

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

**PIANO TRIENNALE  
PER LA  
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE  
E  
PROGRAMMA TRIENNALE  
PER LA  
TRASPARENZA E INTEGRITÀ  
  
2016-2018**

## INDICE

Premessa.....	3
PARTE PRIMA .....	4
1. L'aggiornamento.....	4
2. Il quadro normativo.....	7
3. Il contesto esterno .....	8
4. Il contesto operativo di riferimento.....	9
5. Il modello organizzativo dell'anticorruzione.....	11
5.1 I soggetti.....	11
5.2 Obblighi di informazione nei confronti del RPC.....	15
6. Aggiornamento della gestione del rischio.....	16
6.1 Principi e metodologia per la determinazione del "rischio corruzione".....	17
6.2 Le aree a rischio analizzate .....	18
6.3 La ponderazione del rischio .....	20
PARTE SECONDA.....	22
Misure per la prevenzione del rischio .....	22
SEZIONE I: LE MISURE GENERALI.....	23
1. Obblighi di trasparenza .....	23
2. Codici di comportamento.....	24
3. Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. <i>Whistleblower</i> ).....	26
4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione .....	28
5. Formazione.....	32
6. Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse .....	33
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. ....	35
8. Attività e incarichi extra istituzionali.....	37
9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.....	38
10. Patti di integrità.....	40
11. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile .....	41
12. Rapporti con le società partecipate .....	42
13. Monitoraggio del piano di prevenzione e del rispetto dei tempi procedurali.....	44
SEZIONE II: LE MISURE SPECIFICHE.....	45
A) Area di rischio: Contratti pubblici .....	46
A. 1 Acquisto di beni e servizi.....	47
A. 2 Lavori Pubblici.....	48
C) Area di rischio: Attività libero professionale.....	50
D) Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati .....	51
E) Area di rischio: Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero .....	53
PARTE TERZA .....	55
Programma triennale per la trasparenza e l'integrità .....	55
1. La qualità del dato da pubblicare .....	55
2. Le limitazioni alla trasparenza .....	56
3. Vigilanza, profili di responsabilità e sistema di monitoraggio .....	57
4. La griglia degli obblighi di pubblicazione dell'Ausl Romagna.....	59
<i>Timing</i> riepilogativo delle misure di prevenzione generali.....	69

# Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2016-2018

## 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.

Per l'anno 2016 si procede ad aggiornare il Piano Triennale aziendale in considerazione della Determinazione dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (Anac) n. 12 del 28 ottobre 2015 intitolata "Aggiornamento 2015 al 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 del nuovo PNA e dei Piani Aziendali che avranno vigenza per il triennio successivo. Tali indicazioni, che sono state formulate in virtù dell'analisi svolta su un cospicuo campione (1911) di PTPC e confluita nel "Rapporto sullo stato di attuazione e la qualità dei piani triennali di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni pubbliche 2015-2017" pubblicato sul sito dell'Autorità il 29.12.2015 nonché alla luce delle problematiche emerse nel corso del primo incontro tra l'Anac e i Responsabili della Prevenzione della Corruzione (RPC), suggeriscono alle Pubbliche Amministrazioni alcune correzioni di rotta e, in attesa dell'adozione del nuovo PNA, si pongono in linea con l'intento dichiarato anche dal più recente 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 2015 è stata redatta secondo lo schema diffuso dall'Anac con il comunicato del Presidente dell'Autorità del 25/11/2015 e, nel rispetto delle indicazioni ivi fornite, è stata pubblicata in virtù della proroga ivi concessa entro il 15.01.2016

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 2016-2018 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 nell'anno 2014;
- 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.
- realizzazione 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 al nuovo assetto organizzativo dell'AusI Romagna;

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 2015, il PTPC 2016-2018 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 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 modifiche legislative adottate in materia e in vista di quanto prospettato dalla legge delega n. 124 del 2015, nonché del contesto interno ed esterno nel quale opera l'Azienda Usl della Romagna.
- 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 RPC, 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 e il Direttore della U.O. Gestione Giuridico-Economica Convenzionati Esterni, per mezzo degli Uffici preposti, informano ogni nuovo assunto o collaboratore dell'obbligo di prendere visione del Piano consultando l'apposita sezione del sito web istituzionale.

### **La struttura del Piano**

Nel riprendere l'impostazione del PTPC adottato nel 2015, il presente documento si compone, oltre che di una parte introduttiva/descrittiva, di due ulteriori sezioni, rispettivamente dedicate a:

- Individuazione di misure (generali e specifiche) con fissazione del cronoprogramma per attuare la strategia di prevenzione, anche alla luce del parziale aggiornamento del processo di *risk management* svolto nelle more del perfezionamento del processo di riorganizzazione avviato nell'ultimo trimestre del 2015.
- Aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, con specificazione della provenienza e delle tempistiche di pubblicazione in adempimento della normativa sulla trasparenza 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 2016-2018 comprensivo del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità dell'Azienda Usl della Romagna.**

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 31/01/2016 il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2016-2018**, contenente anche il **Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità**. 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

anticorruzione, di cui l'Ausl Romagna terrà conto in sede di stesura del Piano Triennale Anticorruzione 2016-2018. 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 2015**, il proprio contributo propositivo al seguente indirizzo di posta elettronica [pec.auslrn@legalmail.it](mailto:pec.auslrn@legalmail.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 in gennaio del 2015 con deliberazione n. 13 è disponibile sui siti internet delle ex quattro aziende (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini), all'interno della sezione dell'Amministrazione Trasparente Altri contenuti-Corruzione/Piano di Prevenzione della Corruzione

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

In seguito alla consultazione promossa è pervenuta una proposta di aggiornamento/integrazione con riferimento alla necessità di “chiarimenti su:

- utilizzo del *Whistleblowing*;
- modalità per assicurare “la *compliance* con il d.lgs 231/2001 per tutte le partecipate, aziende in convenzione e fornitori a rischio”.

**Allo di soddisfare le suddette richieste nella PARTE SECONDA del presente documento è dedicato specifico spazio (rispettivamente par. 3 e par.10 e 12 ) alla trattazione di tali temi.**

La valorizzazione del rapporto con la società civile, anche attraverso azioni di sensibilizzazione immediate come la “Giornata per la Trasparenza” che si è svolta il 19.01.2015 in collaborazione con il Comune di Ravenna e l'Unione dei Comuni della Bassa Romagna, costituiscono una delle strategie mediante cui l'Azienda Usl della Romagna – in linea 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 di interessi collettivi al fine di instaurare un dialogo improntato ai valori della fiducia e della crescita reciproca per il miglioramento della *performance* aziendale. Infine, a tal riguardo si segnala che nella sezione AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE>ALTRI CONTENUTI è stata creata

cartella intitolata “Giornata della Trasparenza” per la raccolta del relativo materiale formativo ed informativo.

## 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, a breve si attende l’emanazione dei decreti attuativi della delega contenuta nell’art. 7 (Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, nel capo I, dedicato alle Semplificazioni amministrative) della l. 124/2015, che, nel rispetto di quanto affermato dall’art. 1, co. 35 e 50, della legge 190/2012, n.190, prevede l’adozione di *“disposizioni integrative e correttive dei d.lgs. n. 33 e 39 del 2013”* secondo il criterio direttivo della *“precisione degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza delle amministrazioni pubbliche”*, nonché il criterio direttivo 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 auspicato tra strategie di prevenzione della corruzione e trasparenza, le due figure del Responsabile della trasparenza (RTI) e del Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC) dell'Azienda UsI della Romagna secondo le deliberazioni del Direttore Generale n. 768 e 910 del 2014 sono riunite in un unico soggetto (art. 43, d.lgs. n. 33/2013), la 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 Percorsi Istituzionali e Legali, e nel presente documento, coerentemente con quanto sopra premesso, il Programma Triennale della Trasparenza e Integrità costituisce la sezione terza del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione.

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'AusI 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 nel Piano di Trattamento del Rischio approvato unitamente al PTPC del 2015, nonché delle modifiche all'assetto organizzativo dell'Azienda usl Romagna - viene in questa sede aggiornato.

### **3. Il contesto esterno**

L'Azienda UsI 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'AusI della Romagna si estende su un'area di 5.100 kmq e comprende 74 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 spongono 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 74 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.

Al fine di verificare in che modo tali finalità vengono perseguite e fatte proprie all’interno dell’organizzazione dell’Ausl Romagna pare opportuno di seguito rappresentare il contesto operativo all’interno del quale viene elaborato il presente Piano. Un contesto nel quale non devono essere sottovalutate le difficoltà riscontrate nella elaborazione del PTPC e nell’aggiornamento della gestione del rischio a causa delle complessità che discendono dalla unificazione di territori diversi (per storia, cultura, caratteristiche demografiche, sociali e modelli organizzativi) e che sono di volta in volta affrontate secondo una visione realistica, pragmatica e gradualistica che permea oggi questa prima fase di attuazione del processo di riorganizzazione (a livello macro) della rete decisionale ed operativa dell’Ausl Romagna.

Nell’Atto Aziendale approvato con deliberazione del Direttore Generale n. 414 del 15/05/2015 viene 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”. Il documento approvato traccia la geometria organizzativa (a carattere reticolare) dell’ente, modificando il contesto di riferimento rispetto al quale era stato adottato il PTPC deliberato in gennaio del 2015. L’assetto organizzativo delineato si trova però soltanto in una fase di prima attuazione. Difatti, se a livello “macro”, dall’1/10/2015, la nomina dei direttori dei dipartimenti sanitari e di buona parte 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 ben lungi dall’aver raggiunto il suo perfezionamento e rende difficoltosa l’attività di pianificazione in atto.

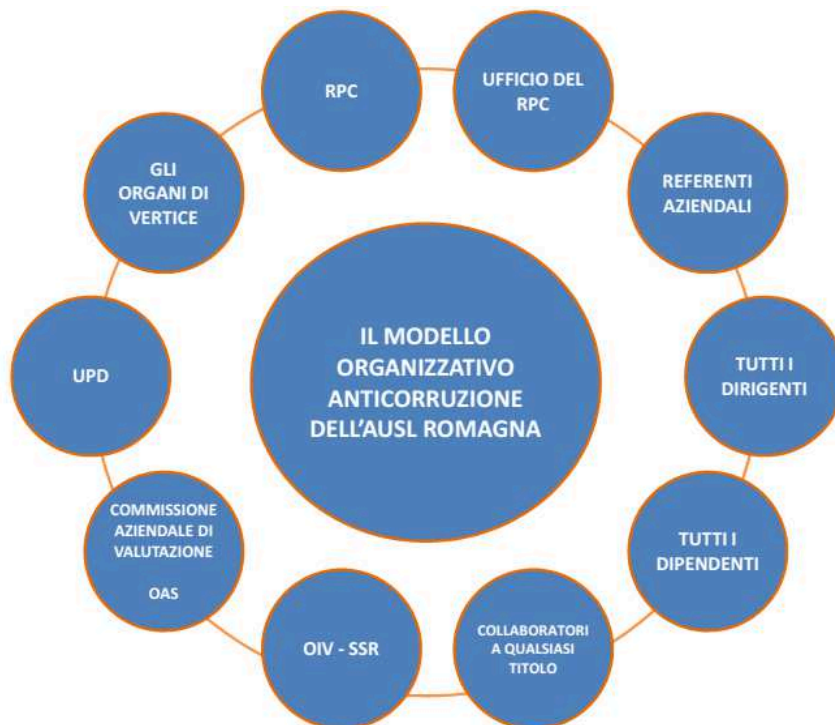
Pertanto, la redazione del presente PTPC in talune parti scontrerà le difficoltà strutturali emerse nell’attuazione delle prescrizioni in materia di prevenzione della corruzione e rinverrà – con la contestuale ed immediata pubblicazione dei risultati – lo svolgimento di alcune attività (come la totale mappatura dei processi) che, in ragione dell’avvicendamento delle unità operative declinate dal nuovo assetto e della recentissima nomina dei direttori alle stesse preposti, necessitano di un approfondimento alla luce di una maggiore e migliore conoscenza delle implicazioni discendenti dal nuovo disegno 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 sia con i documenti che geneticamente sono contraddistinti da tale vocazione (il Codice di Comportamento Aziendale e il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità, che ne costituisce apposita sezione) sia con altri strumenti di programmazione aziendale: 1) il bilancio di esercizio, che garantisce e certifica la sostenibilità finanziaria degli interventi preventivati; 2) il piano delle performance 2016 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 (fra cui anche la trasparenza); 3) il piano della formazione 2016 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, 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 Usr 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 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:

- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione;
- 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.

A conferma dell'interesse che la Direzione Generale ha verso l'adozione e la condivisione delle strategie di prevenzione della corruzione la bozza del presente Piano, prima della sua approvazione, è stata pubblicata sulla intranet aziendale.

**b) Il Responsabile per la prevenzione della corruzione (RPC)** 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 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.

Il RPC 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 per la Prevenzione della Corruzione 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 RPC** che, per la complessità strutturale dell'Ausl Romagna sopra sinteticamente descritta, in questa prima fase di riorganizzazione risulta necessario confermare quale ufficio di immediato supporto al RPC, che è chiamato 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 RPC, 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 RPC.

**d) I referenti aziendali**, previsti dalla delibera 56/2014 e dalla delibera 13/2015 nonché confermati 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 RPC , ossia a titolo esemplificativo:

- assicurano per le aree di rispettiva competenza un regolare flusso informativo nei confronti del RPC, 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 RPC, 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 RPC, 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 RPC;
- 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):**

- 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 andrà a sostituire la Commissione Aziendale di Valutazione:**

- partecipa al processo di gestione del rischio formulando pareri e proposte;
- considera i rischi e le azioni inerenti la prevenzione della corruzione nello svolgimento dei compiti attribuiti, assicurando la declinazione delle misure previste nel PTPC in obiettivi specifici e misurabili;
- verifica periodicamente l'assolvimento degli adempimenti previsti in materia di trasparenza, segnalando al RTI gli eventuali aggiornamenti/integrazioni da effettuare sul sito dell'Amministrazione Trasparente;
- 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 ed assicura il coordinamento tra i contenuti del codice e il sistema di misurazione e valutazione della performance;
- assicura il coordinamento e la coerenza tra i contenuti del PTPC e il Piano della Performance, nel quale gli obiettivi strategici della “prevenzione della corruzione” e della diffusione della cultura della trasparenza devono tradursi nelle schede di budget delle strutture e in quelle degli obiettivi individuali.

**l) L’Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)** rispettivamente del comparto e della dirigenza (deliberazioni del Direttore Generale n. 905 e 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 RPC 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.

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

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 RPC.

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 RPC 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, l'ufficio del RPC, come individuato con apposito atto, 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 per la prevenzione della corruzione, 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 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 il gruppo di lavoro del RPC, costituito dai referenti di ambito sopra richiamati, ha effettuato la rilevazione (a consuntivo) sulle manifestazioni effettive degli eventi rischiosi (residui o sopraggiunti) prendendo a riferimento:

- ❖ il monitoraggio delle misure obbligatorie e di quelle ulteriori previste dal Piano di Trattamento del Rischio adottato in allegato al PTPC approvato lo scorso anno,
- ❖ il report infrannuale sulle violazioni segnalate/contestate che è stato trasmesso entro il 10/09 dall'UPD,
- ❖ l'analisi comparativa delle relazioni del RPC rispettivamente per l'anno 2014 e per il 2015.

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 RPC ha sostanzialmente confermato il catalogo dei processi aziendali sottoposto ad analisi, valutazione, ponderazione e trattamento del rischio; catalogo che è confluito nelle Tabelle “Registro Rischi Specifici” allegate alla delibera 13/2015 (all. A) ed elaborate con riferimento a ciascuno degli ambiti territoriali (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini) di cui l’Azienda Usl della Romagna si compone.

Tale catalogo, che in questa sede si richiama integralmente con esplicito rimando alle tabelle su menzionate, viene ampliato aggiungendo n. 5 aree di rischio ulteriori, che sono state analizzate alla luce delle peculiarità/necessità dell’Ausl Romagna e in corrispondenza delle aree specifiche di rischio individuate nella determinazione Anac n. 12/2015. Rispetto a tali aree che sono state ritenute dall’Anac quali aree a rischio specifiche del settore sanità, rientrano comunque attività che, essendo state parzialmente mappate nel precedente PTPC e non avendo richiesto una nuova valutazione, si ritengono assorbite nel presente Piano (es. farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni).

Infine, per garantire una migliore calibratura degli eventi rischiosi e delle misure preventive, con il presente PTPC si assume l’impegno di procedere alla rivalutazione generale di tutti i processi a rischio già mappati nel suddetto catalogo una volta raggiunto il completamento/perfezionamento della procedura di riorganizzazione aziendale declinata nell’assetto varato nel mese di luglio del 2015 ed attuata (a livello macro) nel corso dell’ultimo trimestre del medesimo anno con la nomina di buona parte dei responsabili delle strutture complesse amministrative, tecniche, di staff e dei direttori dei dipartimenti sanitari.

### **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 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, l'analisi e la conseguente valutazione puntuale del "rischio corruzione" rispetto ai processi oggetto di aggiornamento è avvenuta, pur nel rispetto dell'allegato 5, attraverso la metodologia FMEA.

La metodologia FMEA (*Failure modes and effects analysis*), diffusamente utilizzata nel mondo aziendale e opportunamente adattata alla gestione del "rischio corruzione", consente di analizzare le modalità di guasto o di difetto di un processo, prodotto o sistema e le loro conseguenze; pertanto si presta senz'altro ad essere applicata all'analisi dei possibili casi di corruzione e ai loro effetti sui processi e sull'organizzazione dell'Azienda Usl della Romagna.

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

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

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

- 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.

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

## 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

Trattandosi di aree per le quali si era già provveduto ad indagare il livello di “rischio-corruzione”, pare più opportuno - ove non siano emersi, in seguito al monitoraggio, rischi residui – si rinvia l'aggiornamento della loro valutazione al completamento/stabilizzazione del processo di riorganizzazione.

Ciò nonostante, 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 12/2015), attraverso la somministrazione di questionari ai responsabili dei servizi volti a verificare lo stato esistente e (a partire da quest'ultimo) le esigenze riscontrate da ciascun servizio, vengono di seguito prospettate misure preventive scadenzate in particolar modo per l'area dei **“contratti pubblici”** e per l'area dei **“controlli ed ispezioni”**.

Infine, 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.

Infine, con la determinazione Anac n. 12/2015 che dà attuazione al Protocollo di intesa Anac-Agenas (Autorità 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

Ad eccezione dell'area c) – per la quale rispetto alla gestione e somministrazione dei farmaci in reparto o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio si è provveduto ad effettuare già lo scorso anno la relativa valutazione e si rinvia per i motivi su menzionati il relativo aggiornamento – le aree a,b,d sono state sottoposte ad un'attenta valutazione ed analisi del rischio; valutazione che ha portato all'individuazione di misure operative specifiche che saranno illustrate nella Sezione II della Parte Seconda del presente PTPC.

### 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 > 15 Rischio CRITICO**

**8 < R < 12 Rischio RILEVANTE**

**4 < 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 ha registrato:

- per la maggior parte dei processi analizzati lo scorso anno un valore di rischio inferiore a 4, salvo quelli relativi a «utilizzo di beni e risorse aziendale, erogazione prestazioni di assistenza protesica, progressioni di carriera verticali». Per ciascuno di tali processi si è svolto il monitoraggio sull'attuazione delle misure prospettate nel Piano di Trattamento del rischio (all. C deliberazione PTPC Ausl Romagna) che ha evidenziato come, pur essendo state attuate le misure prospettate nel PTPC varato lo scorso anno in riferimento all'utilizzo delle linee di telefonia (mobile e fissa) ed all'istituzione di un ufficio unico per la gestione delle procedure di selezione/progressione del personale, per i rallentamenti causati dal processo di riorganizzazione in atto si deve rinviare al 2016 tanto l'elaborazione di una policy sull'utilizzo dei sistemi informatici nella quale vengano specificate le relative modalità di controllo tanto l'adozione del regolamento unico sull'accesso ai beni di assistenza protesica;
- per la maggior parte dei processi analizzati quest'anno, attraverso la metodologia sopra descritta, il livello di rischio riscontrato è per lo più risultato medio. Pertanto per ogni processo che ha prodotto un valore di rischio pari o superiore a 4, sono state prospettate specifiche misure di prevenzione nella SEZIONE II del presente PTPC.

Infatti, nonostante la metodologia di analisi e valutazione del rischio proposta nell'allegato 5 al PNA (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.

La prospettazione di queste misure verrà poi ampliata nel 2016, in seguito al completamento dell'aggiornamento della mappatura dei processi in aderenza al nuovo assetto organizzativo 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. Il completamento dell'aggiornamento della mappatura dei processi sarà poi rendicontato attraverso la relativa pubblicazione nella sezione ALTRI CONTENUTI> ANTICORRUZIONE del sito web aziendale.

## PARTE SECONDA

### Misure per la prevenzione del rischio

Nella precedente stesura del PTPC le misure di prevenzione erano state individuate a partire dalla distinzione tra le due tipologie: 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 a cura dell'OAS aziendale 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 - nelle more dell'emanazione dei decreti attuativi della legge delega 124/2015 - delle prescrizioni contenute nel d.lgs. n. 33 del 2013, nella legge n. 190/2012, nel PNA e nelle altre fonti normative vigenti.

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 Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità. Il Programma, che viene esposto nella Parte Terza del presente Piano definisce 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”*

Sulla scorta dell'allegato 1 alla delibera 50/2013, delle FAQ-Anac sull'applicazione del d.lgs 33/2013 pubblicate sul sito dell'Autorità e dei relativi orientamenti è stato realizzato ed attivato dall'1/12/2015 il nuovo sito dell'amministrazione trasparente dell'Ausl Romagna, che è visitabile all'indirizzo <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>. Tale attivazione è avvenuta con la conseguente migrazione dei dati che si riferiscono all'Azienda Usl della Romagna e il mantenimento dei siti degli ex quattro ambiti (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini) quali siti-archivio. Il nuovo sito unico è stato, quindi, strutturato nel rispetto delle indicazioni contenute nell'all.to 2 alla delibera 50/2013 (c.d. Documento tecnico sui criteri di qualità della pubblicazione dei dati) e la sua attivazione è stata prontamente comunicata all'Organismo di Vigilanza del Sistema Sanitario Regionale, che ha accolto favorevolmente lo sforzo compiuto.

Al fine di migliorare 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), si prospetta poi entro la fine del primo semestre del 2016 una manutenzione evolutiva del sistema InterdelFX, per consentire la raccolta e l'esportazione automatica di alcuni item informativi previsti dal decreto sulla trasparenza, quali ad esempio: atti generali, provvedimenti ex art. 23 d.lgs. 33/2013, singoli procedimenti di autorizzazione o concessione, bandi di concorso, consulenti e collaboratori.

Il Responsabile Prevenzione Corruzione, in quanto Responsabile della Trasparenza, è tenuto a vigilare sul rispetto e l'operatività del Programma Triennale per la 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 PTTI, 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	RPC	Entro 31/01 di ogni anno	Pubblicazione PTTI (aggiornamento 2016-2018, ecc.)
Tutte	Tutti i processi aziendali coinvolti dagli obblighi di pubblicazione ex d.lgs 33/2013	Sito unico amministrazione trasparente Ausl Romagna, visitabile all'indirizzo <a href="https://amministrazionetrasparenze.auslromagna.it/">https://amministrazionetrasparenze.auslromagna.it/</a>	Accessibilità delle informazioni	1) Responsabili Dipartimenti, Servizi e Uffici 2) RPC/OAS aziendale	Attivo dall'1/12/2015	1) Pubblicazione dati previsti dal d.lgs. 33/2013 e indicati nel PTTI 2) <u>Audit interno a cura del RPC 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	Entro 30/06/2016	Flusso automatizzato dal programma di gestione deliberazioni/determinazioni per alcuni item informativi

Infine, per consentire ai Dirigenti/Responsabili dei Servizi/U.O. che in aderenza al nuovo assetto organizzativo sono interessati dagli obblighi di pubblicazione (così come precisati nella relativa sezione del PTTI), si prevede lo svolgimento di un ciclo di incontri per affrontare gli aspetti più controversi della normativa sulla trasparenza anche alla luce delle Linee Guida del Garante della Privacy ed allo scopo di aggiornare le relative competenze/conoscenze in materia in seguito alle modifiche che saranno apportate dai decreti attuativi della legge delega 124/2015. La programmazione di tali incontri sarà meglio dettagliata nel paragrafo n. 9 della sezione I sulle "misure generali" che è specificatamente dedicato alla formazione.

## 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 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 a quelle contenute nei codici disciplinari (art. 13 del C.C.N.L. del



19.4.2004 per il personale del comparto e artt. 8 dei CC.CC.NN.LL. del 6.5.2010 per le due aree dirigenziali del S.S.N.).

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

In ossequio alle linee guida Civit (deliberazione 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 precedente PTPC, 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.

**Le segnalazioni dei dipendenti sulle violazioni del suddetto codice devono avvenire secondo la specifica procedura indicata nel codice di comportamento c.d. *wistleblowing*, 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

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 RPC su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nel 2016 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) <b>Segnalazione tempestiva</b> al RPC <u>per ogni evento corruttivo riconducibile ad un</u>	Monitoraggi o sul rispetto dei Codici di Comportamento	UPD area comparto e UPD area dirigenza	1) Entro 30/09/2016 2) Tempestiva	Assenza/Presenza di denunce, condanne e procedimenti disciplinari significativi

		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 aziendali ed in particolare: attività di vigilanza ed attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero (vedi <i>infra</i> nelle misure specifiche)	Aggiornamento Codice di Comportamento Aziendale con disposizioni ad hoc collegate alla gestione del rischio	Adeguamento o disposizioni codicistiche alle aree a rischio di corruzione	UPD area comparto e area dirigenza con il supporto del RPC	Entro 30/09/2016	Deliberazione dell'aggiornamento o 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, 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 ma che in via transitoria trova applicazione attraverso il modulo pubblicato sul sito dell'Autorità e disponibile all'allegato 2 della suddetta determinazione.

**Allo scopo di dare riscontro alla richiesta di precisazione della procedura di *Whistleblowing* che è emersa a seguito della consultazione pubblica promossa per l'aggiornamento del PTPC, ne viene precisata la relativa procedura 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;
- 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 Dirigente Responsabile - Direttore del servizio/struttura di assegnazione;
- b) devono essere trasmesse dal Dirigente Responsabile/Direttore 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 ad una cerchia ristretta di soggetti, ossia:
  - 1) al Dirigente Responsabile/Direttore a cui è indirizzata la segnalazione;
  - 2) al R.P.C.;
  - 3) ai Presidenti dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari rispettivamente per l'area (comparto o dirigenza) di competenza.

- **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 RPC aziendale ad altri soggetti interessati per consentire loro le valutazioni del caso e/o le eventuali iniziative in merito da intraprendere.

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 RPC, 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 Usl 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).

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	1) Istituzione di casella di posta elettronica dedicata alla ricezione delle segnalazioni del dipendente secondo il modello di cui all'allegato 2 del Codice di Comportamento Aziendale; 2) implementazione di meccanismo di gestione informatizzata delle segnalazioni secondo determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015	Agevolare la presentazione e di segnalazioni	U.O. Governo sistemi informativi	Entro 31/12/2017	Attivazione casella di posta elettronica dedicata e realizzazione di 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 RPC 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.

#### 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 al Dipartimento della Funzione Pubblica 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 RPC 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. Inoltre, l'Anac, che ha assorbito buona parte delle funzioni in materia spettanti al Dipartimento della Funzione Pubblica, recentemente con la delibera n. 13 del 4.02.2015 si è riservata di dettare criteri per la rotazione "*anche prima dell'adozione del PNA 2015, al fine di orientare le pubbliche*

*amministrazioni nelle loro scelte in materia di rotazione del personale*"; criteri che ancora oggi non sono stati identificati sebbene l'aggiornamento adottato con la determina Anac 12/2015 collochi tale misura fra quelle principali per la prevenzione del rischio.

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, nelle more della definizione di criteri generali in materia da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica e/o dell'Anac è intenzionata ad applicare la rotazione del personale e perciò detta i relativi criteri 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 l'11 settembre 2013 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 recupera la misura della rotazione al solo 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 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 seguito alla riorganizzazione, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, la rotazione delle figure dirigenziali è già avvenuta con la nomina dei nuovi Direttori delle Unità Operative Complesse di Area Amministrativa e Tecnica e 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.

A fine incarico la procedura aziendale di verifica e valutazione dovrà essere integrata in modo tale da prevedere che, nel corso della valutazione di prima istanza, il Dirigente/Direttore suo diretto responsabile si esprimerà anche 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 RPC.

- **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 del personale/convenzionati esterni:**
  - rotazione tra gli addetti all'inserimento e all'elaborazione dei dati da cui conseguono le variazioni stipendiali per il personale dipendente.
  - 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 definirà una procedura aziendale comune.

Infine, nelle more della sua definizione, 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.

Le misure operative di prevenzione relative alla rotazione del personale per le aree a rischio medio-alto 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	I processi aziendali con livelli di rischio medio-alto	Integrazione della procedura aziendale di valutazione rispetto alle aree a rischio medio-alto del giudizio sulla necessità/opportunità della rotazione, fermi restando i limiti sopra menzionati	Adeguamento o sistema valutazione aziendale	U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	Entro 31/12/2016	Inserimento criterio della rotazione nella procedura di valutazione svolta a fine incarico
Tutte	I processi aziendali con livello di rischio $\geq 4$	1) Previsione di modalità organizzative a livello di singolo servizio in linea con le indicazioni sopra esplicitate 2) Rendicontazione sullo stato di attuazione di 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. Acquisti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)	1) Entro 31/10/2016 2) Entro 30/11/2016	Relazione infrannuale dei Referenti Aziendali al RPC 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	Definizione modalità operative rotazione veterinari	Applicazione criteri di rotazione previsti dal PTPC	Dipartimento Sanità Pubblica	Entro 31/03/2016	Comunicazione al RPC dell'avvenuta rotazione con definizione di modalità, tempistiche, numero operatori interessati ed ambiti territoriali di applicazione di

## 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 di quest’anno della formazione di base diffusa attraverso il canale delle FAD (Formazione a distanza) e della giornata formativa in aula destinata a fine ottobre ai Direttori dei Dipartimenti Sanitari ed ai Responsabili delle Direzioni Infermieristiche e Tecniche, con il presente Piano si prospetta nell’arco del triennio di programmazione 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 che saranno 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 RPC 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 RPC 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 da febbraio di quest’anno ed accessibile on line sulla piattaforma <http://www.e-romagna.it> al fine di ridimensionare le problematiche legate ad estensione territoriale e consistenza numerica (quasi 15.000) dei dipendenti dell’Ausl Romagna. Inoltre, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione partecipa ad importanti momenti di confronto con RPC di altre aziende sanitarie attraverso incontri quali la giornata del 16 dicembre 2015 “Misuriamo le Misure di prevenzione della Corruzione” nonché i tavoli di confronto promossi dalla Regione Emilia Romagna tra RPC dell’Area Vasta Emilia Nord (AVEN), dell’Area Vasta Emilia Centro (AVEC), dell’Azienda UsI della Romagna ed ArpaE.



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 RPC 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 RPC 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 30/11/2016	Coordinamento strumento programmazione e verifica eventi formativi svolti

## 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 sussistono 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 dovrà sottoscrivere dichiarazione, che sarà raccolta e valutata dalla U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, quale misura della prevenzione di situazioni di conflitto di interessi da implementare non oltre il primo semestre 2016; misura la cui attuazione verrà verificata dal RPC.

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. ove non sia stata già introdotta (quali ad esempio U.O. Programmazione Beni e Servizi e U.O. Acquisti Aziendali), adotteranno 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 alle esigenze dell'Ausl Romagna, a cura del RPC e con la collaborazione dei Servizi *ratione materiae* interessati, entro il primo trimestre 2016 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 e con la modulistica che sarà adottata in allegato al Regolamento Unico dell'Ausl Romagna per la disciplina degli incarichi extra-istituzionali svolti dal personale dipendente.

Le misure operative di prevenzione che riguardano il conflitto di interessi sono

Area a rischio	Processo o aggregazione 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	Modulistica per acquisizione dichiarazione ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013	Valutazione assenza conflitto interessi	U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Entro 30/06/2016	Verifica da parte del RPC circa l'adozione di tale modulistica
Area B - Contratti Pubblici	Progettazione della gara	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 31/03/2016	Adozione modulistica e verifica da parte del RPC
Tutte	Tutti	Adattamento modulistica Agenas	Rafforzare la trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti operanti nell'Ausl Romagna	RPC con il supporto dei Servizi/UU.OO. interessati	Entro 31/05/2016	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 valgono 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 inconfiribilità/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 inconfiribilità/incompatibilità la suddetta U.O. dovrà provvedere a comunicare tempestivamente al Responsabile per la prevenzione della corruzione, 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/inconfiribilità dovranno essere comunicate dall'U.O. Gestione Giuridica del Personale al RPC 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 nei Regolamenti ancora vigenti presso gli ambiti territoriali delle ex quattro pre-esistenti Aziende (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini).

**Non è comunque consentito l'esercizio dell'attività libero professionale sanitaria, ancorchè 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, entro il mese di febbraio del 2016 verrà 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 UsI della Romagna che definirà una procedura unica. In questo modo verrà uniformata la disciplina aziendale in materia, anche attraverso la predisposizione di apposita modulistica per la trasmissione dell'istanza di autorizzazione e/o di mera comunicazione. Inoltre, resta fermo l'obbligo di comunicare al RPC 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 RPC di fine anno.

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

<b>Area a rischio</b>	<b>Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione</b>	<b>Misure di prevenzione</b>	<b>Obiettivi</b>	<b>Soggetto Responsabile</b>	<b>Tempistica</b>	<b>Indicatori/ monitoraggio</b>
Provvedimenti ampliati vi della sfera giuridica a dei destinatari con effetto economico diretto	Autorizzazione e allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali	Elaborazione ed adozione di regolamento unico	Uniformare il procedimento o aziendale per il rilascio dell'autorizzazione	U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Entro il 30/04/2016	Adozione Regolamento
Provvedimenti ampliati vi della sfera giuridica a dei destinatari con effetto economico diretto	Autorizzazione e allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali	- Report al RPC 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 triennio di programmazione verrà adottato 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 pare opportuno che, oltre ai contratti di assunzione del personale, l'U.O. Gestione Giuridica delle Risorse Umane consegna ai dipendenti dimissionari apposita informativa (secondo il fac-simile sotto riportato), con contestuale sottoscrizione di dichiarazione in calce circa l'avvenuta consegna della stessa, così da rendere edotto ciascun dipendente circa la portata del divieto in esame.

**INFORMATIVA EX ART. 53, COMMA 16 TER, D.LGS. N. 165/2001**

L'AUSL della Romagna, con la presente nota intende informare i propri dipendenti in merito alla portata del divieto di cui all'art. 53, co. ter del d.lgs. 165/2001, 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. Inoltre, con la presente si avverte che ove il divieto fosse violato l'Azienda potrà agire in giudizio per ottenere il risarcimento dei danni.

A conferma della consegna di tale informativa

IO SOTTOSCRITTO \_\_\_\_\_ DIPENDENTE DELL'ASL DELLA PROVINCIA DI CREMONA CON LA QUALIFICA DI \_\_\_\_\_, DIMISSIONARIO A FAR DATA DA \_\_\_\_\_ DICHIARO DI AVER RICEVUTO COPIA DELL'INFORMATIVA DI CUI SOPRA IN DATA ODIERNA.

LUOGO E DATA \_\_\_\_\_ (firma)

(\*) Si riporta integralmente il testo dell'art. 53, comma 16 ter, del D.Lgs. n. 165/2001: *16-ter. 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 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 RPC circa stipula di tale protocollo
Tutte	Tutti	Nota informativa <i>revolving doors</i>	Attuazione d.lgs 165/2001	U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Entro 30/06/2016	Consegna scheda informativa d ogni dipendente dimissionario e/o nell'imminenza della dimissione

## 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'espreso 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 che sono state promosse dall'Ausl Romagna spicca l'organizzazione, per il 19.01.2016, della “Giornata della trasparenza” 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 sulle tematiche della trasparenza e della prevenzione della corruzione che 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.

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 che possono favorire il miglioramento continuo dell'organizzazione ed attraverso la promozione da parte di tale U.O. (di staff al D.G.) di soluzioni organizzative e/o canali dedicati per veicolare segnalazioni da parte della società civile 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 luglio di ogni anno una relazione in merito alle iniziative programmate e/o realizzate nonché all'attivazione di procedura per la raccolta di 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 nel caso in cui sia stata attivata procedura di raccolta di tali segnalazioni:

- a) numero di segnalazioni ricevute;
- b) oggetto delle segnalazioni.

3) **collaborazione/coinvolgimento attivo** del pubblico mediante iniziative quali la pubblicazione via web di invito a presentare dal 20 novembre al 10 dicembre di ciascun anno proposte e suggerimenti all’indirizzo email [pec.auslrn@legalmail.it](mailto:pec.auslrn@legalmail.it) per promuovere integrazioni/correzioni del PTPC e del PTTI 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 2016 a cura del RPC.

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

Misure operative legate alle azioni di sensibilizzazione della società civile

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	<b>Report</b> da trasmettere al RPC in merito alle iniziative programmate e/o realizzate (procedura, canali dedicati) per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi con precisazione del numero di segnalazioni ricevute e il loro oggetto	Consultazioni e ed ascolto della società civile al fine di incentivare la diffusione di buone prassi	U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali	Entro 31/07/2016	Attivazione di procedura/canali dedicati per veicolare fatti corruttivi inerenti dipendenti/collaboratori dell’Ausl Romagna e report su numero e oggetto delle segnalazioni a favore del RPC
Tutte	Tutti i processi aziendali	<b>Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche</b> ai fini dell’aggiornamento del PTPC	Collaborazione/coinvolgimento attivo	RPC	Dal 20/11/2016 al 10/12/2016	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 di recente 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 (società in house) 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 RPC 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 RPC e Responsabili della Trasparenza 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 dovranno integrare a tale sistema organizzativo 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 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 RPC 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	RPC	Entro 30/06/2016	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 sarà messo in campo nel 2016 e/o al termine del processo di riorganizzazione aziendale, attraverso la definizione di modalità operative, un sistema di audit che consentirà anche mediante procedure informatizzate (ove possibile) un controllo automatizzato sulle misure di prevenzione prospettate nel presente PTPC.

Nelle more che possa strutturarsi tale sistema il RPC 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 di quanto previsto dalla legge di stabilità 2016 e nell'attesa che vengano comunque definite le modalità per ottemperare all'obbligo ulteriore introdotto dal co. 522, il RPC 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.

Infine, quale indicatore della qualità dei procedimenti amministrativi pubblicati nella relativa sezione del sito dell'amministrazione trasparente, in considerazione di quanto stabilito dalla Regione Emilia Romagna con determinazione n. 19112 del 29/12/2014, si procede al monitoraggio e alla relativa pubblicazione sul sito aziendale secondo le modalità sotto specificate:

- la rilevazione sul rispetto dei tempi procedurali ha cadenza semestrale, riguardando i procedimenti che devono concludersi entro il 31/12 (II semestre) ed entro il 30/06 (I semestre) di ogni anno;
- per il monitoraggio relativo al primo semestre di ogni anno la fase di valutazione dei dati deve concludersi entro il mese di settembre, mentre per la rilevazione riferita al secondo semestre deve concludersi entro il mese di marzo dell'anno successivo;
- il prospetto del monitoraggio dei tempi procedurali dovrà essere poi pubblicato entro il 15/10 di ogni anno per la rilevazione riferita al primo semestre ed entro il 15/04 per la rilevazione riferita al secondo semestre;
- per i procedimenti conclusi in ritardo dovranno essere comunque evidenziate su apposito prospetto del sito le problematiche e le motivazioni giustificative del ritardo nonché i correttivi adottati per il miglioramento ed il tutto dovrà essere trasmesso al RPC per opportuna conoscenza.

**In via transitoria per il 2016 si definiranno tempistiche *ad hoc* per consentire la pubblicazione del monitoraggio, in seguito alla mappatura dei procedimenti che verrà svolta da ciascuna U.O./Servizio interessato una volta concluso il processo di riorganizzazione in atto.**

Da ultimo pare opportuno segnalare che, prendendo a riferimento il Rapporto Anac sulla qualità dei PTPC, sarebbe opportuno che il monitoraggio sullo stato di attuazione del Piano fosse svolto in concomitanza con quello sullo stato di attuazione degli obiettivi previsti dal Piano della Performance.

## **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, ad integrazione della mappatura svolta nel 2014, sono stati analizzati nell'ambito delle seguenti aree:

- A. Contratti pubblici
- B. Controlli, verifiche, ispezioni, controlli (vedi schede di programmazione, par. 4)
- C. Attività libero professionale
- D. Rapporti contrattuali con privati accreditati
- E. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero

## 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 (all. A del PTPC previgente) che sarà aggiornata al completamento della riorganizzazione in atto, delle misure suggerite dall'Anac con la determinazione 12/2015 nonché delle valutazioni svolte attraverso i questionari somministrati alle strutture interessate circa la necessità/opportunità di una loro introduzione, con riferimento al ciclo dei contratti pubblici rispettivamente per ciascun gruppo interessato si prospetta l'introduzione delle sotto indicate misure operative specifiche per prevenire il fenomeno della corruzione.

## A. 1 Acquisto di beni e servizi

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggi o/ 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 RPC 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	Adeguato flusso informativo
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 acquisti attraverso i modelli di dichiarazioni elaborati da Agenas	Marzo 2016	UU.OO. Programmazione Beni e Servizi/ Acquisti Aziendali con il supporto del RPC	Adozione modulistica
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 delle 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	Presenza Procedure

## A. 2 Lavori Pubblici

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione della gara	Mancata predisposizione strumenti di programmazione per acquisti di beni e servizi	Definizione di fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/efficacia/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	Previsione nel regolamento da adottare per gli acquisti in economia di prescrizioni che limitano il ricorso al criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (OEPV)	Entro Dicembre 2017	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Adozione Regolamento e conteggio degli affidamenti fatti con OEPV nell'anno successivo all'adozione del regolamento
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	Circolare interna che prevede obbligo di pubblicazione per procedure negoziate senza previa pubblicazione del bando (ex art. 79 bis d.lgs. 163/2006)	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Confronto numero affidamenti diretti (ecc.) senza previa pubblicazione del bando e pubblicazioni avvenute di tali affidamenti
Verifica dell'aggiudicazione 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	Circolare interna che disponga la collegialità nella verifica dei requisiti anche nel rispetto del principio di rotazione	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Adozione circolare con segnalazione di anomala frequenza di un soggetto aggiudicatario nell'arco di un



						biennio
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	Circolare interna per la previsione di adeguati strumenti di verifica del corretto assolvimento dell'obbligo di trasmissione all'Anac delle varianti	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
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
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
Rendicontazione del contratto	Alterazioni o omissioni nell'attività di rendicontazione	-	Implementazione di un sistema di reportistica annuale in favore degli uffici di controllo interno di gestione sulle procedure negoziate/affidamenti diretti e in generale sulle procedure di gara espletate con previsione di eventuale pubblicazione	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Verifica pubblicazione report e/o loro stesura
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	Entro Dicembre 2016	UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti	Verifica rotazione collaudatori

### C) 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 scorso 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 in questa prima fase di riorganizzazione 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.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggi o/ 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 2) Marcatore causalizzata per la rilevazione oraria dell'attività libero professionale (salvo	1) Entro settembre 2016 2) da gennaio 2016	1) U.O. Libera Professione 2) U.O. Governo	1) Adozione Regolamento 2) Avvio sistema di

			ambito di Forlì presso il quale tale strumento è già in uso)		sistemi informativi	marcatura causalizzata
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
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

#### D) 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 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 neo istituita 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.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggi o/ 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
Determinazione del fabbisogno	Eccessiva discrezionalità nella determinazione del fabbisogno relativamente a modalità, tipologie, tempistiche delle prestazioni di degenza ed ambulatoriali da reperire presso le strutture sanitarie accreditate	Stipula di contratti di degenza e prestazioni ambulatoriali con strutture sanitarie private accreditate senza la necessaria valutazione del fabbisogno esistente con cattiva gestione delle risorse pubbliche	Sistema di reportistica/Procedura interna	Entro fine 2016	U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni/Direttori UU.OO. responsabili della committenza sanitaria	Implementazione sistema reportistica ed adozione procedura
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 di questionari a campione agli utenti che hanno usufruito delle prestazioni sanitarie da parte della struttura	Entro fine 2016	Tutti gli attori del processo (Responsabili sanitari funzione committenza/ Nac/U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni)	Adozione regolamento
Controlli	Mancato o parziale/inadeguato svolgimento delle attività	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	1) Procedura aziendale (condivisa anche per gli aspetti amministrativi) 2) Rotazione operatori addetti ai controlli	Entro aprile 2016	Nucleo Attività Controlli/U.O.	Adozione procedura aziendale

	di controllo sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione		(NAC)		Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni	
--	--	--	-------	--	---	--

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

In riferimento alle attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero l'Azienda Usl Romagna è connotata da una certa disomogeneità che si riflette nel fatto che la valutazione del rischio è stata svolta 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 è emerso un rischio medio, vengono prospettate le seguenti misure

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggi o/ 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	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	Approvazioni e modifiche

	cambio di utili personali					
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	Approvazioni e modifiche
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	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Modifiche al codice di comportamento con regole ad hoc per questa particolare categoria di operatori</li> <li>2) Patti di integrità con agenzia onoranze funebri</li> </ol>	Entro primo semestre 2016	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) UPD con il supporto del RPC</li> <li>2) Direzione sanitaria - Direzione infermieristica con il supporto di RPC</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) modifiche al Codice di Comportamento</li> <li>2) Adozione patti di integrità</li> </ol>

## PARTE TERZA

### Programma triennale per la trasparenza e l'integrità

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 viene configurata dalla legge 190/2012 quale "livello essenziale" delle prestazioni, che devono essere garantite su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, co. 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 Trasparenza e la U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali, il sito unico dell'amministrazione trasparente, che è visitabile all'indirizzo <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>.

Pertanto, quest'ultima parte offre l'opportunità di chiarire – anche rispetto al nuovo assetto organizzativo – in che modo gli obblighi di trasparenza, già declinati al par. 1, Sezione I, della Parte Seconda trovino effettiva attuazione nel contenitore del sito unico dell'amministrazione trasparente dell'Ausl Romagna.

#### 1. La qualità del dato da pubblicare

Con riferimento alle informazioni diffuse attraverso il sito istituzionale deve essere non solo garantita la quantità ma anche la **qualità**, in quanto la pubblicazione dei dati previsti dal 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, ciascuna Unità Operativa in capo alla quale sussistono gli obblighi di pubblicazione (così come declinati nella griglia di cui al par. ) - deve impegnarsi nella raccolta, elaborazione e pubblicazione (in forma chiara e corretta) dei dati prescritti dalla legge; procedendo, altresì, ad un costante e tempestivo aggiornamento dei dati resi pubblici.

Difatti, un dato non aggiornato o non fedele all'originale equivarrebbe all'omessa pubblicazione e comporterebbe l'applicazione delle sanzioni previste dall'art. 47 del d.lgs 33/2013.

Relativamente alla tempistica dell'aggiornamento devono essere rispettati i seguenti passaggi:

- 1) è necessario che per ciascun dato, o categoria di dati, sia indicata la data di pubblicazione e, conseguentemente, di aggiornamento, nonché l'arco temporale cui lo stesso dato, o categoria di dati, si riferisce;
- 2) con il termine «**aggiornamento**» non si deve intendere necessariamente la modifica del dato, essendo talvolta sufficiente un controllo dell'attualità delle informazioni pubblicate, anche a tutela di eventuali interessi individuali coinvolti;
- 3) laddove la norma non stabilisca la frequenza dell'aggiornamento, ai sensi dell'art. 8 del d.lgs 33/2013 quest'ultimo deve intendersi come «aggiornamento tempestivo», ossia nel rispetto di quanto sopra affermato deve avvenire nell'immediatezza della produzione del dato.

Per quanto attiene alla durata dell'obbligo di pubblicazione, fermo restando i diversi termini previsti rispettivamente dagli art. 14, co. 2, e 15, co. 4, del d.lgs 33/2013 vale quanto affermato dall'art. 8, co. 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, a partire 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.

Dunque, la semplice pubblicazione sul sito internet istituzionale di quanto stabilito dal decreto trasparenza e precisato dall'allegato 1 alla delibera n. 50 del 4.07/2013 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 della sezione I Parte Seconda del presente Piano 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.

## **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 i c.d. "*i limiti alla trasparenza*", dettati *in primis* dall'art. 4 del d.lgs 33/2013. Questa norma stabilisce, infatti, il necessario temperamento 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.

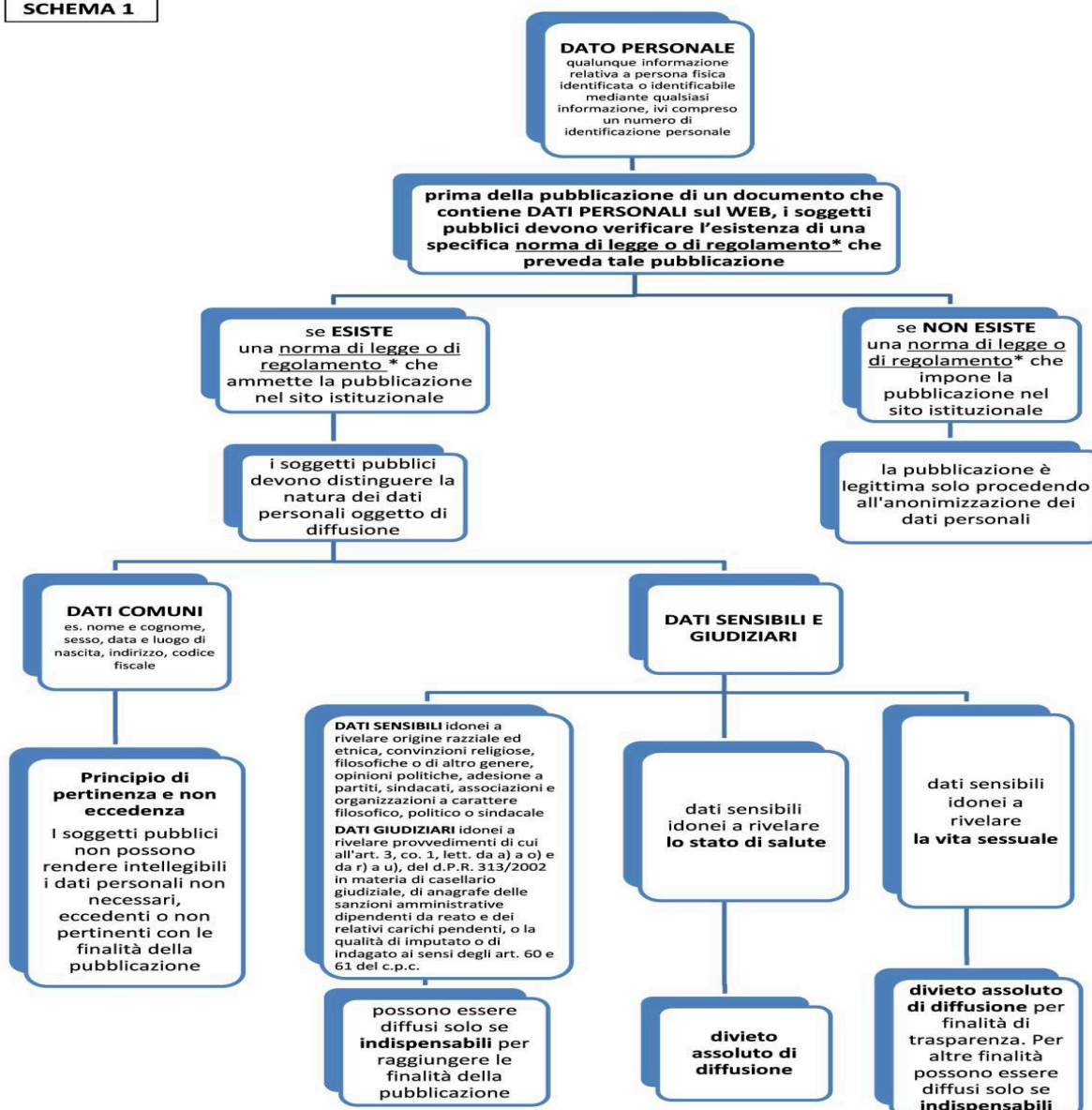
In tal senso, al fine di agevolare le Pubbliche Amministrazioni nel temperamento delle esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché con la dignità personale, il Garante della Privacy è intervenuto con le "*Linee guida in materia di trattamento di dati personali, 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 PTTI e quelli del Piano della performance;
- c) l'Anac che esercita poteri ispettivi e controlla i responsabili della 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 trasparenza, nonostante figuri tra i soggetti cui sono stati affidati compiti di vigilanza, è sua volta destinatario del sistema di responsabilità e delle relative sanzioni previsti 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 Trasparenza ma gli stessi dirigenti tenuti a fornire i dati e a procedere alla relativa pubblicazione.

Nella specie il Responsabile della Trasparenza, nel caso di violazione degli obblighi stabiliti dalla normativa (come la mancata predisposizione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità o l'inadempimento degli obblighi di pubblicazione), 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 nel 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.

Al riguardo vale la pena richiamare la tabella esemplificativa delle sanzioni individuate dal d.lgs 33/2013 in corrispondenza degli inadempimenti agli specifici obblighi di pubblicazione ivi previsti che è stata prodotta dal Dipartimento della Funzione Pubblica e che è consultabile al seguente indirizzo:

[www.funzionepubblica.gov.it/lazione-del-ministro/decreto-legislativo-trasparenza/trasparenza-adempimenti-attuazione-e-sanzioni.aspx](http://www.funzionepubblica.gov.it/lazione-del-ministro/decreto-legislativo-trasparenza/trasparenza-adempimenti-attuazione-e-sanzioni.aspx)

Con riferimento, invece, al sistema di monitoraggio si prevede che nel triennio di programmazione, a cura del Responsabile della 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.

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

#### 4. La griglia degli obblighi di pubblicazione dell'Ausl Romagna

Denominazione sottosezione 1° e 2° livello - specificazione obblighi che trovano applicazione per le Aziende del SSN	Codice modulo abilitazione operatore	Norma di riferimento	Tempistica dell'aggiornamento	Responsabile della pubblicazione
<b>A. DISPOSIZIONI GENERALI</b> Programma per la Trasparenza e l'Integrità	A.01	Art. 10, co. 8, lett. a), d.lgs. 33/2013	<b>Annuale</b>	RESPONSABILE TRASPARENZA
<b>A. DISPOSIZIONI GENERALI</b> Attestazioni OIV o struttura analoga	A.02	Art. 14 co. 4, lett. g) D.gs. n. 150/09	<b>Annuale</b> e in relazione alle Delibere Anac	RESPONSABILE TRASPARENZA, in seguito alla trasmissione dell'attestazione da parte dell'OIV regionale
<b>A. DISPOSIZIONI GENERALI</b> Atti Generali - <u>Riferimenti normativi su organizzazione e attività</u>	A.03	Art. 12, co. 1, d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI
<b>A. DISPOSIZIONI GENERALI</b> 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;	<b>Tempestivo</b>	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI e ALTRE U.O. INTERESSATE
<b>A. DISPOSIZIONI GENERALI</b> 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	<b>Tempestivo</b>	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI, in seguito alla redazione del Codice disciplinare e del Codice di condotta da parte dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD)
<b>A. DISPOSIZIONI GENERALI</b> Scadenziario obblighi amministrativi	A.04	Art. 12, co. 1 bis d.lgs. n. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	Link al Dipartimento della Funzione pubblica

<p><b>B. ORGANIZZAZIONE</b> Articolazione degli uffici (articolazione degli uffici e organigramma)</p>	B.04	Art. 13, co. 1 lett. b) e c) d.lgs. n. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE, con il supporto della U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE per quanto concerne la sezione dell'Organigramma relativa a " <u>Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale e nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici</u> "
<p><b>B. ORGANIZZAZIONE</b> Telefono e posta elettronica</p>	B.05	Art. 13, co. 1, lett.d) d.lgs. n. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. SVILUPPO SISTEMI RELAZIONALI con il supporto U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI per quanto riguarda gli indirizzi di posta elettronica certificata (PEC)
<p><b>C. CONSULENTE E COLLABORATORI</b></p>	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	<p><b>Tempestivo</b> - I dati indicati da tale norma devono essere pubblicati entro <u>3 mesi dal conferimento dell'incarico e per i tre anni successivi alla sua cessazione.</u> La pubblicazione dei dati è <u>condizione per l'acquisizione dell'efficacia dell'atto e per la liquidazione dei relativi compensi.</u> Il co. 3 prevede una <u>sanzione specifica in capo al dirigente che l'ha disposto</u> per omessa pubblicazione dei dati richiesti dalla norma</p>	<p>U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE/U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI per il conferimento di incarichi ai legali/U.O. ASSICURAZIONI E CONTENZIOSO ASSICURATIVO per il conferimento di incarichi ai legali del settore assicurativo /U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE per il conferimento di incarichi di docenza/ogni altra U.O. INTERESSATA ove provveda a conferire incarichi di consulenza e collaborazione*</p>

<p><b>D. PERSONALE</b> 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 di una delle cause di incompatibilità e inconfiribilità)</p>	D.01	Art. 41, co. 3, Art 15, co. 1 lett. c),b) e d) e co. 2, d.lgs. n. 33/2013 e art. 20, co. 3, dlgs 39/2013	<b>Tempestivo</b> per tutti gli <u>obblighi</u> ivi previsti, ma <b>annuale</b> per la <u>dichiarazione di incompatibilità</u> ex art. 20, co. 2, d.lgs. 39/2013	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI con il supporto della U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE per la parte relativa ai compensi
<p><b>D. PERSONALE</b> Dirigenti (cv, compensi, dati relativi allo svolgimento di incarichi o titolarità cariche in enti di diritto privato, dichiarazione insussistenza cause inconfiribilità e incompatibilità incarico).</p>	D.02	Art. 15 co. 1 d.lgs. 33/2013 per i dirigenti dei ruoli professionali, tecnico e amministrativo e l'art. 41, co. 3, dlgs 33/2013 per i dirigenti sanitari	<b>Tempestivo</b> per tutti i <u>dati ad eccezione del cv</u> , la cui modifica può avvenire quando il dirigente lo ritenga opportuno attraverso il ribaltamento del dato caricato sulla intranet aziendale, nel rispetto dell'art. 7, co. 3, d.lgs 196/2003 - <b>Annuale</b> per la <u>dichiarazione di incompatibilità</u> , ex art. 20, co. 2, d.lgs. 39/2013	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE con il supporto della U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE relativamente ai compensi.
<p><b>D. PERSONALE</b> Posizioni Organizzative (solo cv)</p>	D.03	Art. 10, co. 8, lett.d) d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	Caricamento del cv da parte della singola P.O. sulla intranet aziendale con il controllo della U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE
<p><b>D. PERSONALE</b> Dotazione Organica (conto annuale personale e costo personale a tempo indeterminato)</p>	D.04	Art. 16, co. 1 e 2, d.lgs 33/2013	<b>Annuale</b>	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE
<p><b>D. PERSONALE</b> Personale non a tempo indeterminato - <u>Elenco titolari</u></p>	D.05.01	Art. 17, co. 1, d.lgs. 33/2013	<b>Annuale</b>	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE
<p><b>D. PERSONALE</b> Personale non a tempo indeterminato - <u>Costo articolato per aree professionali</u></p>	D.05.02	Art. 17, co. 2, d.lgs. 33/2013	<b>Trimestrale</b>	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE

<b>D. PERSONALE</b> Tassi di assenza	D.06	Art. 16, co. 3, d.lgs 33/2013	<b>Trimestrale</b>	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE
<b>D. PERSONALE</b> Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti	D.07	Art. 18 d.lgs 33/2013 e 53, co. 14, d.lgs 165/2001	<b>Tempestivo</b>	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI
<b>D. PERSONALE</b> Contrattazione Collettiva	D.08	Art. 21, co. 1, d.lgs 33/2013 e 47, co. 8 d.lgs 165 2001	<b>Tempestivo</b>	U.O. RELAZIONI SINDACALI
<b>D. PERSONALE</b> Contrattazione Integrativa	D.09	Art. 21, co. 2, d.lgs 33/2013 e 55, co. 4 d.lgs 150 2009	<b>Tempestivo</b>	U.O. RELAZIONI SINDACALI
<b>D. PERSONALE</b> 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	<b>Tempestivo</b>	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI
<b>E. BANDI DI CONCORSO</b> (elenco bandi in corso e bandi espletati)	E.00	Art. 19, co. 1 e 2, e 23, co. 1 e 2, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. GESTIONE GIURIDICA RISORSE UMANE
<b>F. PERFORMANCE</b> Sistema di misurazione e valutazione della performance	F.01	Art. 1 delibera CIVIT 104/2010	<b>Tempestivo</b>	U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE con il supporto della U.O. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
<b>F. PERFORMANCE</b> Piano della Performance	F.02	Art. 10, co. 8, lett. B), d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE con il supporto della U.O. PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE

<b>F. PERFORMANCE</b> Relazione sulla Performance	F.03	Art. 10, co. 8, lett. b), d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. SVILUPPO ORGANIZZATIVO, FORMAZIONE E VALUTAZIONE con il supporto della U.O. PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE
<b>F. PERFORMANCE</b> Ammontare complessivo dei premi	F.06	Art. 20, co. 1, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE
<b>F. PERFORMANCE</b> Dati relativi ai premi	F.07	Art. 20, co. 2, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. GESTIONE ECONOMICA RISORSE UMANE
<b>F. PERFORMANCE</b> Benessere organizzativo	F.08	Art. 20, co. 3, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. SISTEMI PER LA SALUTE E LA SICUREZZA DEI LAVORATORI
<b>G. ENTI CONTROLLATI</b> Enti pubblici vigilati	Ad oggi l'AUSL della Romagna non esercita alcuna vigilanza su Enti pubblici			
<b>G. ENTI CONTROLLATI</b> Società partecipate	G.02	Art. 22, co. 2, d.lgs 33/2013	<b>Annuale</b>	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI
<b>G. ENTI CONTROLLATI</b> Enti di diritto privato controllati	Ad oggi l'AUSL della Romagna non esercita alcun controllo su Enti di diritto privato			
<b>G. ENTI CONTROLLATI</b> Rappresentazione grafica	G.04	Art, 22, co. 1, d.lgs 33/2013	<b>Annuale</b>	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI
<b>H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b> Dati aggregati attività amministrativa	L'AUSL della Romagna non provvede alla pubblicazione in quanto trattasi di obbligo che secondo l'Anac sussiste qualora siano in vigore disposizioni normative che prevedano in capo alle amministrazioni l'obbligo di organizzare l'attività a fini statistici.			
<b>H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b> 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)	H.02.01	Art. 35, co. 1, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	SINGOLE STRUTTURE INTERESSATE. Per stabilire la tipologia dei procedimenti amministrativi oggetto di pubblicazione si rinvia alla mappatura dei procedimenti aziendali ex l. 241/1990, come modificata dalla l. 69/2009 e dall'art. 54 del d.lgs. 82/2005

<p><b>H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>  Tipologie di procedimento - <u>Singoli procedimenti di autorizzazione e concessione</u></p>	H.02.02	Art. 23, co. 1, d.lgs. 33/2013 e art. 1, co. 15 e 16, l. 190/2012	<b>Tempestivo</b>	CIASCUNA U.O. PROPONENTE attraverso applicativo del programma per la pubblicazione delle Deliberazioni/Determinazioni sull'albo, che consentirà di ribaltare immediatamente il dato pubblicato anche sul sito dell'amministrazione trasparente limitatamente agli obblighi ivi previsti
<p><b>H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>  Monitoraggio tempi procedimentali</p>	H.03	Art. 24, co. 2, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo, secondo la periodicità stabilita al par. 13 della PARTE SECONDA</b>	SINGOLE STRUTTURE INTERESSATE relativamente alla tipologia dei procedimenti pubblicati con il coordinamento del RESPONSABILE TRASPARENZA
<p><b>H. ATTIVITA' E PROCEDIMENTI</b>  Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati</p>	H.04	Art. 35, co. 3, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O.AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI con il supporto delle strutture competenti
<p><b>I. PROVVEDIMENTI</b>  Provvedimenti organi di indirizzo politico</p>	I.01	Art. 23, co. 1 e 2, d.lgs 33/2013	<b>Semestrale.</b> Fermo restando le categorie individuate dalla norma richiamata, con riferimento alla categoria degli accordi stipulati con altre PP.AA e privati si precisa che vi rientrano gli accordi sostitutivi e integrativi ex art. 11 e 15 l. 241 /1990, ed ogni tipologia di accordo/convenzione con soggetti privati e PA, ad esclusione degli accordi con strutture private accreditate, da pubblicarsi nella relativa sezione	CIASCUNA U.O. PROPONENTE e, <u>dopo che sarà avvenuta l'automatizzazione del flusso attraverso intervento evolutivo sul sistema di gestione delle Deliberazioni e Determinazioni (Pag. 23-24 PTPC)</u> , 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



<p><b>I. PROVVEDIMENTI</b> Provvedimenti dirigenti amministrativi</p>	<p>I.02</p>	<p>Art. 23, co. 1 e 2, d.lgs 33/2013. Fermo restando le categorie individuate dalla norma richiamata, con riferimento alla categoria degli accordi stipulati con altre PP.AA e privati vi rientrano gli accordi sostitutivi e integrativi ex art. 11 e 15 l. 241 /1990, ed ogni tipologia di accordo/convenzione con soggetti privati e PA, ad esclusione degli accordi con strutture private accreditate da pubblicarsi nella relativa sezione.</p>	<p><b>Semestrale.</b> Stessa precisazione di cui al punto precedente con riferimento al contenuto degli accordi.</p>	<p>CIASCUNA U.O. PROPONENTE e, <u>dopo che sarà avvenuta l'automatizzazione del flusso attraverso intervento evolutivo sul sistema di gestione delle Deliberazioni e Determinazioni (Pag. 23-24 PTPC)</u>, 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</p>
<p><b>J. CONTROLLI SULLE IMPRESE</b> Controlli sulle imprese</p>	<p>J.00</p>	<p>Art. 25 d.lgs 33/2013</p>	<p><b>Tempestivo</b> - Dati da pubblicare, in modo dettagliato e comprensibile, sul proprio sito istituzionale e sul sito <a href="http://www.impresainungiorno.gov.it">www.impresainungiorno.gov.it</a>.</p>	<p>DIPARTIMENTO SANITÀ PUBBLICA</p>

<b>K. BANDI DI GARA E CONTRATTI</b>	K.00	Art. 37, commi 1 e 2, d.lgs. 33/2013 e obblighi pubblicazione di cui al d.lgs 163/2006	<b>Pubblicazione degli obblighi previsti dal d.lgs 163/2006, secondo le modalità e le specifiche ivi stabilite - Pubblicazione, entro il 31 gennaio di ogni anno</b> delle informazioni relative all'anno precedente ex art. 1 comma 32 L. 190/2012 e Delibera AVCP n. 26/2013, con trasmissione del file dataset secondo le istruzioni dell'Anac	U.O. PROGRAMMAZIONE BENI E SERVIZI /U.O. ACQUISTI AZIENDALI/U.O. MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI/U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO
<b>L. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI</b> Criteri e modalità	L.01	Art. 26, co. 1, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	PIATTAFORME AMMINISTRATIVE TERRITORIALI di ciascun ambito territoriale
<b>L. SOVVENZIONI, CONTRIBUTI, SUSSIDI, VANTAGGI ECONOMICI</b> Atti di concessione	L.02	Art. 26, co. 2, art. 27 d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b> - Per quanto riguarda l'obbligo " <u>albo dei beneficiari</u> " trattasi di adempimento già assolto alla cartella "Atti di concessione (elenco complessivo aziendale)", così come previsto al punto 2.4 della circolare regionale GPG/2013/1753	PIATTAFORME AMMINISTRATIVE TERRITORIALI di ciascun ambito territoriale
<b>M. BILANCI</b> Bilancio preventivo e consuntivo	M.01	Art. 29, co. 1, d.lgs. 33/2013 Art. 1, co. 15, l. 190/2012 Art. 32, co. 2, l. 69/2009 Art. 5, co. 1,	<b>Tempestivo</b>	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI

		d.p.c.m. 26 aprile 201		
<b>M. BILANCI</b> Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	M.02	Art. 29, co. 1, d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI
<b>N. BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO</b> Patrimonio immobiliare	N.01	Art. 30 d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO
<b>N. BENI IMMOBILI E GESTIONE PATRIMONIO</b> Canoni di locazione o affitto	N.02	Art. 30 d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO
<b>O. CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRA ZIONE</b> <u>Rilievi non recepiti</u> degli organi di controllo interno e organi di revisione amministrativa	O.01	Art. 31 d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	CIASCUNA U.O. INTERESSATA
<b>O. CONTROLLI E RILIEVI SULL'AMMINISTRA ZIONE</b> <u>Rilievi Corte dei conti</u>	O.02	Art. 31 d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI/
<b>P. SERVIZI EROGATI</b> Carta dei servizi e standard di qualità	P.01	Art. 32, co. 1, d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. SVILUPPO SISTEMI RELAZIONALI
<b>P. SERVIZI EROGATI</b> Class action	P.02	Art. 1, co. 2, d.lgs. 198/2009, Art. 4, co. 2, d.lgs. 198/2009, Art. 4, co. 6, d.lgs. n. 198/2009	<b>Tempestivo</b>	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI

<b>P. SERVIZI EROGATI</b> 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	<b>Annuale</b>	U.O. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE con il supporto della U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI
<b>P. SERVIZI EROGATI</b> Tempi medi di erogazione dei servizi	P.04	Art. 32, co. 2, lett. b), d.lgs. 33/2013	<b>Annuale</b>	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/DIPARTIMENTO SANITA' PUBBLICA/DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE/DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE
<b>P. SERVIZI EROGATI</b> Liste di attesa	P.05	Art. 41, co. 6, d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/U.O. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE
<b>Q. PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE</b> Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Q.01	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013 - Art. 9 DPCM 22.09.2014	<b>Trimestrale</b>	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI
<b>Q. PAGAMENTI DELL'AMMINISTRAZIONE</b> IBAN e pagamenti	Q.02	Art. 36 d.lgs. 33/2013 art. 5, co. 1, d.lgs. n. 82/2005	<b>Tempestivo</b>	U.O. BILANCIO E FLUSSI FINANZIARI
<b>R. OPERE PUBBLICHE</b>	R.00	Art. 38, co. 1 e 2, dlgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. PROGETTAZIONE E SVILUPPO EDILIZIO/U.O. MANUTENZIONE E GESTIONE IMMOBILI E IMPIANTI
<b>INFORMAZIONI AMBIENTALI</b>	---	Art. 40, co. 2, d.lgs. 33/2013	<b>Tempestivo</b>	Inserimento link All'Arpa ( <a href="http://www.arpa.emr.it">www.arpa.emr.it</a> ), quale ente competente in materia
<b>U. STRUTTURE SANITARIE PRIVATE ACCREDITATE</b>	U.00	Art. 41, co. 4, d.lgs. 33/2013	<b>Annuale</b>	U.O. ACQUISIZIONE PRESTAZIONI SANITARIE DA EROGATORI ESTERNI/U.O. GESTIONE RAPPORTI CON I SERVIZI SOCIO SANTARI

				ACCREDITATI
<b>W. ALTRI CONTENUTI</b> Corruzione (PTPC, RPC, RPT, Relazione del RPC, Regolamenti per la prevenzione della corruzione, Atti di adeguamento a provvedimenti CIVIT)	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	<b>Tempestivo - Annuale</b> per quanto riguarda il PTPC e la Relazione del RPC	RESPONSABILE PREVENZIONE CORRUZIONE
<b>INTERVENTI STRAORDINARI E DI EMERGENZA</b>	Dal contenuto della norma sembra che trattasi di obbligo non applicabile alle aziende sanitarie nonostante quanto stabilito dall'ANAC nella delibera 50/2013.			
<b>W. ALTRI CONTENUTI</b> Accesso civico	W.02	Art. 5, co. 1 e 4, d.lgs 33/2013	<b>Tempestivo</b>	U.O. AFFARI GENERALI E DIREZIONE PERSORSI ISTITUZIONALI E LEGALI
<b>W. ALTRI CONTENUTI</b> 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	<b>Annuale</b>	U.O. GOVERNO E SISTEMI INFORMATIVI/U.O. INNOVAZIONE E VALUTAZIONE DELLE TECNOLOGIE
<b>W. ALTRI CONTENUTI</b> Dati ulteriori	W.04	Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012		CIASCUNA U.O. INTERESSATA

### Timing riepilogativo delle misure di prevenzione generali

Soggetto Responsabile	Misure di prevenzione	Tempistica	Riferimento al PTPC
<b>Obblighi di trasparenza</b>			
RTI	Pubblicazione Programma Triennale Trasparenza e Integrità	Entro 31/01 di ogni anno	Pag. 23
U.O. Governo sistemi informativi	Automatizzazione flusso attraverso intervento evolutivo sul sistema di gestione delle Deliberazioni e Determinazioni (InterdelFX)	Entro 30/06/2016	Pag. 23
RTI	Monitoraggio adempimento obblighi di pubblicazione	Infrannuale: entro il 30/06 ed entro il 31/12 di ogni	Pag. 57

<b>Codici di comportamento</b>			
UPD area comparto e area dirigenza	<p>1) Report infrannuale al RPC su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nel 2016 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 –</p> <p>2) <b>Segnalazione tempestiva</b> al RPC <u>per ogni evento</u> corruttivo riconducibile ad un reato contro la Pubblica Amministrazione e/o in danno della Pubblica Amministrazione che evidenzi una lesione dei principi di imparzialità e buon andamento della PA, ponendosi in violazione delle norme generali e delle disposizioni particolari del Codice e del PTPC</p>	<p>1) Entro 30/09/2016</p> <p>2) Tempestivo</p>	Pag. 24
UPD area comparto e area dirigenza con il supporto del RPC	Aggiornamento Codice di Comportamento Aziendale con disposizioni <i>ad hoc</i> collegate alla gestione del rischio	Entro 30/09/2016	Pag. 24
<b>Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)</b>			
U.O. Governo sistemi informativi	<p>1) Istituzione di casella di posta elettronica dedicata alla ricezione delle segnalazioni del dipendente secondo il modello di cui all'allegato 2 del Codice di Comportamento Aziendale;</p> <p>2) Implementazione di meccanismo di gestione informatizzata delle segnalazioni secondo determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015 con garanzia di anonimato</p>	Entro 31/12/2017	Pag. 26
<b>Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione</b>			
Dipartimento Sanità Pubblica	Definizione modalità operative rotazione veterinari	Entro 31/03/2016	Pag. 28
Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative interessate (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, U.O. Gestione economica Risorse Umane, U.O. Acquisti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)	<p>1) Previsione di modalità organizzative a livello di singolo servizio in linea con le indicazioni sopra esplicitate</p> <p>2) Rendicontazione sullo stato di attuazione di tale misura con indicazione del numero di dirigenti/funzionari interessati dalla rotazione</p>	<p>1) Entro 31/10/2016</p> <p>2) Entro 30/11/2016</p>	Pag. 28
U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	Integrazione della procedura aziendale di valutazione rispetto alle aree a rischio medio-alto del giudizio sulla necessità/opportunità della rotazione	Entro 31/12/2016	Pag. 28
<b>Formazione</b>			
U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	<p>1) <u>Elaborazione del PAF coerentemente al PTPC</u></p> <p>2) Report annuale destinato al RPC 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</p>	<p>1) scadenza approvazione PAF</p> <p>2) Report entro il 30/11/2016</p>	Pag. 31
<b>Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse</b>			
U.O. Programmazione Beni e Servizi/U.O. Acquisti Aziendali	Modulistica dichiarazione conflitto interessi RUP e altri soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara	Entro 31/03/2016	Pag. 33
RPC con il supporto dei	Adattamento modulistica Agenas	Entro 31/05/2016	Pag. 33

Servizi/UU.OO. interessati (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane/U.O. Qualità e Governo Clinico)			
U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Modulistica per acquisizione dichiarazione ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013	Entro 30/06/2016	Pag. 33
<b>Attività e incarichi extra istituzionali</b>			
U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Elaborazione ed adozione di regolamento unico	Entro il 30/04/2016	Pag. 37
Alta Professionalità Gestione contenzioso, recupero crediti e autorizzazioni	- Report al RPC 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. 37
<b>Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro</b>			
U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Adozione nota informativa su <i>revolving doors</i> da consegnare ai dipendenti dimissionari	Entro 30/06/2016	Pag. 38
U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Protocollo Ausl-Agenzia Entrate	Entro 31/12/2018	Pag. 38
<b>Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile</b>			
U.O. Sviluppo Sistemi Relazionali	<b>1) Attivazione procedura/canali dedicati</b> per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi  <b>2) Report</b> da trasmettere al RPC in merito alle suddette iniziative programmate e/o realizzate con precisazione del numero di segnalazioni ricevute e del loro oggetto	1) Entro 31/07/2016 2) Entro 31/10/2016	Pag. 41
RPC	Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche ai fini dell'aggiornamento del PTPC e del PTI	Dal 20/11/2016 al 10/12/2016	Pag. 41
<b>Rapporti con le società partecipate</b>			
RPC	Controllo sull'adozione del PTPC da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento determinazione Anac 8/2015	Entro 30/06/2016	Pag. 42

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

**a) Contratti Pubblici**

1) **Acquisto di beni e servizi**

Vedi tabella A1 pag 47

2) **Lavori Pubblici**

Vedi tabella A2 pag 48

**c) Attività libero professionale**

Vedi tabella C pag 50

**d) Rapporti contrattuali con privati accreditati**

Vedi tabella D pag 52

**e) Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero**

Vedi tabella E pag 53