	41
9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.....	42
10. Patti di integrità.....	44
11. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile.....	45

12.	Rapporti con le società partecipate.....	47
13.	Monitoraggio del piano di prevenzione e del rispetto dei tempi procedurali....	48
	SEZIONE II: LE MISURE SPECIFICHE.....	49
	Area di rischio: Contratti pubblici.....	50
	A1 – Acquisto di beni e servizi – Esiti monitoraggio 2016.....	51
	A2 - Acquisto di beni e servizi – Misure preventive specifiche da attuarsi nel 2017.....	52
	A3 – Lavori Pubblici - Esiti monitoraggio 2016.....	55
	A 4 - Lavori Pubblici - Misure preventive specifiche da attuarsi nel 2017.....	58
	Area di rischio: Attività libero professionale.....	60
	Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati.....	61
	Area di rischio: Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero.....	64
	Area di rischio: Acquisizione del Personale.....	67
	Area di rischio: Sanità Pubblica - vigilanza, controlli, ispezioni.....	70
	PARTE TERZA - SEZIONE TRASPARENZA.....	74
1.	La qualità del dato da pubblicare - Decorrenza e durata degli obblighi di pubblicazione	75
2.	Le limitazioni alla trasparenza.....	76
3.	Vigilanza, profili di responsabilità e sistema di monitoraggio.....	77
4.	La tabella degli obblighi di pubblicazione dell’Ausl Romagna.....	79
	<i>Timing</i> riepilogativo delle misure di prevenzione generali.....	101

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2017 - 2019

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 UsI 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'AusI Romagna n. 13 del 2015 e, per il 2016, con deliberazione n. 22 del 29/01/2016.

Per l'anno 2017 si procede ad aggiornare il Piano Triennale aziendale in considerazione della Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (Anac) n. 831 del 3 agosto 2016 intitolata "*Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione*", mediante cui l'Autorità, nell'esercizio delle competenze attribuite dal decreto-legge 24 giugno 2014 n. 90, ha fornito indicazioni integrative e chiarimenti per la stesura dei Piani Aziendali che avranno vigenza per il triennio successivo. Tali indicazioni, che sono state formulate anche in virtù dell'analisi svolta su un ristretto ma significativo campione (198) di PTPC, suggeriscono alle Pubbliche Amministrazioni alcune correzioni di rotta che si pongono in linea con le rilevanti modifiche legislative recentemente intervenute e con l'intento già dichiarato dal legislatore nella Legge 13 agosto 2015, 124, di concentrare l'attenzione sull'effettiva adozione ed attuazione di misure in grado di incidere, in maniera preventiva, sui fenomeni corruttivi.

La relazione annuale del 2016 è stata redatta secondo lo schema diffuso dall'Anac con il comunicato del Presidente dell'Autorità del 5/12/2016 e, nel rispetto delle indicazioni ivi fornite, è stata pubblicata in virtù della proroga ivi concessa entro il 16/01/2017.

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 (PTPC) per il triennio 2017 - 2019 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, così come approfondite nella determinazione n. 12 del 28/10/2015 e parziale aggiornamento della mappatura/analisi del rischio svolta nel triennio 2014 - 2016;
- 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'AusI Romagna.
- implementazione del sito unico della "Amministrazione Trasparente" dell'AusI Romagna;
- revisione griglia concernente gli obblighi di pubblicazione previsti dal d.lgs. 14 marzo 2013, n. 33, al fine di adeguarla alle modifiche introdotte dal D.lgs n.97/2016.

Resta inteso, comunque, che come previsto dall'art. 1, comma 10, della legge 190/2012 il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione (RPC) 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

1. L'aggiornamento

In linea con quanto già affermato con il precedente PTPC approvato in gennaio 2016, il PTPC 2017–2019 intende definitivamente superare 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 alle 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 ad interloquire con il RPC 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 recenti 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 P.T.P.C. 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 P.T.P.C. 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) 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 P.T.P.C. 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 P.T.P.C. 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 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 PTPC e il PTTI. 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 2016.
- Aggiornamento delle modalità di attuazione della trasparenza con particolare riguardo alla Parte III Sezione Trasparenza, che individua le modifiche apportate al D.Lgs. 33/2013 dal D.Lgs.n. 97/2016 delineando in dettaglio gli obblighi di pubblicazione ai quali l'Ausl della Romagna è tenuta ad adempiere mediante lo strumento del sito unico dell'amministrazione trasparente dell'Ausl Romagna

Come viene aggiornato il PTPC

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 PTPC e del PTTI 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 – PTPC 2017-2019

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 31/01/2017 il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2017 - 2019**. 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 Anticorruzione 2017-2019. Nell'intento di favorire il più ampio coinvolgimento, i suddetti *stakeholder* (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 2016**, il proprio contributo propositivo al seguente indirizzo di posta elettronica 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. 22 del 29 gennaio 2016 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 Civit105/2010) - 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.

Al riguardo si segnala che nella sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE>ALTRI CONTENUTI è presente una cartella intitolata “Giornata della Trasparenza” per la raccolta del relativo materiale formativo e informativo.

Per quanto riguarda le precisazioni sulla “Giornata per la Trasparenza” che si prevede venga svolta entro il 31 ottobre 2017, si rinvia alla Parte II Sezioni I: MISURE GENERALI Paragrafo 11 del presente Piano.

2. 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 inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 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 “*precisione 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, 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 malfunzionamento 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 recenti modifiche legislative introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e recepite dall’Autorità Nazionale Anticorruzione con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, nel presente documento le due figure del Responsabile della trasparenza (RTI) e del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), secondo le deliberazioni del Direttore Generale n. 768 e 910 del 2014, sono già riunite in un unico soggetto (art. 43, d.lgs. n. 33/2013), nella persona della dott.ssa Vilma Muccioli che, giusta deliberazione del D.G. n. 725 del 24.09.2015, è il Direttore della U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali.

Il Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC), secondo il disposto dell’articolo 1 della l. 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 PTPC 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 PTPC, 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 PTPC 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.

3. 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 2,2 miliardi di euro e circa 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 2014 la popolazione residente nel territorio ricompreso nelle provincie di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini risulta pari a 1.125.124 abitanti e rappresenta il 25% della popolazione regionale. Nonostante l’indice di dipendenza totale consenta di rappresentare una struttura economica della società tale che la popolazione potenzialmente attiva può provvedere al sostentamento di quella non attiva (perché doppia rispetto a quest’ultima), la stasi dal punto di vista economico e lavorativo dovuta alla crisi globale ha comportato un aumento sistemico del livello di disoccupazione.

Poiché il rischio di infiltrazione e sviamento nell’economia legale aumenta in periodi di crisi, ossia quando la stretta sul credito, il ritardo nei pagamenti e la conseguente mancanza di liquidità

espongono le aziende a situazioni di bisogno, in questa sintetica rappresentazione (dal punto di vista epidemiologico e sociologico) del contesto esterno si cercherà di mettere in rilievo i punti di fragilità del contesto esterno nel quale opera l'Azienda Usl della Romagna. Inoltre, in ragione delle dimensioni e dell'estensione territoriale di questa Azienda le riflessioni generali sulla permeabilità del sistema sanitario non devono essere sottovalutate ma tenute in debita considerazione, anche alla luce dell'impegno manifestato in generale dalla Regione Emilia Romagna con le leggi regionali 3/2011 e 10/2010 per contrastare tali fenomeni attraverso la diffusione della cultura della legalità.

Dal primo Rapporto sulle aree settentrionali stilato dal gruppo di ricercatori dell'Osservatorio sulla Criminalità Organizzata dell'Università degli Studi di Milano istituito nel 2013, che si occupa della densità e distribuzione territoriale delle organizzazioni criminali in Emilia Romagna, nel quinquennio 2009-2014 emerge un numero esiguo di beni confiscati alla criminalità organizzata nei territori di Rimini e Ravenna; mentre più consistente risulta essere il numero dei beni confiscati nel territorio ricompreso nella provincia di Forlì-Cesena, ed in particolare nel Comune di Forlì. Si tratta, comunque, di confische operate nell'ambito del traffico di stupefacenti, gioco d'azzardo ed estorsioni a carico di imprenditori privati.

Il secondo rapporto stilato dall'Osservatorio, che in riferimento al medesimo periodo si occupa di censire le principali attività economiche svolte dalle organizzazioni criminali, dedica uno specifico approfondimento al settore della sanità sia perché ritenuto ad alto potenziale di espansione sia per le importanti ricadute socio-istituzionali. Tale rapporto rileva come in Emilia Romagna per lo specifico settore sanitario i casi di infiltrazioni mafiose hanno riguardato un territorio (provincia di Ferrara) diverso da quello in cui si colloca l'Azienda Usl della Romagna e sono riferibili ai rapporti tra la sanità pubblica e le case di cura private. Infatti, pur avendo constatato un (altamente) probabile scarto di conoscenza del fenomeno criminale, il suddetto rapporto evidenzia come il legame tra sanità pubblica e privato convenzionato si presta maggiormente ad essere terreno fertile per il proliferare di fenomeni di corruzione.

Rispetto a tale questione è bene ricordare che secondo il rapporto del 2014 "Corruzione e sprechi in sanità" curato dal Centro Ricerche e Studi su Sicurezza e Criminalità (RISS) gli schemi patologici investono le attività che vanno dall'accreditamento al rimborso dei DRG (*Diagnosis Related Groups*) per il pagamento di prestazioni di assistenza e di cura non appropriate, ossia le attività che sono maggiormente esposte ai due principali fattori di rischio: le asimmetrie informative e i conflitti di interesse. Pertanto, l'attenzione che aziende sanitarie come la nostra devono rivolgere a tali problematiche si può sintetizzare nell'impegno ad adottare misure organizzative idonee a prevenire tali fenomeni ad esempio mediante l'adozione di efficaci meccanismi di controllo quantitativo e qualitativo sulle prestazioni rese.

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.

4. 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”.

Nel corso del 2016, se a “livello macro” il progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale, 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, a livello micro, il processo di riorganizzazione risulta ancora in fase di perfezionamento.

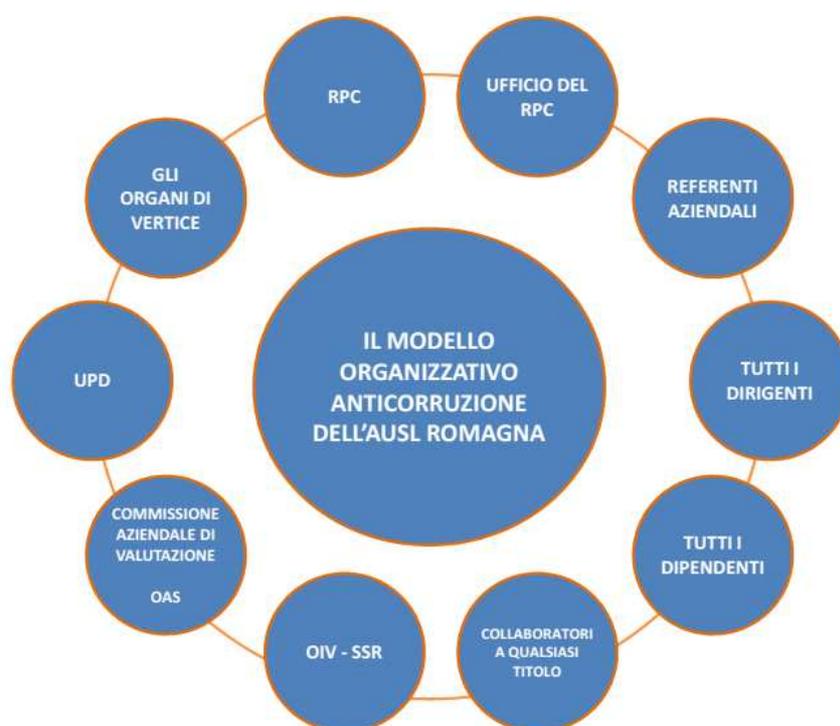
Pertanto, la redazione del presente PTPC in talune parti potrà ancora scontare le difficoltà strutturali che potranno emergere nell’attuazione delle prescrizioni in materia di prevenzione della corruzione e in tale ipotesi rinvierà – con la contestuale ed immediata pubblicazione dei risultati – lo svolgimento di alcune attività (come la totale mappatura dei processi) che necessitano di un approfondimento alla luce di una maggiore e migliore conoscenza delle implicazioni discendenti dal nuovo assetto organizzativo dell’Ausl Romagna.

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 PTPC (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 delle performance 2017 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 PTPC; 3) il piano della formazione 2017 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.

5. 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 della determinazione Anac n. 12 del 28/10/2015, nonché del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 adottato da Anac con delibera n. 831 del 3/08/2016, 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 strategici in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione;
- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- adotta il P.T.P.C. 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 Generale, nel condividere e fare propri tali obiettivi, promuove l'adozione di linee guida/protocolli operativi/procedure aziendali da adottarsi nelle aree a più elevato rischio corruttivo (ad es. procedura aziendale per la disciplina delle attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero, linea guida per la rotazione del personale dell'Area del DSP, linea guida per la rotazione degli operatori del settore Lavori Pubblici), nonché l'adozione di linee guida/protocolli operativi/procedure aziendali per facilitare l'emersione di casi corruttivi (ad es. protocollo operativo per la gestione di segnalazioni di condotte illecite ex art. 54 bis D.lgs. 165/01, linea guida per gli operatori dell'URP sulla gestione delle segnalazioni relative a fatti corruttivi e/o episodi di conflitto di interessi). La Direzione Generale promuove, altresì, l'incremento della partecipazione al Corso di Formazione a Distanza (FAD) da parte del personale Dirigente relativamente all'anno 2017. 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, anche prevedendo la pubblicazione di dati ulteriori in relazione a specifiche aree (ad es. pubblicazione di dati ulteriori relativi al patrimonio immobiliare dell'Azienda).

A conferma del forte coinvolgimento che la Direzione Generale ha sia nella definizione del contenuto del PTPC 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 di schema di PTPC e successivamente quello definitivo; inoltre la bozza del presente Piano, prima della sua approvazione, è stata pubblicata sulla intranet aziendale.

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, 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 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. Tale struttura è chiamata a svolgere le seguenti attività:

- individuano nell'ambito dei rispettivi ambiti le attività in cui sia maggiore il rischio della corruzione e cooperano alla gestione del rischio;
- prevedono, d'intesa con il RPCT, meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonei a prevenire i rischi di corruzione;
- formulano 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;
- monitorano l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità nonché propongono la modifica dello stesso quando siano accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero qualora intervengano mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- individuano, 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 assicurano 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 Sistemi Relazionali, 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 ai fini della concreta realizzazione degli obiettivi di prevenzione del rischio corruttivo e della promozione/diffusione della cultura della legalità, per l'area di rispettiva competenza:

- svolgono 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 DPR. 62/2013 e art. 8 Codice di comportamento aziendale)
- partecipano al processo di gestione del rischio e provvedono 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;
- propongono le misure di prevenzione ed assicurano la corretta attuazione di quelle adottate in piena ed effettiva collaborazione con il RPCT;
- assicurano l'osservanza del Codice di comportamento, verificano le ipotesi di violazione e segnalano tempestivamente situazioni di conflitto di interesse (art. 13 DPR 62/2013 e art. 13 Codice di Comportamento aziendale);
- adottano le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale (ove prevista);
- partecipano e promuovono 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 DPR 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 PTPC 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):

- 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 dei Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza attivato dalla Direzione Generale Sanità; il Tavolo, cui partecipa anche l'OIV – SSR, opera attraverso incontri periodici, di norma a cadenza mensile o bimestrale, e mediante gruppi tematici di approfondimento ed ha il compito di:

- favorire il coordinamento delle Aziende su anticorruzione e trasparenza, l'approfondimento di criticità o ambiti di interessi comuni, la definizione di linee guida o modalità applicative comuni, la promozione di misure o azioni a livello regionale o sovraziendali, anche in attuazione del ruolo assegnato alle Regioni dal PNA 2016 nella parte speciale "Sanità".

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 RPC*", 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 fasi 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 PTPC 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.

6. 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 2016,
- ❖ 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 2014-2016.

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 UsI 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.

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 UsI 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 adattate 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:

- a. 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.
- b. 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.

$$\mathbf{P} \times \mathbf{I} = \mathbf{R}$$

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 monitorate nel corso del 2016.

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, superando i regolamenti degli ambiti delle ex quattro aziende, si è dotata di apposito regolamento adottato con Deliberazione del D.G. 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 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.

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:

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

Le aree A, B, 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 PTPC. In tale Sezione sono riportati anche gli esiti del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste, evidenziando, in caso di non completa realizzazione delle misure, la motivazione e la nuova programmazione delle medesime. Per quanto riguarda l'area C – per la quale rispetto alla gestione e somministrazione dei farmaci in reparto o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio si era provveduto ad effettuare nel 2015 la relativa valutazione - non essendo richiesta una nuova valutazione nel 2016 - si rinvia al 2017 il relativo aggiornamento.

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), sarà oggetto di valutazione del rischio 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”.

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

R > 12	Rischio CRITICO
6 < R < 12	Rischio RILEVANTE
3 < R < 6	Rischio MEDIO
R < 3	Rischio TRASCURABILE

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 precedente PTPC.
- per la maggior parte dei processi analizzati nell'anno 2016, 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 PTPC. 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 PTPC.

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.

L'aggiornamento della mappatura dei processi sarà poi rendicontato attraverso la relativa pubblicazione nella sezione ALTRI CONTENUTI> ANTICORRUZIONE del sito web aziendale.

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 individuato, con nota prot. n. 215974 del 6/10/2016, la Dr.ssa Marzia Maldini, Collaboratore amministrativo dell'U.O. Acquisti Aziendali, quale soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA).

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 UsI 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 da Anac.

PARTE SECONDA

Misure per la prevenzione del rischio

Nella precedente stesura del PTPC 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 PTPC 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 PTPC 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 apportato numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, delle prescrizioni contenute nella sopracitata legge n. 190/2012, nel PNA 2016 e nelle altre fonti normative vigenti.

Le modifiche introdotte da d.lgs. 97/2016, per quanto riguarda la normativa sulla trasparenza, ne hanno rafforzato il valore di principio che caratterizza l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Il d.lgs. 97/16 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva l’introduzione del nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’unificazione fra il programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie e l’attribuzione ad ANAC della competenza all’irrogazione delle stesse.

Al fine di dare attuazione al principio di trasparenza, intesa come *“accessibilità totale delle informazioni concernenti l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni, allo scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull’utilizzo delle risorse pubbliche”*, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente in materia, l’Azienda provvede a redigere, applicare e aggiornare il PTPCT. Nella Parte Terza del presente Piano denominata *“ Sezione Trasparenza “* vengono definite le misure, i modi e le iniziative per l’adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell’Azienda.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre che costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, nonché di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Attraverso la pubblicazione *on line* dei dati e delle informative 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 delle pubbliche amministrazioni, sia di utente dei servizi pubblici.

La pubblicazione dei dati e delle informazioni di cui sopra avviene in conformità alle indicazioni emanate dal Garante per la protezione dei dati personali: *“Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuto anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri Enti obbligati”*

Al fine di migliorare l’integrazione tra il sito dell’amministrazione trasparente dell’AUSL della Romagna (visitabile all’indirizzo:

<https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>) e i sistemi informatici di archiviazione utilizzati dall’azienda (come l’applicativo InterdelFX per la gestione delle Deliberazioni e le Determinazioni dell’Ente), si prospetta, entro la fine del primo trimestre del 2017, una manutenzione evolutiva del sistema InterdelFX, per consentire la raccolta e l’esportazione automatica di alcuni item informativi previsti dal decreto sulla trasparenza.

Si precisa che l’esportazione automatica degli item informativi dovrà avvenire alla luce delle modifiche che il d.lgs. 97/16 ha apportato al d.lgs. n.33/13, come esplicitate in formato tabellare nell’ allegato 1 alla delibera ANAC n.1310 del 28 dicembre 2016.

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 relative ai 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.

Le misure operative di prevenzione relative agli 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 2017-2019, 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 https://amministrazionetrasparenze.auslromagna.it/ - Pubblicazione dei dati / 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) <u>Audit interno a cura del RPCT e dell'OAS aziendale</u> con cadenza semestrale sugli adempimenti del sito dell'amministrazione trasparente
Tutte	Tutti i processi aziendali interessati dalla pubblicazione di alcuni item informativi	Automatizzazione flusso attraverso intervento evolutivo sul sistema di gestione delle Deliberazioni e Determinazioni (InterdelFX)	Accessibilità delle informazioni	U.O. Governo sistemi informativi U.O. Gestione Sistemi relazionali	Entro 31/03/2017	Flusso automatizzato dal programma di gestione deliberazioni/determinazioni per alcuni item informativi

Per consentire ai Dirigenti/Responsabili dei Servizi/UO. che in aderenza al nuovo assetto organizzativo sono interessati dagli obblighi di pubblicazione (così come precisati nella relativa sezione del PTPCT), si prospettano giornate formative anche con docenti esterni per affrontare gli aspetti più controversi della normativa sulla trasparenza, alla luce delle modifiche che sono state apportate al D.lgs. n. 33/2013 dal d.lgs. n. 97/2016 e dalla relative Linee Guida ANAC.

Si rinvia inoltre a quanto previsto al successivo paragrafo 5 – "Formazione" che prevede, tra le misure di prevenzione legate alla Formazione, anche "l'obbligo di frequenza al corso di formazione

a distanza (FAD)”, da svolgersi entro il 2017, per il 40% del personale dirigente e vede come destinatario il personale della Dirigenza SPTA.

Infine la legge 190/2012, all’art. 1, co. 9, lett. f), stabilisce che il PTPC 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, co 3, D.Lgs. n. 33/2013).

Alla luce di quanto sopra per l’Area dei contratti pubblici, ed in particolare per le Unità Operative Progettazione e Sviluppo Edilizio/Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti con il supporto dell’U.O. Bilanci, oltre agli obblighi di trasparenza previsti dall’art. 30 del D.lgs. n. 33\2013 (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 prevedere 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.

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
Area B - Contratti Pubblici	Processi aziendali relativi alla cessione/ alienazione degli immobili	Trasparenza Pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente	Accessibilità delle informazioni	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti con il supporto dell’U.O. Bilancio	Entro marzo 2017 Aggiornamento tempestivo	Pubblicazione dati nella sezione Amministrazione trasparente del sito aziendale

2. Codici di comportamento

Con l’adozione del nuovo Codice di Comportamento 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 a quelle contenute nei codici disciplinari (art. 13 del C.C.N.L. del 19.4.2004 per il personale precedenti (quelli di cui ai DD.MM. del 31.3.1994 e del 28.11.2000), l’attuale Codice di comportamento non contiene soltanto norme di principio ma introduce vere e proprie disposizioni che si aggiungono 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 75/2013) l'Ausl Romagna, con deliberazione del Direttore Generale n. 701 del 2014, ha adottato il proprio codice di comportamento che, secondo le previsioni del PTPC del 2015, viene 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 codice di comportamento c.d. *whistleblowing*, che sarà di seguito approfondita.**

Ai sensi dell'art. 16 del DPR 62/2013 e dell'art.54, c. 6, del d.lgs. 165/2001 nonché ex art. 18 del Codice Aziendale, sono tenuti a vigilare sull'applicazione dei Codici di comportamento:

- ✓ i dirigenti responsabili di ciascuna struttura.
- ✓ le strutture di controllo interno/OAS;
- ✓ l'ufficio procedimenti disciplinari che, come previsto dalle deliberazioni n. 905 e 906 del 10/12/2015, si compone di due organismi collegiali, ovvero l'ufficio procedimenti disciplinari area comparto e l'ufficio procedimenti area dirigenza.

E' allo studio del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, coordinato dalla Regione Emilia Romagna, l'elaborazione di un Codice di Comportamento aggiornato unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna, anche alla luce delle emanande "*Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale*" di ANAC.

Le misure operative di prevenzione che attengono all'osservanza dei codici di comportamento generale ed aziendale 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	1) Report infrannuale al RPCT su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nel 2017 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</u> 2) Segnalazione tempestiva al	Monitoraggi o sul rispetto dei Codici di Comportamento	UPD area comparto e UPD area dirigenza	1) Entro 30/09/2017 2) Tempestiva	Assenza/Presenza di denunce, condanne e procedimenti disciplinari significativi

		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 PTPC				
Tutte	Tutti i processi aziendale ed in particolare: attività di vigilanza ed attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero (vedi <i>infra</i> nelle misure specifiche)	Elaborazione di un Codice di Comportamento aggiornato unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna da parte del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, coordinato dalla Regione Emilia Romagna	Adeguamento o disposizioni codicistiche alle aree a rischio di corruzione	UPD area comparto e area dirigenza con il supporto del RPCT	Entro fine 2017	Deliberazione dell'aggiornamento al codice di comportamento

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. Fermo 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 all'Autorità Giudiziaria, alla Corte dei Conti, all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), al superiore gerarchico.

Inoltre, l'Anac ha previsto con la determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 una procedura per la gestione delle segnalazioni da parte di dipendenti di altre Pubbliche Amministrazioni che nel medio termine verrà attuata secondo le indicazioni di cui all'allegato 1b, tramite implementazione della piattaforma informatica che verrà resa disponibile da ANAC, ma che in via transitoria trova applicazione attraverso il modulo pubblicato sul sito dell'Autorità e disponibile all'allegato 2 della suddetta determinazione.

Si indica di seguito la procedura di Whistleblowing specificando i principi ispiratori, le modalità di presentazione/protocollazione e le modalità di verifica delle segnalazioni ricevute.

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

- tutela dell'anonimato;
- 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 2 del Codice di Comportamento dell'Ausl Romagna, ove il dipendente deve esplicitamente dichiarare la sua volontà o meno a rivelare la propria identità all'Autorità Disciplinare o all'incolpato, e 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 inviandola tramite Posta Elettronica Certificata all'indirizzo **anticorruzione@pec.auslromagna.it** istituito nel 2016 e dedicato specificamente alla ricezione di tali segnalazioni;
- b) 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;
- c) 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, i soggetti interessati e/o l'UPD (ove la segnalazione fosse di sua competenza) provvederanno a comunicare l'esito e gli eventuali provvedimenti adottati al RPCT, il quale a propria volta provvederà ad informare:

- a) la Direzione Strategica Aziendale per le azioni che nel caso concreto si rendessero necessarie a tutela dell'Azienda UsI Romagna.
- b) negli episodi più gravi, a presentare denuncia all'Autorità Giudiziaria competente per mezzo degli appositi uffici.

- **La responsabilità del segnalante**

La presente procedura lascia impregiudicata la responsabilità penale, disciplinare e civile del "segnalante" qualora la segnalazione svolta integri il reato di calunnia o diffamazione ex artt. 368 e 594 c.p. e 2059 del codice civile.

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 completamento, è in programma l’adozione di un Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite ex art. 54 bis D.Lgs. 165/2001.

Le misure operative di prevenzione mediante cui rendere attuale ed efficace il sistema del *Whistleblowing* 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	Adozione di un Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite ex art. 54 bis D.Lgs. 165/2001	Agevolare la presentazione e di segnalazioni	RPCT	Entro 31/03/2017	Adozione di un Protocollo operativo
Tutte	Tutti i processi aziendali	Implementazione di meccanismo di gestione informatizzata delle segnalazioni secondo determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015 che sarà reso disponibile da ANAC (pag.37 PNA 2016)	Agevolare la presentazione e di segnalazioni	U.O. Governo sistemi informativi	Entro 31/12/2017	Implementazione della piattaforma informatica per il personale dipendente/ collaboratore che consenta di verificare lo stato e l’esito delle segnalazioni fatte

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, il RPCT insieme all’UPD svolgerà un ciclo di incontri in aula - con piccoli gruppi di dipendenti - al fine di renderli edotti sui profili disciplinari e penali della normativa in materia di prevenzione della corruzione. Incontri che saranno, 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, a cura della U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali, 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 Usi della Romagna.

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 e, pertanto, con l'art. 16, co. 1, lett. l-*quater*, del d.lgs n. 165/2001, i dirigenti sono chiamati a stabilire, con provvedimento motivato, nell'ambito del monitoraggio delle attività in cui è più elevato il rischio di corruzione *“modalità di rotazione per il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*.

La legge 190/2012, all'articolo 1, co. 4, lett. e), assegna poi 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.

Nel PNA 2016 Anac, 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 da Anac con il PNA 2016, è intenzionata ad applicare la rotazione del personale secondo i criteri di seguito esposti affinché possa attuarsi in concreto tale misura di prevenzione generale.

La precisazione di criteri/linee guida per rendere attuale tale principio tiene comunque conto del fatto che la misura della rotazione del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, in quanto si pone in evidente contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. 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.

Principi

Nell'applicazione concreta della misura della rotazione in funzione di prevenzione della corruzione l'Azienda Usl della Romagna tiene conto di quanto stabilito nella legge 190/2012, nelle Linee di indirizzo del Comitato Interministeriale (istituito con DPCM del 16 gennaio 2013), nel PNA approvato il 3 agosto 2016 nonché dei criteri definiti dalla Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.07.2013, secondo cui:

- a) *“In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta”;*
- b) *“l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne”.*

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.

Inoltre, 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 – 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 – il personale dirigenziale verrà sottoposto alla rotazione. **Al riguardo è bene precisare come in ragione della riorganizzazione, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, nel 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.**

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.

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. La Direzione aziendale, considerato tale parere, potrà, quindi, decidere per: a) la rotazione dell'incarico, anche valutando periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici; b) la conferma nell'incarico dichiarandone con motivazione scritta l'infungibilità; c) la rotazione delle sole pratiche ritenute a rischio alto, anche valutando periodi di compresenza e/o percorsi formativi specifici; d) l'adozione di misure specifiche di monitoraggio relativamente alla gestione di pratiche ritenute particolarmente a rischio di corruzione.

Della decisione assunta, in cui dovrà essere dettagliatamente motivata l'eventuale conferma dell'incarico per infungibilità della prestazione, dovrà essere data tempestiva comunicazione al RPCT.

- **Programmazione pluriennale, nel rispetto del principio di gradualità:** iniziando dai Dirigenti ai quali nel 2016 sono stati conferiti incarichi nelle aree a più elevato rischio, dall'anno precedente alla scadenza del termine massimo di durata dell'incarico, saranno previsti adeguati percorsi formativi, anche tramite periodi di affiancamento, al fine di dar corso alla rotazione alla scadenza dell'incarico; ciò sulla base di apposito 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.

➤ **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;
 - affiancamento di altri dipendenti a chi svolge le funzioni di segretario nelle selezioni per soli titoli o per titoli e colloquio, allo scopo di garantire piena correttezza ed imparzialità;
- 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.);
- 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. Allo stato si è in attesa della conclusione del percorso di validazione aziendale, al termine del quale la linea guida elaborata potrà avere carattere dispositivo. 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.

In attuazione delle misure di prevenzione sopra descritte, nel 2016 la rotazione è stata inoltre attuata, con riguardo a:

- personale ispettivo nelle attività di controllo nelle strutture private accreditate dell'AUSL della Romagna;
- operatori addetti alle segreterie di concorso dell'U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane;
- RUP dell'U.O. Acquisiti Aziendali;
- RUP dell'U.O. Manutenzione in quanto per effetto della riorganizzazione sono confluiti nelle competenze della U.O. settori merceologici che in passato afferivano ad altre Unità Operative.

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 livelli di rischio medio-alto	Atto di programmazione pluriennale della rotazione	Applicazione criteri di rotazione	U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane con supporto RPCT	Entro 31/12/2019	Adozione atto di programmazione pluriennale
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 criteri di rotazione previsti dal PTPC	Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative interessate (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, U.O. Gestione economica Risorse Umane, U.O. Acquisiti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)	Entro 30/11/2017	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
Area C – specificazione aree generali per il settore sanitario	Ambito veterinario	Conclusione del percorso di validazione aziendale della linea guida elaborata per la rotazione veterinari	Applicazione criteri di rotazione previsti dal PTPC	Dipartimento Sanità Pubblica	Entro giugno 2017	Comunicazione al RPCT dell'avvenuta rotazione con definizione di modalità, tempistiche, numero operatori interessati ed ambiti territoriali di applicazione di tale misura

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 lo scorso anno, 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 degli aggiornamenti apportati in seguito all'adozione dei decreti attuativi della legge delega 124/2015;
- 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 (PTPC, 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 <http://www.e-romagna.it> al fine di ridimensionare le problematiche legate ad estensione territoriale e consistenza numerica (oltre 15.000) dei dipendenti dell'Ausl Romagna. 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 UsI 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.

Nel 2016 è stato previsto quale obiettivo l'obbligo di frequenza del corso di formazione a distanza (FAD) per il 20% del personale dirigente; per il 2017 tale obbligo di frequenza è previsto per il 40% del personale dirigente.

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:

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	1) Elaborazione del PAF coerentemente al PTPC 2) Report annuale al RPCT sulla programmazione formativa svolta in materia di prevenzione della corruzione e sugli eventi effettivamente svolti con indicazione dei destinatari (tipologia e numero) nonché dei docenti impiegati	Sviluppare cultura etica e legalità attraverso formazione mirata e modulata	U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	1) scadenza approvazione PAF 2) Report entro il 30/11/2017	Coordinamento strumento programmazione e verifica eventi formativi svolti
Tutte	Dirigenza SPTA	Obbligo di frequenza del corso di formazione a distanza (FAD) per il 40% del personale dirigente	Sviluppare cultura etica e legalità attraverso formazione mirata e modulata	Dirigenza SPTA	Entro fine 2017	Partecipazione al corso FAD

6. Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse

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 interesse 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, 9 e 16 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 interesse, 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 sottoscrive una dichiarazione, raccolta e valutata dal Direttore della struttura di riferimento.

Tale misura di prevenzione di situazioni di conflitto di interessi è stata adottata nel 2016 e, a cura del RPCT, sarà sottoposta a revisione a seguito delle indicazioni che verranno fornite in merito dal Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza.

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 U.O. Programmazione Beni e Servizi e l'U.O. Acquisti Aziendali), procederanno 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 interesse da parte del collaboratore, di cui verrà dato conto nell'apposita sezione del sito dell'amministrazione trasparente dell'Azienda.

Infine, 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. Del resto tale modulistica è stata pensata dalle due Autorità quale strumento per consentire a ciascuna Amministrazione di valutare la condizione di "interesse", che nel sistema sanitario non necessariamente configura un conflitto ma consiste nel condizionamento all'espletamento dell'attività professionale con riferimento al singolo professionista e/o alla *governance* aziendale.

Il set di modelli che si articola nelle cinque sezioni prospettate dall'Agenas verrà adattato da parte del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza alle esigenze delle Aziende sanitarie, a cura del RPCT e con la collaborazione dei Servizi *ratione materiae* interessati, entro il 2017 e con contestuale diffusione/pubblicazione sul sito dell'amministrazione trasparente nella sezione "Altri Contenuti>Corruzione". Inoltre, questo set di moduli verrà coordinato con la modulistica utile ad acquisire le dichiarazioni ex artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013.

Le misure operative di prevenzione che riguardano il conflitto di interessi 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
Area A - Acquisizione e progressione del personale	Assunzione/ Spostamento/ Modifica Ruolo	Revisione della modulistica per acquisizione dichiarazione ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013	Valutazione assenza conflitto interessi	RPCT	Entro 30/10/2017	Adozione modulistica Revisionata
Area B - Contratti Pubblici	Progettazione della gara	Ulteriore modulistica dichiarazione conflitto interessi RUP e altri soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	Valutazione assenza conflitto interessi	U.O. Programmazione Beni e Servizi e U.O. Acquisti Aziendali	Entro 31/03/2017	Adozione modulistica e verifica da parte del RPCT
Tutte	Tutti	Adattamento modulistica Agenas	Rafforzare la trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti operanti nell'Ausl Romagna	RPCT con il supporto dei Servizi/UU.OO. interessati	Entro dicembre 2017	Trasmissione ai Servizi interessati e pubblicazione nella sezione "Altri Contenuti>Corruzione"

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 le 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 riconduce 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. Tale limite all'applicabilità di tale disciplina viene ribadito, altresì, al par. 2.1.2. "*Incarichi e nomine*" (pag. 44) della determinazione Anac 12/2015.

Tuttavia, tanto la pronuncia dell'Autorità quanto la sentenza in esame non chiariscono se gli stessi limiti valgano per le preclusioni dettate dall'art. 3 del d.lgs 39/2013 in caso di condanna per reati contro la pubblica amministrazione e conseguentemente se continuino a trovare applicazione nei confronti degli stessi le disposizioni di cui all'art.20 commi 1 e 2 del decreto 39/2013.

Dunque, nelle more di una interpretazione autentica che faccia luce su tali questioni, l'Ausl della Romagna, attraverso l'U.O. Gestione Giuridica del Personale, acquisisce all'atto del conferimento dell'incarico ed annualmente le dichiarazioni sostitutive sulla assenza di cause di inconferibilità/incompatibilità ex art. 3 d.lgs 39/2013 da parte dei responsabili di struttura complessa e di struttura semplice dipartimentale. La U.O. Gestione Giuridica del Personale provvede, poi, a verificare anche la veridicità delle dichiarazioni rese ai sensi dell'art. 71 del DPR 445/2000.

Qualora venga riscontrata la sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità la suddetta U.O. dovrà provvedere a comunicare tempestivamente al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, il quale a propria volta, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013, è tenuto a segnalare i possibili casi di violazione delle disposizioni del decreto medesimo all'Autorità Nazionale Anticorruzione, nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

Il numero di verifiche svolte e il numero di violazioni accertate sulle dichiarazioni di incompatibilità/inconferibilità dovranno essere comunicate dall'U.O. Gestione Giuridica del Personale al RPCT ai fini, anche, della relazione annuale richiesta dall'ANAC.

Infine, è bene rammentare che conformemente a quanto previsto dagli artt. 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 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 e ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013:

- a) all'atto della formazione delle commissioni per l'affidamento di commesse o di commissioni di concorso;
- b) all'atto del conferimento/rinnovo degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- c) 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) si darà corso all'applicazione delle misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;
- c) 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.

Non è comunque consentito l'esercizio dell'attività libero professionale sanitaria, ancorché resa a titolo gratuito, in favore di altre strutture sanitarie pubbliche o di quelle private convenzionate o accreditate con il S.S.N., salvo che tramite la stipula di convenzioni.

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, è stato adottato - a cura della U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali, 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. Tale modulistica è stata inviata a tutti i Responsabili in allegato a nota prot. n. 139954 del 27/06/2016, esplicativa del predetto Regolamento. 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 aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Provvedimenti ampliati della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto	Autorizzazioni e allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali	- 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;	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 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, responsabile del procedimento nel caso previsto dall’art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs 163/2006). 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, entro la fine del 2018 è allo studio 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.

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 consegni 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, 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 è 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."*

Le misure operative di prevenzione in merito al divieto di c.d. *revolving doors* 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	Protocollo Ausl-Agenzia Entrate	Facilitare il controllo sulle dichiarazioni degli operatori economici	U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Entro 31/12/2018	Verifica da parte del RPCT circa stipula di tale protocollo

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'esplicito 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 RPC 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 dall'AUSL Romagna, spicca la "Giornata della Trasparenza" che nel 2016 si è svolta il giorno 19.01.2016, in collaborazione con il Comune di Ravenna e l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna. Tale giornata, infatti, 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 2017 la "Giornata per la Trasparenza" sarà organizzata presumibilmente entro il 31 ottobre 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.

L'iniziativa intende diffondere la cultura della legalità e della trasparenza amministrativa in relazione alla prevenzione della corruzione, oltre che consolidare un rapporto di fiducia con i cittadini in merito all'azione amministrativa, anche attraverso una fase di partecipazione ad uno specifico evento pubblico.

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 PTPC (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, incardinata nella U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali, 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 l'adozione da parte di tale U.O. (di staff al D.G.) di una specifica Linea Guida per gli operatori dell'URP che consenta di individuare e gestire le segnalazioni rispetto ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva.

Al riguardo il Direttore della U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali trasmette 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:

- a) numero di segnalazioni ricevute;
- b) 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 per promuovere integrazioni/correzioni del PTPC 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 2017 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	Report 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	Consultazioni e ascolto della società civile al fine di incentivare la diffusione di buone prassi	U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali	Entro 31/10/2017	Report su numero e oggetto delle segnalazioni a favore del RPCT
Tutte	Tutti i processi aziendali	Adozione Linea Guida per gli operatori URP che consenta di individuare e gestire le segnalazioni da parte della società civile rispetto ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva	Adeguata gestione segnalazioni da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi	U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali	Entro 31/07/2017	Adozione Linea Guida
Tutte	Tutti i processi aziendali	Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche ai fini dell'aggiornamento del PTPC	Collaborazione/coinvolgimento attivo	RPCT	Dal 20/11/2017 al 10/12/2017	Pubblicazione sul sito di procedura di consultazione

12. Rapporti con le società partecipate

L'ANAC, al fine di assicurare piena attuazione all'art. 24 bis del d.l. 90/2014, convertito nella legge 114/2014 che così ha modificato l'art. 11 del d.lgs. 33/2013 in merito all'ambito soggettivo della trasparenza, ha adottato con determinazione n. 8 del 2015 *“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 degli enti pubblici economici”*. Le suddette linee guida, muovendo dal presupposto che le società controllate o partecipate devono avere adottato il modello di organizzazione e gestione previsto dal d.lgs. 231/2001 nonché in una logica di coordinamento, prevedono l'integrazione del modello di organizzazione della 231 già adottato con le misure idonee a prevenire i fenomeni di corruzione e di illegalità previste dalla legge 190/2012. La necessità di tale integrazione nasce dal fatto che, come 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 *“promuovere l’applicazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza”* 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.r.l.

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:

- **entro il 31 gennaio 2016** 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 ;
- tempestivamente, e comunque **entro il 31 dicembre 2015**, alla pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente del sito web di tutti i dati, delle informazioni e dei documenti così come specificati nella sezione "Società ed enti di diritto privati controllati" dell'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;
- tempestivamente e comunque **entro il 31 dicembre 2015** 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 nel corso dello scorso anno sullo stato di attuazione della l. 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.

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	Rapporti con le società partecipate	Controllo sull'adozione del PTPC da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento determinazione Anac 8/2015	Verifica sul corretto adempimento o determinazione Anac 8/2015	RPCT	Entro 30/06/2017	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 PTPC.

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. 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 PTPC 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:

- A. Contratti pubblici
- B. Attività libero professionale
- C. Rapporti contrattuali con privati accreditati
- D. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- E. Acquisizione del Personale
- F. Sanità Pubblica - vigilanza, controlli ed ispezioni

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 (con riferimento alla rilevazione del fabbisogno) alla U.O. Gestione Inventario e Servizi Alberghieri.
- 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.

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 si è prospettata l'introduzione delle sotto indicate misure operative specifiche per prevenire il fenomeno della corruzione. Nella tabelle sotto riportate A1 e A3 si dà atto del monitoraggio effettuato rispetto a tali misure.

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 riportate nelle tabelle A2 e A4.

A1 Acquisto di beni e servizi - Esiti monitoraggio 2016

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione della gara	Procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza causate da inadeguata programmazione dei beni e/o dei servizi	Eccessivo ricorso a procedure di urgenza e/o a proroghe contrattuali	Trasmissione d'ufficio al RPCT di determinazioni di proroghe contrattuali o affidamenti d'urgenza di importo uguale o superiore a euro 1.000.000,00 (1 milione)	Da Gennaio 2016	U.O. Acquisti Aziendali	<u>Adeguato flusso informativo</u> Il RPCT ha esaminato le determinazioni trasmesse: non sono emersi rilievi
Progettazione della gara	Conflitto interesse pubblico/interesse privato dei soggetti coinvolti nella redazione della parte tecnica del capitolato	Rup ed altri soggetti nominati per stilare documentazione tecnica privi dei requisiti di terzietà ed indipendenza con possibile fissazione di requisiti tecnico-economici per favorire un determinato operatore e/o di clausole dal contenuto vago o vessatorie per disincentivare la partecipazione alla gara	Modulistica assenza conflitto (anche potenziale) di interessi per la raccolta di informazioni simili a quelle acquisite attraverso i modelli di dichiarazioni elaborati da Agenas	Marzo 2016	UU.OO. Programmazione Beni e Servizi/ Acquisti Aziendali con il supporto del RPC	<u>Adozione modulistica</u> Ai componenti dei Gruppi Tecnici che non avevano terminato i propri lavori (consegna del capitolato tecnico definitivo al RUP e/o all'UO Acquisti Aziendali) alla data del marzo 2016 e a quelli dei Gruppi Tecnici costituiti successivamente a tale data viene chiesto di rilasciare la dichiarazione di assenza di cause di inconferibilità, incompatibilità e di non sussistenza di cause di astensione obbligatoria e di conflitto di interesse, tramite modulo conservato agli atti della procedura a cura del RUP di riferimento
Percorso gestionale beni acquistati (sanitari e non)	Sottrazione beni e/o falsificazione contabile	Inadeguata gestione risorse pubbliche	Definizione di specifiche procedure per la gestione e il monitoraggio dei beni (sanitari e non) presenti in magazzino, con l'eventuale potenziamento e adeguamento funzionalità informatiche	Entro fine 2016	UU.OO. Programmazione Beni e Servizi/ Acquisti Aziendali	<u>Presenza Procedure</u> E' stata predisposta, autorizzata e pubblicata apposita procedura nella quale sono fra l'altro indicate le modalità di gestione e di monitoraggio dei beni presenti nel Magazzino Unico di Pievesestina.

A2 Acquisto di beni e servizi - Misure preventive specifiche da attuarsi nel 2017

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabil e	Monitoraggio/ Indicatore
Progettazione della procedura - Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti il Gruppo tecnico	Nomina Responsabile unico del procedimento (RUP) e Componenti il Gruppo tecnico 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	- Ulteriore modulistica per dichiarazioni assenza cause incompatibilità o astensione anche per il RUP; - attivazione controlli a campione	Entro marzo 2017	I) per Nomina RUP: U.O. Acquisti Aziendali; II) per nomina Componenti Gruppo Tecnico: U.O. Programmazione, con validazione Direzione Sanitaria ove necessario	Controllo a campione presenza dichiarazioni acquisite e sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione.
Progettazione della procedura - Individuazione strumento/ istituto di affidamento	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	- Adozione della procedura prevista per le c.d. "esclusive" solo previa acquisizione dell'apposita dichiarazione; - attivazione di controlli a campione	Per controlli a campione, entro marzo 2017	U.O. Acquisti Aziendali	Controllo a campione presenza dichiarazioni acquisite e debitamente sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione
Progettazione della procedura - Predisposizione di atti e documenti di gara con definizione dei criteri di partecipazione/ aggiudicazione/ attribuzione del	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	Elusione disciplina in materia allo scopo di favorire un determinato operatore economico	Attivazione di controlli a campione	Entro marzo 2017	U.O. Acquisti Aziendali	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione.

punteggio	delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti (c.d. bandi-fotografia)					
Selezione del contraente - Pubblicazione del Bando e gestione delle informazioni complementari	Assenza di pubblicità del bando e/o dell'ulteriore documentazione rilevante	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara	Adozione check-list su adempimenti per pubblicità	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione
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	Ampliamento locali per custodia "sotto chiave" della documentazione di gara	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Nuovi locali dedicati
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	Attivazione controlli a campione	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione
Selezione del contraente - Annullamento della gara/Revoca del	Abuso del provvedimento di revoca del bando, annullamento gara o non aggiudicazione, al fine di	Cattiva gestione risorse pubbliche	Attivazione controlli sulle revoche in autotutela	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP	Numero delle revoche e percentuale di anomalie rilevate sulle revoche

bando/ Non aggiudicazione	bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario.				competente -	
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 aggiudicatari	Violazione disciplina in materia al fine di avvantaggiare qualche operatore economico a scapito di altri	Adozione check-list adempimenti per verifiche e controlli post-aggiudicazione	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	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 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	Indicazioni operative su criteri di individuazione del DEC; modulistica dichiarazioni assenza cause incompatibilità o astensione per il DEC	Entro marzo 2017	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	Elusione delle regole della procedura ad evidenza pubblica	Adozione atto di variante solo in presenza di motivate esigenze espresse dal DEC (apposita relazione)	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP	Numero delle varianti e percentuale di anomalie (assenza relazione motivata) rilevate sulle varianti

	recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni).				competente -	
Esecuzione del contratto- Gestione delle controversie e/o utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali nella fase di esecuzione del contratto	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)	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Numero delle risoluzioni delle controversie con sistemi alternativi e percentuale di anomalie (assenza relazione motivata) rilevate su tali risoluzioni

A 3 Lavori Pubblici – Esiti monitoraggio 2016

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/economicità	Strumento di programmazione annuale anche per l'acquisto di beni e servizi	Entro Dicembre 2017	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Adozione strumento di programmazione
Progettazione della gara	Ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa in particolari casi al fine di consentire margini discrezionalità alle imprese e viceversa	Introduzione margini di discrezionalità a pregiudizio della gara	<i>[Previsione nel regolamento da adottare per gli acquisti in economia di prescrizioni che limitano il ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV)]</i>	<i>[Entro Dicembre 2017]</i>	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	<i>[Adozione Regolamento e conteggio degli affidamenti fatti con OEPV nell'anno successivo all'adozione del regolamento]</i> La misura non è più coerente con il nuovo Codice (D.Lgs. n. 50/2016) che privilegia il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa e disciplina i casi tassativi di ricorso ad altri criteri di aggiudicazione

Progettazione della gara	Assenza trasparenza per procedure negoziate, affidamenti diretti, in economia e comunque sotto soglia comunitaria	Uso improprio con possibile vantaggio per determinati operatori economici	<i>[Circolare interna che prevede obbligo di pubblicazione per procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando (ex art. 79 bis d.lgs. 163/2006)]</i>	<i>[Entro Dicembre 2016]</i>	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	<i>[Confronto numero affidamenti diretti (ecc.) senza previa pubblicazione del bando e pubblicazioni avvenute di tali affidamenti]</i> La misura può dirsi superata a seguito dell'adozione da parte di ANAC delle linee guida per le procedure di affidamento di contratti di importo inferiore alla soglia comunitaria (approvate con deliberazione n 1097 de 26/10/2016)
Verifica dell'aggiudicazione e e stipula del contratto	Alterazione e/o omissione di controlli/verifiche per favorire un determinato operatore economico	Denunce/ricorsi da parte dei concorrenti o dell'aggiudicatario che ravvisino violazioni di legge	<i>[Circolare interna che disponga la collegialità nella verifica dei requisiti anche nel rispetto del principio di rotazione]</i>	<i>[Entro Dicembre 2016]</i>	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	<i>[Adozione circolare con segnalazione di anomala frequenza di un soggetto aggiudicatario nell'arco di un biennio]</i> In luogo della misura prevista si fa riferimento per coerenza alle misure indicate nell'aggiornamento 2016 dei processi a rischio "Gestione delle sedute di gara" e "Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto" ove si indicano le misure esistenti: -Sistema di verifica requisiti gestito tramite AVCPASS -obblighi di comunicazione ammissioni/esclusioni ai partecipanti alla gara, - pubblicazione verbali sedute pubbliche di gara Pubblicazione atti inerenti

						procedure di affidamento contratti pubblici - art. 29 del D.Lgs. n. 50/2016
Esecuzione del contratto	Approvazione di modifiche sostanziali degli elementi del contratto definiti nel bando di gara o nel capitolato d'oneri	Incontrollata lievitazione dei costi	<i>[Circolare interna per la previsione di adeguati strumenti di verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'Anac delle varianti]</i>	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Confronto numero di affidamenti con almeno una variante e numero comunicazioni trasmesse all'Anac In luogo della circolare interna da adottare si prevede la pubblicazione sul sito aziendale (Amministrazione trasparente) dei provvedimenti di adozione delle varianti e la lettera di trasmissione all'ANAC della variante, ove ricorra l'obbligo
Esecuzione del contratto	Assenza verifiche obbligatorie sul subappaltatore	-	Circolare interna con la previsione di obbligo di effettuare i controlli normativamente previsti	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Adozione circolare L'U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio ha adottato la circolare "Verifiche nei confronti subappaltatori" L'U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti ha adottato la "Circolare interna per le verifiche nei confronti dei subappaltatori"
Esecuzione del contratto	Insufficiente verifica dello stato di avanzamento dei lavori in particolare per opere di rilevante importo	Concessione di proroghe improprie in contrasto con il cronoprogramma	Linee guida relativamente ad appalti di lavori sopra soglia comunitaria che prevedano pubblicazione online di rapporti periodici su andamento dei relativi contratti rispetto a tempi, costi e modalità preventivate	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Adozione linee guida con tale previsione In corso di elaborazione considerato la attuale assenza della tipologia
Rendicontazione del contratto	Alterazioni o omissioni nell'attività di rendicontazione	-	<i>[Implementazione di un sistema di reportistica annuale in favore degli uffici di controllo interno di gestione sulle</i>	<i>[Entro Dicembre 2016]</i>	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e	Verifica pubblicazione report e/o loro stesura Per il sistema di reportistica si

			<i>procedure negoziate/affidamenti diretti e in generale sulle procedure di gara espletate con previsione di eventuale pubblicazione]</i>		Gestione Immobili e Impianti	ritiene adeguato allo scopo fare riferimento al report annuale da pubblicare sul sito dell'Amministrazione trasparente ai sensi dell'art. 1, comma 32, L. 190/2012 riguardante tutte le procedure di affidamento di contratti pubblici espletate
Rendicontazione del contratto	Attribuzione incarico di collaudo a soggetti compiacenti	Rilascio certificato di collaudo in assenza dei requisiti di legge con il rischio di danno all'Azienda	Linee guida per controlli incrociati tra le UU.OO. interessate sui provvedimenti di nomina dei collaudatori per verificarne le competenze e la rotazione	<i>[Entro Dicembre 2016]</i>	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	<i>[Verifica rotazione collaudatori]</i> Si fa riferimento per coerenza alle misure previste nell'aggiornamento 2016 dei processi a rischio (Rendicontazione del contratto - Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo) ove si prevede l'adozione Linee guida per definizione dei criteri di rotazione entro giugno 2017

A 4 Lavori Pubblici – Misure preventive specifiche da attuarsi nel 2017

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Progettazione della procedura- Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti il Gruppo tecnico	Nomina Responsabile unico del procedimento (RUP) e Componenti il Gruppo tecnico 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 nelle nomine dei RUP	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida per definizione criteri di rotazione

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	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Informativa scritta al personale interessato
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	Entro giugno 2017	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
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	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida su definizione criteri di rotazione DL
Rendicontazione del contratto - Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	Violazione disciplina in materia	Adozione criteri di rotazione dei collaudatori	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida su definizione criteri di rotazione collaudatori

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. Inoltre, a tale U.O. è demandato il compito, con il supporto della U.O. Gestione Economica del personale di verificare e controllare il corretto utilizzo del sistema delle rilevazione delle presenze.

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 perseguire 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 nonché fornire altre utili informazioni sulle prestazioni (es. offerta a Cup).

Per tutto quanto sopra detto nella prima fase di riorganizzazione del 2015 è stata svolta l'analisi del rischio con riferimento all'area dell'Attività libero-professionale relativamente ai sotto-indicati processi, rispetto ai quali è stato riscontrato un livello di rischio medio. Nella tabella si dà atto del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste nell'anno precedente.

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 e manuale operativo per uniformare la regolamentazione interna	1) Entro settembre 2016	1) U.O. Libera Professione	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

			2) Marcatura causalizzata per la rilevazione oraria dell'attività libero professionale (salvo ambito di Forlì presso il quale tale strumento è già in uso)	2) da gennaio 2016	2) U.O. Governo sistemi informativi	pagamento dell'AUSL della Romagna, successivamente integrato con deliberazione n. 348 del 20/07/2016; inoltre è in fase di elaborazione il manuale operativo per uniformare la regolamentazione interna 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 allargata (ad es. presso studi professionali in rete)	Mancata prenotazione e/o fatturazione	Guadagni illeciti da parte del professionista	Prenotazione esclusivamente tramite CUP e implementazione nell'ambito di Ravenna della possibilità per il professionista medesimo di prenotazione immediata tramite Cup	Entro fine 2016	U.O. Governo sistemi informativi	Implementazione sistema prenotazione rispondente a tali esigenze Relativamente all'attività libero professionale allargata (ad es. presso studi professionali in rete) è prevista la prenotazione esclusivamente tramite CUP
Libera professione	Violazione rapporto attività istituzionali/attività libera professionale	Guadagni illeciti da parte del professionista	Controlli sull'attività libero professionale	Entro fine 2016	U.O. Libera Professione	Svolgimento controlli E' stato effettuato il controllo sui volumi dell'attività istituzionale con i volumi dell'attività di libera professione relativo al I semestre 2016 delle prestazioni critiche oggetto di monitoraggio da parte della Regione Emilia Romagna

C) Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati

Come evidenziato al paragrafo 3 della Parte Prima per gli 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, si tratta di un'area per la quale nel 2015 è stato riscontrato un livello di rischio di corruzione medio e rilevante.

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 UsI della Romagna è bene segnalare le misure di prevenzione che già trovano applicazione, ossia:

- 1) controlli a campione sulla documentazione sanitaria/cartelle cliniche, sulle ricette dei medici di medicina generale;
- 2) monitoraggi sistematici ed incontri periodici al tavolo della committenza al fine di aggiornare le stime aziendali;
- 3) controlli periodici dei NAC (Nucleo aziendale controlli) in merito alla tipologia delle prestazioni sanitarie erogate;
- 4) monitoraggio sistematico dei flussi economici.

Per i processi riconducibili alla suddetta area a rischio spetta alla U.O. Acquisizione Prestazioni Sanitarie da Erogatori Esterni sovrintendere ad una serie di attività in cui sono coinvolti operatori di varia estrazione. Pertanto, il primo passo compiuto dal Direttore dell'U.O. è stato quello di definire la matrice di responsabilità al fine di tracciare un funzionigramma capace di restituire a ciascun soggetto coinvolto l'immagine dell'insieme di attività afferenti a tale area e di ricostruire all'interno di quest'ultima i compiti/competenze/funzioni/responsabilità di ciascuno operatore coinvolto. In riferimento alle misure di prevenzione da adottare la sotto riportata tabella enuncia una serie di misure preventive basate per lo più sullo sforzo congiunto tra i diversi operatori coinvolti e si dà atto del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste nell'anno precedente.

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	Adozione Regolamento unico della Ausl Romagna sui controlli sanitari ed amministrativi	Entro fine 2016	Nucleo Attività Controlli/U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni	1) Adozione Regolamento A sintesi della partecipazione al gruppo di lavoro aziendale in merito ai controlli sanitari su strutture sanitarie private accreditate è stato elaborato il regolamento aziendale "Modalità esecutive ed effetti del monitoraggio e controllo sull'attività di degenza" adottato con deliberazione n. 153 del 14/04/2016; nel regolamento sono stati previsti anche i controlli amministrativi
Determinazione del fabbisogno	Eccessiva discrezionalità nella determinazione del	Stipula di contratti di degenza e prestazioni	Sistema di reportistica/Procedura interna	Entro fine 2016	U.O. Acquisizioni Prestazioni	Implementazione sistema reportistica ed adozione procedura Promozione e coordinamento di gruppo di

	fabbisogno relativamente a modalità, tipologie, tempistiche delle prestazioni di degenza ed ambulatoriali da reperire presso le strutture sanitarie accreditate	ambulatoriali con strutture sanitarie private accreditate senza la necessaria valutazione del fabbisogno esistente con cattiva gestione delle risorse pubbliche			Sanitarie da erogatori Esterni/Direttori UU.OO. responsabili della committenza sanitaria	lavoro su "Accordi di fornitura" per la definizione di strumenti/percorsi/relazioni tra i diversi soggetti organizzativi. Il confronto ha portato a definire il format e il contenuto degli accordi di fornitura omogeneo per la regolazione del rapporto di fornitura (case di cura aderenti AIOP) all'interno del quale è stato inserito l'obbligo di rispetto, per quanto compatibile, del Codice di comportamento aziendale e il rispetto della normativa anticorruzione. Obbligo, per i poliambulatori, già inserito nel contratto triennale in scadenza al 31.12.2016. E' stata definita una procedura macro che identifica i soggetti deputati alla valutazione del fabbisogno sanitario nei Direttori di Distretti con referenze trasversali aziendali per la committenza sanitaria, ricoveri e specialistica. I criteri utilizzati per la scelta del fornitore appaiono vincolati dagli accordi regionali AIOP-ANISAP e dal sistema di accreditamento regionale che identifica i soggetti, in base a requisiti ulteriori di qualità, idonei ad erogare prestazioni con oneri a carico del SSN. Criteri di scelta: prossimità geografica; convenienza economica. Sono state effettuate verifiche: assenze carichi pendenti amministrativi/penali. Si è elaborato ed implementato il monitoraggio/controllo produzione (si veda anche punto successivo).
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 ad es. attraverso la somministrazione e di questionari a campione agli utenti che hanno usufruito delle prestazioni sanitarie da parte	Entro fine 2016	Tutti gli attori del processo (Responsabili sanitari funzione committenza/ Nac/U.O. Acquisizioni Sanitarie da erogatori Esterni	Adozione regolamento Nel format del contratto di fornitura con case di cura AIOP si è introdotto anche gli obblighi di qualità delle prestazioni. Questo aspetto innovativo introdotto, rispetto all'assetto precedente riscontrato, necessita di essere puntualizzato in merito ai soggetti deputati alla verifica e modalità di corretta esecuzione dell'obbligo. Il regolamento controlli sanitari con annessa procedura aziendale pubblicata sul sistema qualità aziendale il 5 aprile 2016 applicato dal NAC (nucleo aziendale controlli) risulta applicato

			della struttura			
Controlli	Mancato o parziale/inadeguato svolgimento delle attività di controllo sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	1) Procedura aziendale (condivisa anche per gli aspetti amministrativi) 2) Rotazione operatori addetti ai controlli (NAC)	Entro aprile 2016	Nucleo Attività Controlli/U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni	Adozione procedura aziendale Alle misure sopra indicate, si aggiunge la rotazione dei componenti NAC in ambito aziendale. Non risulta ancora operativa quella sulle case di cura ambito di Ravenna. Tra le misure per la migliore gestione degli accordi di fornitura si aggiunge il controllo sistematico implementato in merito al rispetto dei tetti economici contrattati e il controllo sulla produzione sottoposto alla valutazione dei Direttori di U.O. responsabili della committenza sanitaria. Segnalazione degli invii da pubblico per il governo e rispetto della casistica programmata e tetti economici relativi. Alert in caso di tendenziali sforamenti.

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

In riferimento alle attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero l'Azienda UsI Romagna è connotata da una certa disomogeneità che si riflette nel fatto che la valutazione del rischio è stata svolta nel 2015 con riferimento agli ambiti territoriali di Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna. In particolare rispetto a quest'ultimo territorio si riscontra una ulteriore differenziazione a causa della esternalizzazione del servizio mortuario per la sola direzione di Ravenna.

Dunque, pur avendo svolto analisi disgiunte con riferimento a ciascun territorio si deve, comunque, evidenziare una certa uniformità nelle problematiche nonché nelle misure ad oggi esistenti, quali:

- opuscolo informativo (a Lugo e Faenza) a favore degli utenti, nel quale vengono chiariti i diritti degli utenti e le incombenze (istituzionali) dei necrofori;
- sistema dei controlli legali e reportistica ufficio relazioni con il pubblico (URP) con audit annuale (a Cesena);
- 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 (in tutti i distretti ove il servizio è internalizzato);
- divieto per gli operatori necrofori di sostare nelle zone in cui si trovano i parenti del defunto (a Lugo e Faenza);
- istruzioni operative per la gestione dei decessi in ospedale e camera mortuaria (a Rimini e Cesena).

Alla base di tutte le misure preventive esistenti si trova il mantenimento di un buon livello di informazione nei confronti dei necrofori e degli utenti circa il tipo di attività svolta a livello istituzionale nonché la tenuta (attraverso ad l'affissione degli elenchi delle imprese di onoranze funebri

operanti in ciascun territorio) di un atteggiamento quanto più possibile neutro ed imparziale verso gli operatori economici aventi interesse in tale settore.

Per i processi a rischio rispetto a tale area, rispetto ai quali dall'analisi svolta nel 2015 è emerso un rischio medio, si dà atto del monitoraggio effettuato rispetto alle misure prospettate ed il relativo aggiornamento a cui è seguita l'individuazione di nuove e diverse misure per le motivazioni esplicitate nelle tabelle che seguono.

Esiti monitoraggio 2016

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
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	Modifiche al codice di comportamento con regole ad hoc per questa particolare categoria di operatori	[Entro primo semestre 2016]	UPD con il supporto del RPC	Approvazione modifiche Tale misura non trova più possibilità di attuazione in quanto è allo studio del tavolo regionale anticorruzione e trasparenza la proposta di un codice di comportamento unico per i dipendenti del SSR
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 (es. regalia per la vestizione della salma)	Indebita pressione su utenti al fine di ottenere vantaggi indebiti in danno anche dell'immagine aziendale	Modifiche al codice di comportamento con regole ad hoc per questa particolare categoria di operatori	[Entro primo semestre 2016]	UPD con il supporto del RPC	Approvazione modifiche Tale misura non trova più possibilità di attuazione in quanto è allo studio del tavolo regionale anticorruzione e trasparenza la proposta di un codice di comportamento unico per i dipendenti del SSR
Gestione decesso in ambito intra-ospedaliero	Svolgimento di attività al di fuori dei compiti d'ufficio a favore di una o più agenzie di onoranze funebri (es. deposizione della salma nella bara, montaggio camera ardente ecc) al fine di ottenere indebiti vantaggi (compensi, regali ecc)	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	1) Modifiche al codice di comportamento con regole ad hoc per questa particolare categoria di operatori 2) Patti di integrità con agenzia onoranze funebri	[Entro primo semestre 2016]	1) UPD con il supporto del RPC 2) Direzione sanitaria - Direzione infermieristica con il supporto di RPCT	1) modifiche al Codice di Comportamento 2) Adozione patti di integrità 1) Tale misura non trova più possibilità di attuazione in quanto è allo studio del tavolo regionale anticorruzione e trasparenza la proposta di un codice di comportamento unico per i dipendenti del SSR 2) Tale misura è da rivedersi alla luce della Procedura aziendale

						da adottare, quale misura di prevenzione specifica prevista per il 2017
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------------------------------------------

Misure preventive specifiche da attuarsi nel 2017

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Gestione decesso in ambito intra-ospedaliero	<p>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 (es. regalia per la vestizione della salma)</p> <p>Svolgimento di attività al di fuori dei compiti d'ufficio a favore di una o più agenzie di onoranze funebri (es. deposizione della salma nella bara, montaggio camera ardente ecc) al fine di ottenere indebiti vantaggi (compensi, regali ecc)</p>	<p>Indebita pressione su utenti al fine di ottenere vantaggi indebiti in danno anche dell'immagine aziendale</p> <p>Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale</p>	<p>procedura omogenea a livello aziendale per la gestione dei decessi in ospedale e camera mortuaria</p> <p>Rotazione degli operatori</p>	Entro marzo 2017	Direzione sanitaria con il supporto del RPCT	<p>Adozione procedura aziendale</p> <p>Rotazione degli operatori</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;	Entro marzo 2017	Direzione sanitaria con il supporto del RPCT	Affissione elenco delle imprese di onoranze funebri operanti nel territorio

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 conferiti ex art. 15 septies D.Lgs. 502/1992, è stata sin d'ora attivata una specifica misura che prevede l'attivazione di nuovi contratti previa selezione pubblica e che porterà gradualmente al superamento dell'attribuzione di incarichi di natura fiduciaria entro la fine del 2018.

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 commissione esaminatrice Irregolarità dei lavori	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Completamento armonizzazione meccanismi tra i vari uffici concorsi	Entro dicembre 2017	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Responsabile procedure selettive	Definizione linee guida

	della Commissione esaminatrice Non corretto utilizzo delle graduatorie					
Procedure selettive con rapporto di lavoro a tempo determinato	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) Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice Non corretto utilizzo delle graduatorie	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Completamento armonizzazione meccanismi tra i vari uffici concorsi	Entro dicembre 2017	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Responsabile procedure selettive	Definizione linee guida
Procedure per il conferimento di contratti di lavoro autonomo e di collaborazione	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) Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Adozione regolamento ad hoc	Entro dicembre 2018	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile della funzione (da individuare)	Individuazione dirigente responsabile e adozione regolamento

	<p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>					
<p>Procedure comparative Mobilità diretta tra PA</p>	<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>Elusione regole generali per favorire un determinato concorrente</p>	<p>Ridefinizione regolamentazione aziendale</p>	<p>Entro dicembre 2018</p>	<p>UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile procedure selettive (da individuare)</p>	<p>Individuazione dirigente responsabile e adozione regolamento</p>
<p>Affidamento incarichi di direzione di 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</p>	<p>Uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta.</p>	<p>Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto</p>	<p>Formazione e implementazione competenze operatori addetti</p>	<p>Entro dicembre 2018</p>	<p>UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile procedure selettive (da individuare)</p>	<p>Formazione di almeno 5 figure di categoria D/DS</p>

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 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.	Cattiva gestione risorse pubbliche	Adozione documento di programmazione procedure selettive pubbliche	Entro dicembre 2017	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	Adozione documento di programmazione procedure selettive pubbliche
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	Effettuazione di procedure selettive pubbliche per tutti gli incarichi attivi	Entro dicembre 2018	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	Attivazione nuovi contratti previa selezione pubblica

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 parimenti 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.

Sono state predisposte schede per la valutazione del rischio di corruzione che i responsabili dei servizi aggregati nel Dipartimento di Sanità Pubblica 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.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
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	linee guida ed integrazione della modulistica esistente sui piani di lavoro	Entro marzo 2017	U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (PSAL)	Adozione Linee guida Integrazione della modulistica sui piani di lavoro
Attività di controllo Vigilanza e ispezioni	Omessa vigilanza adozione atti sanzionatori oppure eccessiva fiscalità nel controllo delle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	Violazione regole di comportamento aziendali per ottenere vantaggi in collusione con operatori economici	linee guida ed integrazione della modulistica esistente sui piani di lavoro	Entro marzo 2017	U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (PSAL)	Adozione Linee guida Integrazione della modulistica sui piani di lavoro
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	Regolamento interno	Entro marzo 2017	U.O. Impiantistica e antinfortunistica	Adozione regolamento interno
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	Adeguamento regolamentazione interna, aggiornamento	Entro dicembre 2017	UO Sanità animale (Forlì)	Monitoraggio semestrale per verificare la necessità di adeguare la regolamentazione interna alla normativa
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	Regolamento interno, linee guida e procedura di rotazione del personale-linee guida e procedura supervisione	Entro marzo 2017	UU.OO Igiene Alimenti di Origine animale (RA-RN-CE)	Adozione Linee guida

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	Adeguamento regolamentazione interna, aggiornamento Elaborazione specifica Linea Guida per la conduzione dell'attività ispettiva nel settore della macellazione agricola	Entro dicembre 2017	UU.OO Igiene Alimenti di Origine animale (RA-RN-CE)	Adozione linea guida
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	Procedure, check list	Entro dicembre 2017	U.O. Igiene pubblica	Adozione procedure, check list
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	Implementazione degli strumenti individuati (controlli a campione, procedure, check list)	Entro dicembre 2018	U.O. Igiene pubblica	Implementazione degli strumenti individuati (controlli a campione, procedure, check list)
Procedure di controllo	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo sulla sicurezza alimentare da parte degli operatori della U.O.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori -	Supervisione (con previsione di controlli annuali degli operatori da parte dei direttori di UU.OO. omologhe di ambiti territoriali diversi) e rotazione del personale	Entro marzo 2017	UU.OO. Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (RA)	Controlli e rotazione del personale
Attività autorizzatorie	Prestazioni difforme e/o omesse per presenza conflitto di interesse o a causa continuità rapporti con stessa utenza nella vigilanza alimentare da parte degli operatori di U.O.	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	Supervisione (con previsione di controlli annuali degli operatori da parte dei direttori di UU.OO. omologhe di ambiti territoriali diversi) e rotazione del personale	Entro marzo 2017	UU.OO. Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (RA)	Controlli e rotazione del personale
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	Adeguamento alla normativa degli strumenti esistenti (supervisioni, audit, manuale qualità, modulistica ad hoc, rotazione)	Entro dicembre 2017	UO Igiene Alimenti di origine animale (FO)	Monitoraggio semestrale per verificare la necessità di adeguare le misure esistenti alla normativa

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	Rotazione del personale	Entro marzo 2017	UO Servizio Igiene Alimenti e nutrizione	Adozione linee guida
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	Rotazione del personale	Entro marzo 2017	UO Servizio Igiene Alimenti e nutrizione	Adozione linee guida
Vigilanza, ispezione e controllo	Omessa o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori delle UU.OO.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Norme specifiche attuative, revisioni periodiche di attività	Entro fine 2017	UO Sanità animale (CE RA RN)	Monitoraggio semestrale per verificare la necessità di adeguare le misure esistenti alla normativa
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	Norme specifiche attuative, revisioni periodiche di attività	Entro fine 2017	UO Sanità animale (CE RA RN)	Monitoraggio semestrale per verificare la necessità di adeguare le misure esistenti alla normativa

PARTE TERZA- SEZIONE TRASPARENZA

L'art. 10 comma 1 del d.lgs. n.33 “ *Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione d’informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni*”, in seguito alle modifiche apportate dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97 “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, stabilisce che “ogni amministrazione indica in un’apposita sezione del Piano triennale per la prevenzione della corruzione.....i responsabili della trasmissione e della pubblicazione dei documenti, delle informazioni e dei dati ai sensi del presente decreto”*”.

In base al citato comma 1 del novellato art. 10 caratteristica essenziale della Sezione della Trasparenza è l’indicazione del Responsabile della struttura competente alla produzione e alla trasmissione del dato, oltre all’ indicazione del Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato (ovviamente dette figure responsabili possono coincidere).

A questo proposito si rinvia alla tabella degli obblighi di trasparenza, allegata al presente Piano e redatta secondo le modalità di cui all’ Allegato 1 della Delibera Anac n. 1310 del 28 dicembre 2016. Inoltre, la soppressione del riferimento esplicito al Programma triennale per la trasparenza e l’integrità, comporta che l’individuazione delle modalità di attuazione della trasparenza non costituiscono oggetto di un separato atto, ma siano parte integrante del PTPC come “apposita Sezione” (PTPCT).

Gli adempimenti in materia di trasparenza tengono conto delle prescrizioni contenute nel d.lgs. n. 33/16, con le modifiche apportate dal d.lgs. 25 maggio 2016, n. 97, che hanno introdotto numerosi cambiamenti alla normativa sulla trasparenza, delle prescrizioni contenute nella legge n. 190/2012, nel PNA 2016 e nelle altre fonti normative vigenti.

Le modifiche introdotte da d.lgs. 97/2016, per quanto riguarda la normativa sulla trasparenza, ne hanno rafforzato il valore di principio che caratterizza l’organizzazione e l’attività delle pubbliche amministrazioni e i rapporti con i cittadini.

Il d.lgs. 97/16 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva l’introduzione del nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato agli atti e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’unificazione fra il programma triennale di prevenzione della corruzione e quello della trasparenza, l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie e l’attribuzione ad ANAC della competenza all’irrogazione delle stesse.

La trasparenza realizza già di per sé una misura di prevenzione della corruzione poiché consente il controllo da parte degli utenti sullo svolgimento dell’attività amministrativa. La trasparenza è configurata dalla legge 190/2012 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 della l. 190/2012).

A tal riguardo l’Azienda Usl Romagna ha compiuto un importante sforzo realizzando, mediante la collaborazione attiva tra l’ufficio del Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza e la U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali, il sito unico dell’amministrazione trasparente, che è visitabile all’indirizzo <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>.

Dal punto di vista di una maggiore integrazione e sinergia, tra la materia della trasparenza e dell’anticorruzione, rientra la modifica apportata all’art.1 , comma 7, della Legge 190/2012 dall’art. 41, comma 1, lett. f) del d.lgs. n. 97/16, che prevede l’unificazione in un’unica figura dirigenziale del ruolo di Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT).

Nell’AUSL della Romagna le due figure del Responsabile della trasparenza (RTI) e del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), secondo le deliberazioni del Direttore

Generale n. 768 e 910 del 2014, sono già riunite in un unico soggetto (art. 43, d.lgs. n. 33/2013), nella persona della dott.ssa Vilma Muccioli che, giusta deliberazione del D.G. n. 725 del 24.09.2015, è il Direttore dell'U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali.

La Sezione trasparenza chiarisce – alla luce delle numerose modifiche introdotte dal d.lgs. n.97 del 25.05.2016 – in che modo gli obblighi di trasparenza trovino effettiva attuazione nel contenitore del sito unico dell'amministrazione trasparente dell'AUSL Romagna.

1. 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 di cui al par.4) - 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.

Dunque, la semplice pubblicazione sul sito internet istituzionale di quanto stabilito dal decreto trasparenza e precisato dall'allegato 1 alla delibera n. 1310 del 28.12/2016 dell'Anac non è sufficiente per assolvere agli obblighi di pubblicazione ivi previsti, in quanto è necessario un *quid pluris*, ossia il rispetto da parte dei dirigenti delle UU.OO. interessate dai suddetti obblighi dei criteri di qualità - contenutistica e temporale - imposti dalla normativa in esame relativamente ai dati da pubblicare sull'apposita sezione del sito denominata "Amministrazione Trasparente".

In tal senso così come precisato al par. 1 Sezione I, della Parte Seconda, tra le misure di prevenzione è prevista l'integrazione tra il sito dell'amministrazione trasparente ed i sistemi informatici di archiviazione utilizzati dall'azienda (come 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.

Inoltre, le citate linee Guida approvate dall'ANAC con delibera n. 1310 del 28 dicembre 2016, "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione d'informazioni contenute nel d.lgs. 33/13 come modificato dal d.lgs. 97/2016", 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.

L'art.8 comma 3, nel testo modificato dal d.lgs. 97/16, tuttavia, prevede un'importante modifica a questo proposito: trascorso il quinquennio o i diversi termini sopra richiamati, gli atti, i dati e le informazioni non devono essere conservati nella sezione archivio del sito, che quindi viene eliminata. Dopo i predetti termini, la trasparenza è assicurata mediante la possibilità di presentare l'istanza di accesso civico ai sensi dell'art.5.

2. Le limitazioni alla trasparenza

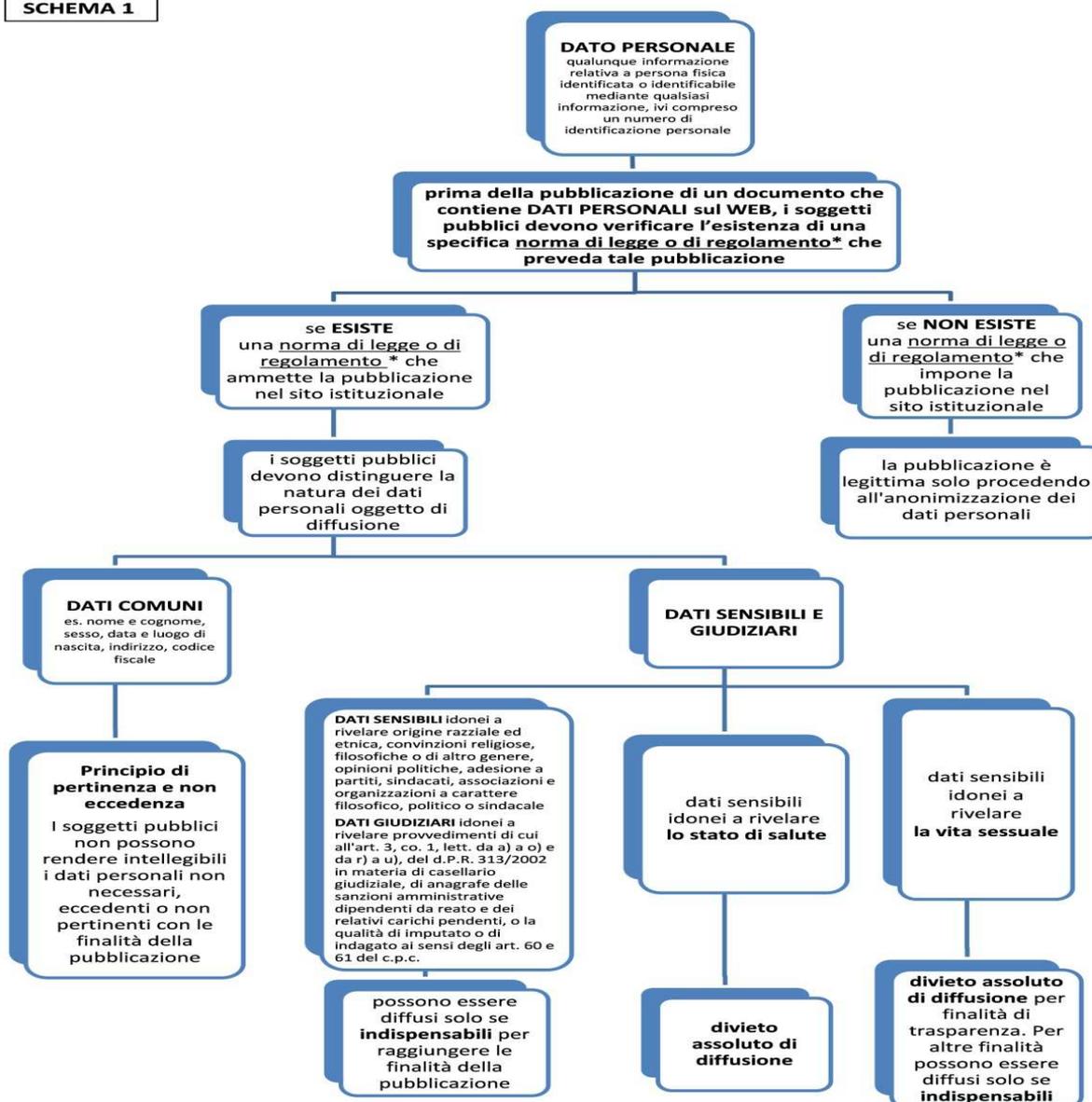
Nonostante abbia carattere generale il principio secondo cui tutti i dati, documenti ed informazioni che la legge impone siano resi pubblici devono essere oggetto di pubblicazione attraverso il sito dell'amministrazione trasparente, particolare rilievo assumono altresì le limitazioni alla trasparenza previste dall'art. 7 -bis- rubricato "Riutilizzo dei dati pubblicati" ed 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.

Dunque, ogniqualvolta si vuole procedere ad 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 si 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.

SCHEMA 1



* N.B. Si precisa che la diffusione di dati comuni è ammessa solo se prevista da una norma di legge o di regolamento, mentre la diffusione di dati sensibili o giudiziari è ammessa se prevista espressamente solo da una norma di legge.

3. 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 Trasparenza;
- b) l'Organismo Indipendente di Valutazione unico per le Aziende Sanitarie della Regione Emilia, istituito con legge regionale 20 dicembre 2013, n. 26 ed investito del compito di verificare la coerenza tra gli obiettivi indicati nel PPCT 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.

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 venga 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, agli 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 venga fotografato/verificato, con cadenza semestrale, lo stato delle pubblicazioni della Sezione Amministrazione Trasparente, in relazione agli 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, in quanto 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 relazionare in merito all'aggiornamento dei dati pubblicati, alla loro completezza e congruità rispetto alle indicazioni del PTCP e alle disposizioni normative oltreché ai provvedimenti ANAC

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 30/06 e il 31/12 di ogni anno	Corrispondenza tra i dati pubblicati e i dati prodotti dall'Azienda

4. La tabella degli obblighi di pubblicazione dell'Ausl Romagna

Nella tabella riportata alla pagina seguente 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. Lgs 33/2013 dal D.Lgs. 97/2016, delle indicazioni fornite da ANAC con la delibera n. 1310 del 2016, con particolare riferimento all'Allegato 1 della medesima Contenente l'elenco degli obblighi di pubblicazione.

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/ elaborazione/ trasmissione/ pubblicazione del dato. Poiché non sempre queste figure responsabili si identificano, si è preferito distinguere nella tabella i responsabili della struttura competente alla produzione/ elaborazione / trasmissione del dato dai responsabili della struttura competente alla pubblicazione del dato ;
- nella colonna NOTE vengono indicate alcune specifiche di alcuni obblighi di pubblicazione.

Per maggiore completezza e dettaglio sulle informazioni da pubblicare e sui contenuti degli obblighi di pubblicazione, si rinvia a quanto analiticamente previsto nell'Allegato 1 alla delibera ANAC n. 1310 /2016, già citata.

Si evidenzia inoltre che alcuni obblighi riportati nelle sezioni della tabella sotto riportata, sono interessati dalla previsione dell'art. 9 bis - Allegato B D.Lgs.33/2013 introdotta dal D.lgs. 97/2016 - , in base alla quale dal 23.06.2017 i dati saranno disponibili sulle Banche dati di riferimento, secondo le modalità che saranno indicate da ANAC/Amministrazione che detiene le banche dati. Per le specifiche in merito si rinvia a quanto previsto dall'art. 9 bis e all'allegato B del d.lgs. 33/2013.

AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE (D. LGS. 33/2013 “ RIORDINO DELLA DISCIPLINA RIGUARDANTE GLI OBBLIGHI DI PUBBLICITA’ TRASPARENZA E DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI DELLE PP.AA”) (TABELLA) Aggiornato con il D.LGS 97/2016

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
A. DISPOSIZIONI GENERALI - Atti Generali Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della Trasparenza	A.01	Art. 10, co. 8, lett. a), d.lgs. 33/2013	Annuale	Entro 30 gg. dalla approvazione del provvedimento	RPCT	RPCT	
A. DISPOSIZIONI GENERALI - Atti Generali <u>Riferimenti normativi su organizzazione e attività</u> Statuti e leggi regionali	A.03	Art. 12, co. 1, d. lgs. 33/2013 Art. 12co. 2 D.lgs.33/2013	Tempestivo	Link all a Banca dati “ Normattiva “ entro 30 gg. dalla adozione Entro 30 gg. dall’adozione del provvedimento	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI		
A. DISPOSIZIONI GENERALI Atti Generali - <u>Atti amministrativi Generali</u> (Ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzione, sugli obiettivi, sui procedimenti o in cui si determinano norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni)	A.03.01	Art. 12, co. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013;	Tempestivo	Entro 30gg. dall’adozione	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI - TUTTE LE STRUTTURE AZIENDALI con riferimento ai regolamenti Aziendali	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	
A. DISPOSIZIONI GENERALI - Atti Generali Documenti di programmazione strategico	A.03.01	Art. 12, co. 1 D.Lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30gg. dall’adozione provvedimento	Strutture Organizzative Interessate	Strutture Organizzative Interessate	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
gestionali							
A. DISPOSIZIONI GENERALI Codice disciplinare e di condotta	A.03.02	Art. 55, co. 2, d.lgs. 165/2001; Art. 12, co. 1, d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dall'adozione	UPD della DIRIGENZA e del COMPARTO	RPCT	
A DISPOSIZIONI GENERALI SCADENZARIO OBBLIGHI AMMINISTRATIVI	A.04	Art. 12, co. 1 bis d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo		RPCT per mezzo del link al Dipartimento della Funzione Pubblica		http://www.funzionepubblica.gov.it/strumenti-e-controlli/trasparenza-delle-pa/scadenzario-nuovi-obblighi-amministrativi
B. ORGANIZZAZIONE-Sanzioni per la mancata comunicazione dei dati da parte di incarichi politici, di amministrazione, di direzione e di governo ¹		Art. 47 co.1 D .lgs. 33/2013	Non applicabile alle Aziende del SSN				
B. ORGANIZZAZIONE Articolazione degli uffici (articolazione degli uffici e Organigramma)	B.04	Art. 13 co. 1 lett.b) e c) D lgs . 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. da eventuali variazioni	U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE, con il supporto della U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE,	

¹ Contenuto dell'obbligo: Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica.

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
B. ORGANIZZAZIONE Telefono e posta elettronica ²	B.05	Art. 13, co. 1, lett.d) d.lgs. n. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. da eventuali variazioni	Singole strutture organizzative con il supporto U.O. Governo Sistemi Informativi e UO Affari Generali limitatamente agli indirizzi di posta elettronica certificata (PEC)	U.O. SVILUPPO SISTEMI RELAZIONALI	
C. CONSULENTI E COLLABORATORI ³	C.00	Art. 10, co.8, art. 15, co. 1, lett.d) d.lgs. n. 33/2013 - art. 53, co. 14, d.lgs 165/20001	Tempestivo - I dati indicati da tale norma devono essere	Entro 90 gg. dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE/U.O.	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE/U.O.	

² Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionale e certificata dedicate, cui il cittadino può rivolgersi per richieste inerenti ai compiti istituzionali

³ Contenuto dell'obbligo: Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato Per ciascun titolare di incarico:1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo 2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali; 3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato; 4) Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica); Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse

Da evidenziare che ANAC ad una risposta ad una FAQ presente nella sezione del sito istituzionale [www. Anac.it](http://www.Anac.it) dispone che tra gli incarichi e le cariche da pubblicare ai sensi art. 15 .co.1 lett.c) del D.lgs. 33/2013con riferimento ai dirigenti, consulenti e collaboratori rientrano anche gli incarichi e le cariche per le quali non sono previsti compensi. I dati relativi agli eventuali incarichi e cariche di dirigenti, consulenti e collaboratori sono da pubblicare sia se a titolo oneroso sia se a titolo gratuito

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
			pubblicati <u>entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico</u> (e comunque prima del pagamento) <u>e rimangono pubblicati per i tre anni successivi alla sua cessazione</u>	Pagamento); limitatamente Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica) entro 30 gg. dall'invio	AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI /U.O. ASSICURAZIONI E CONTENZIOSO ASSICURATIVO /U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE /ogni altra U.O. INTERESSATA ove provveda a conferire incarichi di consulenza e collaborazione	AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI /U.O. ASSICURAZIONI E CONTENZIOSO ASSICURATIVO /U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE /ogni altra U.O. INTERESSATA ove provveda a conferire incarichi di consulenza e collaborazione	
D. PERSONALE Incarichi amministrativi di vertice (Estremi atti conferimento, cv, compensi, dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità cariche in enti di diritto privato, dichiarazione insussistenza	D.01	Art. 14 co. 1 co.1-bis d.lgs. 33/2013 ; art. 2 c.1 punto 1 e 2 e art 3 della 1.441/1982; art. 20c. 3 d.lgs. 39/2013; art. 14 co. 1 ter D.lgs. 33/2013	Tempestivo per tutti gli obblighi ivi previsti, ma annuale per la dichiarazione di insussistenza di incompatibilità ex art. 20, co. 2, d.lgs. 39/2013 e per ammontare	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina ; entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione (per compensi e importi di viaggio; entro il 30 /06 in relazione alla	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE	-U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI - U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE	Su queste voci , si è in attesa delle specifiche linee guida ANAC sulle modalità di applicazione dell'art. 14 alle quali verrà dato seguito con l'aggiornamento

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
di una delle cause di incompatibilità e inconferibilità compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico, importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici)			complessivo di emolumenti	dichiarazione di insussistenza di incompatibilità	UMANE per la parte relativa ai compensi	UMANE per la parte relativa ai compensi	della presente sezione
D. PERSONALE Dirigenti Titolari di incarichi Dirigenziali- (cv, compensi, dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità cariche in enti di diritto privato, importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici- .	D.02	Art. 14 co. 1 . co.1-bis d.lgs. 33/2013 ; art. 2 c.1 punto 1 e 2 e art 3 della 1.441/1982; art. 14 co. 1 ter D.lgs. 33/2013;	Tempestivo per tutti gli obblighi ivi previsti, ma annuale per ammontare compl emolumenti; non applicabile l'art.20 c.1 e2 del D.lgs.39/2013 in base a quanto previsto da Delibera ANAC 149/14	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina ; entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione (per compensi e importi di viaggio)	Singolo Dirigente tramite procedura informatizzata / U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE relativamente ai compensi.	Singolo Dirigente tramite informatizzata/U. O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE relativamente ai compensi	Su queste voci , si è in attesa delle specifiche linee guida ANAC sulle modalità di applicazione dell'art. 14 alle quali verrà dato seguito con l'aggiornamento della presente sezione
D. PERSONALE – Dirigenti Cessati	D.03	Art. 14 co. 1 lett. c) lett. e) lett. f) Art. 2 c.1 punto 2, L. 441/1982	Nessuno (va presentato una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico)	Nessuno (va presentato una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico)	-U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	-U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE - U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	Su queste voci , si è in attesa delle specifiche linee guida ANAC sulle modalità di applicazione dell'art. 14 alle quali verrà dato seguito con l'aggiornamento

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
					relativamente ai compensi	relativamente ai compensi	della presente sezione
D. PERSONALE Sanzioni per la mancata comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali (vedi nota 1 della tabella)	B. 06	Art. 47 co.1 D .lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dal recepimento del provvedimento	ANAC	RESPONSABILE Prevenzione Corruzione e TRASPARENZA	
D. PERSONALE Posizioni Organizzative (solo cv)	D. 03	Art. 14, c. 1-quinquies.	Tempestivo	Entro 30 gg. dal provvedimento di nomina	Singolo Titolare di PO per mezzo di procedura informatizzata con il controllo della UO Gestione giuridica Risorse Umane	Singolo Titolare di PO per mezzo di procedura informatizzata con il controllo della UO Gestione giuridica Risorse Umane	
D. PERSONALE Dotazione Organica (conto annuale personale e costo personale a tempo indeterminato)	D.04	Art. 16, co. 1 e 2, d.lgs 33/2013	Annuale	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto Annuale	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	
D. PERSONALE Personale non a tempo indeterminato - <u>Elenco titolari</u>	D.05.01	Art. 17, co. 1, d.lgs. 33/2013	Annuale	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto Annuale	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	
D. PERSONALE Personale non a tempo indeterminato – Costo del personale non a tempo indeterminato	D.05.01	Art. 17, co. 2, d.lgs. 33/2013	Trimestrale	Entro la fine del mese successivo alla scadenza del trimestre	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE	
D. PERSONALE	D.06	Art. 16, co. 3, d.lgs	Trimestrale	Entro 30gg. dalla	U.O. GESTIONE	U.O. GESTIONE	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
Tassi di assenza		33/2013		scadenza del trimestre di riferimento	ECONOMICA RISORSE UMANE	ECONOMICA RISORSE UMANE	
D. PERSONALE Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	D.07	Art. 18 d.lgs 33/2013 e 53, co. 14, d.lgs 165/2001	Tempestivo	Entro 30 gg. dal provvedimento di autorizzazione	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	
D. PERSONALE Contrattazione Collettiva	D.08	Art. 21, co. 1, d.lgs 33/2013 e 47, co. 8 d.lgs 165 2001	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	U.O. RELAZIONI SINDACALI	U.O. RELAZIONI SINDACALI	
D. PERSONALE Contrattazione Integrativa (contratti integrativi)	D.09	Art. 21, co. 2, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla certificazione da parte del Collegio sindacale	U.O. RELAZIONI SINDACALI	U.O. RELAZIONI SINDACALI	
D. PERSONALE Contrattazione Integrativa (costi contratti integrativi)	D.09	Art. 21, co. 2, d.lgs 33/2013 e 55, co. 4 d.lgs 150 2009	Annuale	Entro 30 gg. da certificazione del Collegio sindacale	U.O. RELAZIONI SINDACALI	U.O. RELAZIONI SINDACALI	
D. PERSONALE OIV (nominativi, curricula, eventuali compensi dei componenti della Organismo di Aziendale di Supporto e link ad OIV regionale nominato con DGR 1520 del 11.09.2014)	D.10	Art. 10, co. 8, d.lgs. 33/2013 - DGR 1520 del 11.09.2014	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla nomina	REGIONE EMILIA ROMAGNA	UO SVILUPPO ORGANIZZ./ OAS	Anche con rinvio a specifica pagina del sito Web R.E.R. di Amministrazione trasparente
E. BANDI DI CONCORSO (elenco	E.00	Art. 19 D lgs 33 /2013	Tempestivo	5 gg. per il bando Solo per criteri e	U.O. GESTIONE GIURIDICA	U.O. GESTIONE GIURIDICA	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
bandi in corso e bandi espletati nonché criteri di valutazione della commissione e le tracce delle prove scritte)				tracce 30 gg. dalla conclusione del procedimento concorsuale	RISORSE UMANE	RISORSE UMANE	
F. PERFORMANCE Sistema di misurazione e valutazione della performance	F.01	Art. 1 delibera CIVIT 104/2010	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla trasmissione da parte dell'OIV	OIV	UO SVILUPPO ORGANIZZ./ OAS	
F. PERFORMANCE Piano della Performance	F.02	Art. 10, co. 8, lett. B), d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dalla adozione del provvedimento	U.O. PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE	U.O. PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE	
F. PERFORMANCE Relazione sulla Performance	F.03	Art. 10, co. 8, lett. b), d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dalla adozione della Relazione	U.O. PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE	U.O. PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE	Compresi gli indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016
F. PERFORMANCE Ammontare complessivo dei premi	F.06	Art. 20, co. 1, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dalla certificazione da parte del Collegio Sindacale del Conto Annuale	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE	
F. PERFORMANCE Dati relativi ai premi (criteri definiti , distribuzione del trattamento accessorio, grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i	F.07	Art. 20, co. 2, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30gg. dall'adozione del provvedimento / atto ; ;entro 30 gg. dalla certificazione da parte del Collegio sindacale sul conto annuale con	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE ; UO SVILUPPO ORGANIZZATI VO E VALUTAZ limitatamente alla	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE ; UO SVILUPPO ORGANIZZATI VO E VALUTAZ limitatamente alla	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
dirigenti sia per i dipendenti)				riferimento all'ammontare dei premi distribuiti	definizione dei criteri	definizione dei criteri	
G. ENTI CONTROLLATI Enti pubblici vigilati	Ad oggi l'AUSL della Romagna non esercita alcuna vigilanza su Enti pubblici						
G. ENTI CONTROLLATI Società partecipate (Dati richiesti dalle norme indicate fra cui anche le dichiarazioni sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità o inconferibilità con link al sito dell'ente; Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate)	G.02	Art. 22, co 1 e . 2, d.lgs 33/2013 art. 20 co.3 D gs. 39/2013	Annuale; Tempestivo (per la dichiarazione sulla insussistenza di causa di inconferibilità)	Entro il 30 giugno di ogni anno fatti salvi diversi obblighi di legge	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	
G. ENTI CONTROLLATI Società partecipate- Provvedimenti ⁴	G.02	Art. 22 c. 1 lett.d) bis D.Lgs. 33/2013 art. 19 c.7 D.Lgs. 175/2016	Tempestivo	Entro 30 gg. dall'adozione del provvedimento	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	L'art. 19 c.7 D. lgs. n. 175/2016 non è applicabile per le società ex 9 bis

⁴ Contenuti dell'Obbligo: Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016); Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate (*Non applicabile per le società ex 9 bis D.Lgs. 502/92 smi*); Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
							D.Lgs. 502/92 smi
G. ENTI CONTROLLATI Enti di diritto privato controllati	Ad oggi l'AUSL della Romagna non esercita alcun controllo su Enti di diritto privato						
G. ENTI CONTROLLATI Rappresentazione grafica	G.04	Art. 22, co. 1lett.d; d.lgs 33/2013	Annuale	Entro il 30giugno di ogni anno fatti salvi diversi obblighi di legge.	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	
H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI Tipologie di procedimento (tutte le tipologie di procedimento di competenza dell'AUSL che abbiano efficacia esterna, in quanto il loro atto conclusivo sia un provvedimento amministrativo) ⁵	H.02.01	Art. 35, co. 1, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30gg. dal verificarsi delle modifiche adottate sui procedimenti	STRUTTURE AZIENDALI INTERESSATE.	SINGOLE STRUTTURE INTERESSATE	
H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati (Recapiti dell'Ufficio responsabile)	H.04	Art. 35, co. 3, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30gg dal verificarsi dei cambiamenti sulle informazioni/ recapiti indicati	Articolazioni Organizzative con il supporto UO AFFARI GENERALIi	Articolazioni Organizzative con il supporto UO AFFARI GENERALIi	
I. PROVVEDIMENTI	I.01	Art. 23, co. 1lett. B)	Semestrale. *	Entro 30 gg. dalla	CIASCUNA U.O.	CIASCUNA U.O.	

⁵ con le modifiche introdotte dal D. Lgs. 97/2016 è stato eliminato l'obbligo di pubblicare il nome del responsabile del procedimento sostituito con la pubblicazione dell'Ufficio responsabile (art. co. 1 lett. c) ed è stato abrogato l'obbligo di pubblicare i risultati di customer satisfaction (art. 35 co. 1 lett. n)

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
Provvedimenti organi di indirizzo politico (guardanti: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi di fornitura , di cui al d.Lgs. n. 50/16 ; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche , ai sensi degli art. 11 e 15 della L. 241/90)		e D) , d.lgs 33/2013		scadenza del semestre ; con l'attivazione della attivazione del flusso dal programma delle delibere e determine l'aggiornamento sarà immediato	PROPONENTE	PROPONENTE	
I. PROVVEDIMENTI Provvedimenti dirigenti	I.02	Art. 23, co. 1 lett. B e D) d.lgs 33/2013.	Semestrale⁶	Entro 30 gg. dalla scadenza del	CIASCUNA U.O. PROPONENTE	CIASCUNA U.O. PROPONENTE	

⁶ Una volta realizzata l'automatizzazione del flusso attraverso intervento evolutivo sul sistema di gestione delle Deliberazioni e Determinazioni il caricamento avverrà, a cura di ciascun responsabile del procedimento, attraverso applicativo del programma per la pubblicazione delle Deliberazioni sull'albo, che consentirà di ribaltare immediatamente il dato pubblicato anche sul sito dell'amministrazione trasparente , l'aggiornamento del dato diverrà IMMEDIATO

Inoltre si evidenzia che in forza delle modifiche introdotte dal D.Lgs. 97/2016 non sono più soggetti a pubblicazione obbligatoria i provvedimenti finali dei procedimenti di autorizzazione e concessione , concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera sia adottati dagli organi di indirizzo politico, sia adottati dai dirigenti amministrativi Inoltre è stato abrogato il comma 2 del D. Lgs. 33/2013 che recitava:” *Per ciascuno dei provvedimenti ricompresi negli elenchi di cui al comma 1 dell’art. 23 , sono pubblicati il contenuto, l’oggetto la eventuale spesa prevista e gli estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento. La pubblicazione avviene nella forma di una scheda sintetica, prodotta automaticamente in sede di formazione del documento che contiene l’atto* “

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
amministrativi (riguardanti: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi anche con riferimento alle modalità di selezione prescelta ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi di fornitura , di cui al d.Lgs. n. 50/16 ; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche , ai sensi degli art. 11 e 15 della L. 241/90)				semestre ; con l'attivazione della attivazione del flusso dal programma delle delibere e determine l'aggiornamento sarà immediato			
K. BANDI DI GARA E CONTRATTI informazioni delle singole procedure⁷	K.00	Art. 1 co. 32 L. 190/2012; Art. 37 c. 1 lett a D. leg. 33/2013 ; Art. 4 delibera ANAC n. 39/2016	Annuale (art. 1 co. 32 L. 190/2012) Tempestivo per i restanti dati .	Entro un mese dalla scadenza del semestre (delibera Anac n. 39 /2016)/ anno di riferimento delle informazioni ex art. 1 comma 32 L. 190/2012 ; Entro 30gg.dalla disponibilità del dato / informazioni per i restanti obblighi	U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI /U.O. ACQUISTI AZIENDALI/U.O. . MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI/U.O. PROGETTAZIONE	U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI /U.O. ACQUISTI AZIENDALI/U.O. . MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI/U.O.	

⁷ Contenuto dell'obbligo: si rinvia a quanto analiticamente previsto nell'allegato 1) alla delibera ANAC n. 1310/2016

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
					NE E SVILUPPO EDILIZIO	PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZI	
K BANDI DI GARA E CONTRATTI Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura (si veda nota 7)	K.00	Art. 37, commi 1 d.lgs. 33/2013 e art . 29 c.1 del D. Lgs. n. 50/2016 Art. 1 c. 505 L. 208/2015 (disposizione speciale rispetto all'art. 21 del D.Lgs 50/2016	Tempestivo	Entro 30 gg. dall'adozione dell' avviso / bando / provvedimento	U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI/U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI /U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	
L. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI Criteri e modalità	L.01	Art. 26, co. 1, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla loro adozione	PIATTAFORME AMMINISTRATIVE TERRITORIALI di ciascun ambito territoriale UO Gestione Rapporti con i	PIATTAFORME AMMINISTRATIVE TERRITORIALI di ciascun ambito territoriale UO Gestione Rapporti con i	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
					servizi socio sanitari accreditati	servizi socio sanitari accreditati	
L. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI Atti di concessione	L.02	Art. 26, co. 2, art. 27 d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dall'adozione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	PIATTAFORME AMMINISTR. TERRITORIALI UO Gestione Rapporti con i servizi socio sanitari accreditati	PIATTAFORME AMMINISTR. TERRITORIALI UO Gestione Rapporti con i servizi socio sanitari accreditati	
M. BILANCI Bilancio preventivo e consuntivo	M.01	Art. 29, co. 1,e co.1 bis d.lgs. 33/2013 Art. 5, co. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011, Dpcm 29.04.2016	Tempestivo	Entro 30 gg dalla adozione delle delibere di Giunta Regionale	U.O.BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O.BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	
M. BILANCI Piano degli indicatori e dei risultati attesi di Piano bilancio		Art. 29, co. 2, d.lgs. 33/2013 art.19 e 22 del D. Lgs. 91/2011 ; Art. 18 – bis del Dlgs.118/2011	Tempestivo	Non applicabile alle Aziende del SSN			
N. BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO Patrimonio immobiliare	N.01	Art. 30 d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Trimestrale (entro 30 gg. dal trimestre di riferimento	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	
N. BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO Canoni di locazione o affitto	N.02	Art. 30 d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Trimestrale (entro 30 gg. dal trimestre di riferimento	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO	
O. CONTROLLI E RILIEVI	O.01	Art. 31 d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Annuale e in relazione alle	OIV	UO SVILUPPO	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
SULL'AMMINISTRAZIONI- OIV- Nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe ⁸				delibere Anac		ORGANIZZATIVO /OAS	
O. CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONI – Organi di revisione Amministrativa e Contabile ⁹	0.02	Art. 31 d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla comunicazione	Organi di rev. Ammin./ contabili competenti	UO BILANCI E FLUSSI FINANZIARI	
O. CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRAZIONI	0.03	Art. 31 d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dalla comunicazione	Corte dei Conti	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE	

⁸ Contenuti dell'obbligo :

- Attestazione dell'OIV sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione
- Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14 c.4 lett. c) d. lgs. n. 150/2009 (*Non applicabile alle Aziende SSR*)
- Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14 c. 4 lett. a) d. lgs. 150/2009) (la nota continua nella pagina seguente)
- altri atti degli OIV , nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe

⁹ Contenuti dell'obbligo:

Relazioni degli organismi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio

¹⁰ Contenuti dell'obbligo:

Tutti i rilievi della Corte dei Conti ancorchè non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e i loro uffici

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
ONE- Corte dei Conti ¹⁰						PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	
P. SERVIZI EROGATI Carta dei servizi e standard di qualità	P.01	Art. 32, co. 1, d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla sua adozione	UO QUALITA' E GOVERNO CLINICO / UO SVILUPPO SISTEMI RELAZ	U.O. SVILUPPO SISTEMI RELAZIONALI	
P. SERVIZI EROGATI Class action	P.02	Art. 1, co. 2, e Art. 4, co. 6, d.lgs. n. 198/2009	Tempestivo	Entro 30 gg da notizia del ricorso e/o notifica sentenza e/o adozione misura adottata	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	
P. SERVIZI EROGATI Costi contabilizzati	P.03	Art. 32, co. 2, lett. A), d.lgs. 33/2013 Art. 1, co. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, co. 5, d.lgs. 33/2013	Annuale	Entro 30gg. dalla annualità di riferimento	U.O. CONTROLLO DI GESTIONE / UO BILANCI E FLUSSI FINANZIARI	U.O. CONTROLLO DI GESTIONE	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
P. SERVIZI EROGATI Liste di attesa ¹¹	P.05	Art. 41, co. 6, d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg. dal mese oggetto di indagine	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/ UO CONTROLLO DI GESTIONE	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/ UO. CONTROLLO DI GESTIONE	Per mezzo di link al sistema TADER (per specialistica ambulatoriale)
P SERVIZI EROGATI – Servizi in rete ¹²	P.06	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall’art. 8 co. 1 del D.Lgs. n.179/2016	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla formalizzazione della rilevazione	UO Qualità gov Clinico/ UO sviluppo Sistemi Relaz./ UO Governo Sistemi Informativi	UO SVILUPPO SISTEMI RELAZIONALI	
Q. PAGAMENTI DELL’AMMINISTRAZIONE – Dati sui pagamenti del SSN ¹³	Q.01	Art. 41 c. 1 bis D.Lgs. 33/2013	Trimestrale (in fase di prima applicazione semestrale)	Entro il mese successivo al trimestre/semestre di riferimento.	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	

¹¹ Contenuto dell’obbligo : Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata

¹² Contenuti dell’obbligo: Risultati delle rilevazioni sulle soddisfazioni da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi resi dall’utente , anche in termini di fruibilità , accessibilità e tempestività statistiche di utilizzo dei servizi in rete

¹³ contenuti dell’obbligo

Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati , distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla spesa sostenuta , all’ambito di riferimento e ai beneficiari

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
Q. PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE Indicatore di tempestività dei pagamenti (indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti, servizi in relazione alla tipologia di spesa sostenuta all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari; indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti; Ammontare complessivo dei debiti e del numero delle imprese creditrici)	Q.01	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Annuale ; Trimestrale con riferimento all'indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Entro il mese successivo all'annualità/ trimestre di riferimento	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	
Q. PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE IBAN e pagamenti	Q.02	Art. 36 d.lgs. 33/2013 art. 5, co. 1, d.lgs. n. 82/2005	Tempestivo	Entro 30gg. dalla modifica	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI	
R. OPERE PUBBLICHE- Nuclei di valutazione e di verifica degli investimenti pubblici		Art. 38, co 1 . dlgs 33/2013	Tempestivo	Non applicabile alle Aziende del SSN			
R. OPERE PUBBLICHE Atti di Programmazione delle Opere Pubbliche	R.00	Art. 38, co. 1 d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla approvazione del bilancio da parte della Regione	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO/U.O. MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO/U.O. MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
					IMPIANTI	IMPIANTI	
R. OPERE PUBBLICHE- Tempi costi , indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	R.00	Art. 38 co. 2 d. lgs. . n. 33/2013	Tempestivo	In relazione ai termini indicati dall'ANAC	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO/U.O. MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO/U.O. MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI	
INFORMAZIONI AMBIENTALI		Art. 40, co. 2, d.lgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg. dalla disponibilità del dato o informaz	DIPARTIM. SANITA' PUBBLICA	DIPARTIM. SANITA' PUBBLICA	Anche tramite link all'ARPA
U. STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE (Elenco delle strutture sanitarie private accreditate e relativi accordi intercorsi con le strutture private accreditate)	U.00	Art. 41, co. 4, d.lgs. 33/2013	Annuale	Entro il 31/3 per gli accordi sottoscritti l'anno precedente	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/U.O. GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO SANTARI ACCREDITATI/ PIATTAFORME AMMINISTRATIVE	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/U.O. GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO SANTARI ACCREDITATI/ PIATTAFORME AMMINISTRATIVE	L'ente garantisce la pubblicazione degli elenchi e degli accordi con le proprie strutture private accreditate in base a nota RER.2013/0158950
V. Interventi straordinari di emergenza	V.00	Art. 42 co. 1 e 2 . Dlgs. 33/2013	Tempestivo	Entro 60 gg. dal provvedimento	UO AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERCORSI	U.O. AFFARI UO AFFARI GENERALI E DIREZIONE	

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
					ISTITUZIONALI E LEGALI	PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	
W. ALTRI CONTENUTI Corruzione (PTPC, RPC, RPT, Relazione del RPC, Regolamenti per la prevenzione della corruzione, atti di adeguam. a provvedimenti Anac)	W.01	Art. 43, co. 1, d.lgs. 33/2013, art. 1, co. 3 e 14, l. 190/2012, delib. CIVIT 105/2010 e 2/2012	Tempestivo - Annuale per quanto riguarda il PTPC e la Relazione del RPC	Entro 30 gg. dalla adozione della delibera di approvaz. del piano, nei termini indicati da ANAC per gli altri dati/ documenti	RPCT	RPCT	
W. ALTRI CONTENUTI ACCESSO CIVICO- accesso civico “semplice” concernenti dati, documenti, e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria ¹⁴	W.02	Art. 5, co. 1 d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro 30 gg.dal provv. di nomina del RPCT	RPCT	RPCT	
W. ALTRI CONTENUTI ACCESSO CIVICO “generalizzato” concernente dati ulteriori (si veda nota n. 14)	W.02	Art. 5, co. 2, d.lgs 33/2013	Tempestivo	Entro il 28/02/17 in sede di prima applicaz.; entro 30gg da ev. variazioni	Strutture Organizzative con il supporto RPCT	RPCT	
W. ALTRI CONTENUTI ACCESSO CIVICO -	W.03	Linee guida ANAC FOIA del 1309/2016	Semestrale	In prima applicazione entro	U.O. AFFARI GENERALI E	U.O. AFFARI GENERALI E	

¹⁴) contenuto dell’obbligo : accesso civico”semplice” : Nome del Responsabile della prevenzione corruzione e trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico nonché modalità per l’esercizio di tale diritto , con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale; accesso civico “generalizzato”: Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l’esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale; Registro degli accessi : elenco delle richieste di accesso (atti , civico e generalizzato) con indicazione dell’oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabile della struttura competente alla produzione e trasmissione del dato	Responsabile della struttura competente alla pubblicazione del dato	NOTE
Registro degli accessi (si si veda nota n. 14)				30/09/2017(a partire dal 01.01/2017 ; ;succ. entro 30gg dalla scadenza semestrale	DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	DIREZIONE PERCORSI ISTITUZIONALI E LEGALI	
W. ALTRI CONTENUTI Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	W.03	Art. 52, co. 1, d.lgs. 82/2005, Art. 9, co. 7, d.l. n. 179/2013, Art. 63, co. 3-bis e 3-quater, d.lgs. n. 82/200	Tempestivo (per quanto concerne i regolamenti) Annuale per gli obiettivi di accessibilità	Entro 30 gg. dalla adozione dei provv.di adozione per catalogo dati metadati banche dati; entro il 31 marzo di ogni anno per obiettivi accessibilità e regolamenti	U.O. GOVERNO E SISTEMI INFORMATIVI/	U.O. GOVERNO E SISTEMI INFORMATIVI/	
W. ALTRI CONTENUTI Dati ulteriori	W.04	Art. 7 –bis c.1 Art. 1 c. 9 ,lettf) L. 190/20124, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012			CIASCUNA U.O. INTERESSATA	CIASCUNA U.O. INTERESSATA	
W. ALTRI CONTENUTI – DATI ULTERIORI (numero incarichi per branca specialistica / area professionale e le relative ore di attività svolta ai sensi del presente Accordo)	W.05	Art. 9 co. 6 ACN 17/12./2015	Annuale	31/03 per anno precedente	UO GESTIONE GIURIDICA ECONOMICA CONVENZIONA TI ESTERNI	UO GESTIONE GIURIDICA ECONOMICA CONVENZIONA TI ESTERNI	

Timing riepilogativo delle misure di prevenzione generali

Soggetto Responsabile	Misure di prevenzione	Tempistica	Riferimento al PTPC
Obblighi di trasparenza			
Strutture Responsabili della produzione / elaborazione, trasmissione, pubblicazione del dato	Pubblicazione dati /informazioni previsti in tabella della Sezione trasparenza	Entro 31/01 di ogni anno	Pag. 25
U.O. Governo sistemi informativi	Automatizzazione flusso attraverso intervento evolutivo sul sistema di gestione delle Deliberazioni e Determinazioni (InterdelFX)	Entro 31/03/2017	Pag. 25
RPCT	Monitoraggio adempimento obblighi di pubblicazione	Infrannuale: entro il 30/06 ed entro il 31/12 di ogni	Pag. 25
UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti con il supporto dell'U.O. Bilancio	Trasparenza Pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente	Entro marzo 2017	Pag. 25
Codici di comportamento			
UPD area comparto e area dirigenza	1) Report infrannuale al RPCT su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nel 2017 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) Segnalazione tempestiva al RPCT per ogni <u>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 PTPC	1) Entro 30/09/2017 2) Tempestivo	Pag. 27
UPD area comparto e area dirigenza con il supporto del RPCT	Elaborazione di un Codice di Comportamento aggiornato unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna da parte del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, coordinato dalla Regione Emilia Romagna	Entro fine 2017	Pag. 27
Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)			
U.O. Governo sistemi informativi	Implementazione di meccanismo di gestione informatizzata delle segnalazioni secondo determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015 con garanzia di anonimato che sarà reso disponibile da ANAC	Entro 31/12/2017	Pag. 29
RPCT	Adozione di un Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite ex art. 54 bis D.Lgs. 165/2001.	Entro 31/03/2017	Pag. 29
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione			
RPCT	Atto di programmazione pluriennale della rotazione	Entro fine 2019	Pag. 31
Dipartimento Sanità Pubblica	Conclusione del percorso di validazione aziendale della linea guida elaborata	Entro giugno 2017	Pag. 31
Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative interessate (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, U.O.	Rendicontazione sullo stato di attuazione di tale misura con indicazione del numero di dirigenti/funzionari interessati dalla rotazione	Entro 30/11/2017	Pag. 31

Gestione economica Risorse Umane, U.O. Acquisti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)			
Formazione			
U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	1) <u>Elaborazione del PAF coerentemente al PTPC</u> 2) Report annuale destinato al RPCT sulla programmazione formativa svolta in materia di prevenzione della corruzione e sugli eventi effettivamente svolti con indicazione dei destinatari (tipologia e numero) nonché dei docenti impiegati	1) scadenza approvazione PAF 2) Report entro il 30/11/2017	Pag. 35
Dirigenza SPTA	Obbligo di frequenza del corso di formazione a distanza (FAD) per il 40% del personale dirigente	Entro fine 2017	Pag. 35
Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse			
U.O. Programmazione Beni e Servizi/U.O. Acquisti Aziendali	Ulteriore modulistica dichiarazione conflitto interessi RUP e altri soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	Entro 31/03/2017	Pag. 37
RPCT con il supporto dei Servizi/UU.OO. interessati (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane/U.O. Qualità e Governo Clinico)	Adattamento modulistica Agenas	Entro dicembre 2017	Pag. 37
RPCT	Revisione della modulistica per acquisizione dichiarazione ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013	Entro 30/10/2017	Pag. 37
Attività e incarichi extra istituzionali			
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. 41
Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro			
U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Protocollo Ausl-Agenzia Entrate	Entro 31/12/2018	Pag. 42
Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile			
U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali	1) Adozione Linea Guida per gli operatori URP che consenta di individuare e gestire le segnalazioni da parte della società civile rispetto ad episodi di cattiva amministrazione, conflitto di interessi e fatti di natura corruttiva. 2) Report da trasmettere al RPCT in merito al numero di segnalazioni ricevute e del loro oggetto	1) Entro 31/07/2017 2) Entro 31/10/2017	Pag. 45
RPCT	Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche ai fini dell'aggiornamento del PTPC	Dal 20/11/2017 al 10/12/2017	Pag. 45
Rapporti con le società partecipate			
RPCT	Controllo sull'adozione del PTPC da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento determinazione Anac 8/2015	Entro 30/06/2017	Pag. 47

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

a) Contratti Pubblici

1) **Acquisto di beni e servizi**

Vedi tabella A2 pag 52

2) **Lavori Pubblici**

Vedi tabella A4 pag 58

b) Attività libero professionale

Vedi tabella B pag 60

c) Rapporti contrattuali con privati accreditati

Vedi tabella C pag 62

d) Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero

Vedi tabella D pag 66

e) Acquisizione del Personale

Vedi tabella E pag 67

f) Sanità Pubblica – vigilanza, controlli, ispezioni

Vedi tabella F pag 71