

ALLEGATO N. 1

**PIANO TRIENNALE
PER LA
PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

2018 - 2020**

INDICE

Premessa.....	4
PARTE PRIMA.....	5
1. L'aggiornamento.....	5
2. Il quadro normativo.....	8
3. Il contesto esterno.....	9
4. Il contesto operativo di riferimento.....	11
5. Il modello organizzativo dell'anticorruzione.....	13
5.1 I soggetti.....	14
5.2 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT.....	19
6. Aggiornamento della gestione del rischio.....	20
6.1 Principi e metodologia per la determinazione del "rischio corruzione".....	21
6.2 Le aree a rischio analizzate.....	22
6.3 La ponderazione del rischio.....	24
7. Individuazione del Responsabile dell'inserimento e dell'aggiornamento degli elementi identificativi della stazione appaltante nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti.....	25
8. Soggetto "gestore" delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio.....	26
PARTE SECONDA.....	27
Misure per la prevenzione del rischio.....	27
SEZIONE I: LE MISURE GENERALI.....	28
1. Obblighi di trasparenza.....	28
2. Codici di comportamento.....	31
3. Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)....	32
4. Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione.....	35
5. Formazione.....	39
6. Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse.....	42
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.....	44
8. Attività e incarichi extra istituzionali.....	46
9. Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro.....	47
10. Patti di integrità.....	48
11. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile.....	49

12.	Rapporti con le società partecipate.....	51
13.	Monitoraggio del piano di prevenzione e del rispetto dei tempi procedurali....	53
	SEZIONE II: LE MISURE SPECIFICHE.....	54
	Area di rischio: Contratti pubblici.....	55
	A1 - Acquisto di beni e servizi – Misure preventive specifiche – Esiti monitoraggio 2017	56
	A2 - Lavori Pubblici - Misure preventive specifiche – Esiti monitoraggio 2017.....	61
	Area di rischio: Attività libero professionale.....	63
	Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati.....	65
	Area di rischio: Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero.....	67
	Area di rischio: Acquisizione del Personale.....	69
	Area di rischio: Sanità Pubblica - vigilanza, controlli, ispezioni.....	73
	Area di rischio: Sperimentazioni cliniche	78
	Area di rischio: Assistenza protesica	80
	Area di rischio: Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa per attività istituzionale	81
	Area di rischio: Utilizzo beni aziendali.....	82
	Area di rischio: Farmaceutica	83
	Area di rischio: Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici	83
	Area di rischio: Incarichi a soggetti esterni	84
	PARTE TERZA - SEZIONE TRASPARENZA.....	85
1.	La qualità del dato da pubblicare - Decorrenza e durata dell’obbligo di pubblicazione	86
2.	Le limitazioni alla trasparenza.....	87
3.	Vigilanza, profili di responsabilità e sistema di monitoraggio.....	89
4.	Le banche dati di cui all’art. 9 bis del D.Lgs. 33/13 e s.m.i.....	90
5.	Misure organizzative: La tabella degli obblighi di pubblicazione dell’Ausl Romagna..	91
	<i>Timing</i> riepilogativo delle misure di prevenzione generali.....	93

Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2018 – 2020

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 il 2016, con deliberazione n. 22 del 29/01/2016 e per il 2017 con deliberazione n. 24 del 31/01/2017.

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

La relazione annuale del 2017 è stata redatta secondo lo schema diffuso dall'Anac con il comunicato del Presidente dell'Autorità del 11/12/2017 e, nel rispetto delle indicazioni ivi fornite, è stata pubblicata in virtù della proroga ivi concessa entro il 31/01/2018.

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 2018 - 2020 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 aggiornamento e completamento della mappatura/analisi del rischio svolta nel periodo 2015 - 2017;
- 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;
- revisione della Tabella allegata al Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) per il triennio 2018 – 2020, al fine di adeguarla alle modifiche normative/indicazioni regionali e provvedimenti ANAC intervenuti al riguardo;
- aggiornamento del sito unico della "Amministrazione Trasparente" dell'AusI Romagna, in coerenza con gli adempimenti di pubblicazione che competono alle singole Unità Operative dell'Azienda, descritti analiticamente nella Tabella allegata al PTPCT 2018– 2020.

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

PARTE PRIMA

1. L'aggiornamento

In linea con quanto già affermato con i precedenti Piani anticorruzione, il PTPC 2018 – 2020 supera l'approccio formalistico basato prevalentemente sulla "cultura dell'adempimento", attraverso una sempre maggiore diffusione delle conoscenze e dei contenuti delle strategie mediante cui attuare una efficace prevenzione della corruzione anche alle luce delle responsabilità dirigenziali/disciplinari che dalla stessa strategia di prevenzione discendono non soltanto per il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ma anche per i soggetti interni all'amministrazione. Questi ultimi, infatti, sono chiamati ad interloquire con il RPCT e condividere gli obiettivi di prevenzione della corruzione per il buon successo di ogni politica di contrasto e di prevenzione di tale fenomeno.

Gli obiettivi

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

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

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

I soggetti destinatari

Le disposizioni del presente P.T.P.C. si applicano per quanto compatibili, in relazione alla natura del rapporto, oltre che ai dipendenti con rapporto a tempo indeterminato o determinato e ai componenti della Direzione Generale e del Collegio Sindacale, a tutti coloro che, a qualsiasi titolo, si trovino ad operare all'interno delle strutture aziendali o in nome e per conto dell'Azienda, incluse, in particolare, le seguenti categorie:

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

A tal fine:

- negli atti relativi all'instaurazione del rapporto di lavoro/collaborazione (ove non già prevista) è inserita, a cura della Struttura competente (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane e ciascuna U.O. che affidi incarichi di collaborazione/consulenza), una clausola che prevede l'impegno ad osservare le prescrizioni del presente P.T.P.C. e dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) nonché la risoluzione o decadenza dal rapporto nel caso di una loro violazione;
- nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori, a cura delle Strutture competenti (es. U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Acquisti Aziendali, U.O. Gestione Inventario e Servizi Alberghieri, U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio, U.O. Manutenzione e Gestione Immobili e Impianti, U.O. Governo Sistemi Informativi) è inserita (ove non già prevista) una clausola in virtù della quale la ditta fornitrice, a pena di risoluzione del contratto, in caso di violazione delle disposizioni del presente P.T.P.C. e dei Codici di comportamento (nazionale e aziendale) da parte dei propri dipendenti e collaboratori, è tenuta ad adottare i provvedimenti volti a rimuovere la situazione di illegalità segnalata dall'Azienda Usl Romagna (e le eventuali conseguenze negative) nonché a prevenire la reiterazione delle violazioni del Codice.

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

A tal fine, verrà pubblicato un avviso sul sito istituzionale e sulla rete intranet ed inviata una e-mail a tutti i dipendenti con dominio @auslromagna.it per informare dell'avvenuto aggiornamento del P.T.P.C. e dell'obbligo di prenderne visione.

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

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

La struttura del Piano

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

- Individuazione di misure (generali e specifiche) con fissazione del cronoprogramma per attuare la strategia di prevenzione, alla luce della valutazione dei processi a rischio mappati nel corso del 2017.
- Aggiornamento delle modalità di attuazione della trasparenza con particolare riguardo alla Parte III Sezione Trasparenza, che contiene la Tabella aggiornata degli obblighi di pubblicazione ai quali le singole Unità Operative dell'Ausl della Romagna sono tenute ad adempiere, mediante lo strumento del sito dell' "Amministrazione Trasparente."

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 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 2018 - 2020

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 31/01/2018 il **Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2018 - 2020**. Il Piano Nazionale Anticorruzione (PNA), approvato dall'Autorità nazionale anticorruzione, prevede che le amministrazioni, al fine di disegnare un'efficace strategia anticorruzione, realizzino forme di consultazione con il coinvolgimento dei cittadini e delle organizzazioni portatrici di interessi collettivi in occasione dell'elaborazione/aggiornamento del proprio Piano.

Il presente avviso è rivolto ai cittadini, a tutte le associazioni o altre forme di organizzazioni portatrici di interessi collettivi, alle organizzazioni di categoria ed organizzazioni sindacali operanti nell'ambito dell'Ausl della Romagna, al fine di consentire loro di formulare osservazioni finalizzate ad una migliore individuazione delle misure per prevenire il fenomeno corruttivo, di cui l'Ausl Romagna terrà conto in sede di stesura del Piano Triennale Anticorruzione 2018 - 2020. 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 2017**, il proprio contributo propositivo al seguente indirizzo di posta elettronica azienda@pec.auslromagna.it; oppure possono inviarlo per posta ordinaria al Responsabile Prevenzione della corruzione dell'Ausl Romagna, via Coriano 38, 47924 Rimini.

Per meglio consentire l'apporto di contributi mirati si precisa che il Piano per la Prevenzione della Corruzione adottato con deliberazione n. 24 del 31 gennaio 2017 è disponibile sul sito internet dell'Azienda Usl della Romagna, all'interno della sezione Amministrazione Trasparente -Altri contenuti-Corruzione/Piano di Prevenzione della Corruzione.

L'esito delle consultazioni

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

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

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

Per i dettagli concernenti la “Giornata della Trasparenza” che nel 2017 si è svolta il giorno 08/11/2017, si rinvia alla Parte II Sezioni I: MISURE GENERALI Paragrafo 11 del presente Piano.

Per quanto riguarda la “Giornata per la Trasparenza” 2018, si prevede sia svolta entro il 31 ottobre 2018.

2. Il quadro normativo

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

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

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

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

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

evidenza un malfunzionamento dell'amministrazione a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite.

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

Pertanto, in linea con lo stretto legame tra strategie di prevenzione della corruzione e trasparenza e in coerenza con le recenti modifiche legislative introdotte dal D.Lgs. n. 97/2016 e recepite dall'Autorità Nazionale Anticorruzione con il nuovo Piano Nazionale Anticorruzione 2016, nel presente documento le due figure del Responsabile della trasparenza (RTI) e del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), secondo le deliberazioni del Direttore Generale n. 768 e 910 del 2014, sono già riunite in un unico soggetto (art. 43, d.lgs. n. 33/2013), nella persona della dott.ssa Vilma Muccioli che, giusta deliberazione del D.G. n. 725 del 24.09.2015, è il Direttore della U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali.

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

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

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

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

3. Il contesto esterno

L'Azienda Usl della Romagna è oggi una delle più grandi e rilevanti aziende socio sanitarie del Paese, con un valore della produzione di 2,3 miliardi di euro e oltre 15.000 dipendenti. L'Ausl della Romagna si estende su un'area di 5.100 kmq e comprende 73 Comuni articolati in 8 Distretti. A gennaio 2017 la popolazione residente nel territorio ricompreso nelle provincie di Ravenna, Forlì-Cesena e Rimini risulta pari a 1.122.267 abitanti e rappresenta il 25% della popolazione regionale. Nonostante l'indice di dipendenza totale consenta di rappresentare una struttura economica della società tale che la popolazione potenzialmente attiva può provvedere al sostentamento di quella non attiva (perché doppia rispetto a quest'ultima), la stasi dal punto di vista economico e lavorativo dovuta alla crisi globale ha comportato un aumento sistemico del livello di disoccupazione.

Poiché il rischio di infiltrazione e sviamento nell'economia legale aumenta in periodi di crisi, ossia quando la stretta sul credito, il ritardo nei pagamenti e la conseguente mancanza di liquidità espongono le aziende a situazioni di bisogno, in questa sintetica rappresentazione (dal punto di vista epidemiologico e sociologico) del contesto esterno si cercherà di mettere in rilievo i punti di fragilità del contesto esterno nel quale opera l'Azienda Usl della Romagna. Inoltre, in ragione delle dimensioni e dell'estensione territoriale di questa Azienda le riflessioni generali sulla permeabilità del sistema sanitario non devono essere sottovalutate ma tenute in debita considerazione, anche alla luce dell'impegno manifestato in generale dalla Regione Emilia Romagna con le leggi regionali approvate per contrastare tali fenomeni attraverso la diffusione della cultura della legalità. In particolare, con la L.R. n. 18 del 28/10/2016 "*Testo Unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabile*", sono state adottate in modo organico numerose importanti misure di prevenzione e contrasto alla corruzione e alla criminalità organizzata, sviluppando ulteriormente gli interventi adottati in passato con L.R. n. 3/2011 e L.R. n. 11/2010, prevedendo che la Giunta regionale eserciti le funzioni di Osservatorio regionale sui fenomeni connessi al crimine organizzato e mafioso nonché ai fatti corruttivi, al fine di promuovere e coordinare le iniziative di sensibilizzazione e d'informazione della comunità regionale. Tale legge promuove anche la costituzione di una Rete per l'Integrità e la Trasparenza quale sede di confronto volontaria a cui possono partecipare i Responsabili della prevenzione della corruzione e della trasparenza dei diversi settori amministrativi (autonomie locali, sanità, ministeri ecc.) del territorio regionale al fine di armonizzare le strategie di contrasto alla corruzione.

Inoltre, nell'ambito della legge regionale relativa alla fusione dell'Ausl di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera Arcispedale Santa Maria Nuova (L.R. n. 9/2017) - in coerenza con i principi e le finalità della citata L.R. n. 18/2016 - sono state introdotte norme per la migliore attuazione delle disposizioni nazionali in materia di prevenzione e repressione della corruzione e di promozione della trasparenza nella pubblica amministrazione da parte delle aziende ed enti del Servizio Sanitario Regionale.

Per quanto riguarda il contesto criminale, dalla "*Relazione sull'attività delle forze di polizia, sullo stato dell'ordine e della sicurezza pubblica e sulla criminalità organizzata*" relativa all'anno 2015 e comunicata dal Ministro dell'Interno alla Presidenza della Camera dei deputati il 4 gennaio 2017, con riguardo ai territori che fanno parte dell'AUSL della Romagna, emerge che:

- nella provincia di Ravenna - caratterizzata da un'economia prevalentemente orientata verso i settori agricolo e turistico - non si registrano forme radicate di criminalità organizzata, sebbene nel territorio siano presenti esponenti di gruppi criminali di matrice mafiosa appartenenti a Cosa nostra, alla 'Ndrangheta e alla Camorra;
- l'area riminese, per le sue peculiari caratteristiche socio-economiche, evidenzia chiari indicatori di possibile vulnerabilità rispetto a tentativi di infiltrazione della criminalità organizzata; recenti risultanze investigative hanno rivelato le ininterrotte offensive espansionistiche della Camorra, presente con articolazioni riconducibili anche a compagini dei "casalesi";
- l'economia del territorio di Forlì-Cesena - principalmente incardinata nei comparti manifatturiero, turistico-alberghiero, del trasporto, delle costruzioni, dell'agricoltura e pesca - risente del momento congiunturale sfavorevole, generato da un impatto di tipo recessivo su numerose aziende. La conseguente debolezza economica - più marcata nelle piccole e medie imprese - potrebbe suscitare le mire espansionistiche di eterogenei gruppi criminali attirati dalle remunerative possibilità di investimento in settori economici vulnerabili. Pur non registrandosi evidenze di un radicamento di organizzazioni di tipo mafioso in questo territorio, è stata accertata la presenza di elementi riconducibili a 'ndrine calabresi e sono stati individuati elementi collegati a famiglie della Camorra.

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. Anche le vicende giudiziarie che nel 2017 hanno riguardato la sanità nel parmense, hanno portato a prestare particolare attenzione alle misure preventive adottate e da implementare nel settore delle sperimentazioni cliniche.

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

4. Il contesto operativo di riferimento

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

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

province di Forlì–Cesena, Ravenna e Rimini con una popolazione di circa 1.100.000 abitanti ed in cui sono presenti attualmente n. 13 strutture ospedaliere con circa 3300 posti letto.

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

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

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

A “livello macro” il progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale avviato nel corso del 2016, con la nomina dei dipartimenti sanitari e dei direttori delle unità operative complesse amministrative, tecniche e di staff, ha reso attuale la riorganizzazione in atto; tale processo di riorganizzazione è tuttora in fase di progressiva attuazione e perfezionamento, come risulta, in particolare, dai documenti adottati di seguito elencati:

- la Conferenza Socio Sanitaria Territoriale ha approvato nella seduta del 9/01/2017 il Documento “Linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera dell'AUSL della Romagna”;
- la deliberazione n. 482 del 24/10/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 - determinazioni in merito al riordino della rete ospedaliera” con la quale si è preso atto dell'elenco complessivo delle strutture complesse ospedaliere conseguente al piano di riordino della rete ospedaliera previsto nel sopracitato documento;
- la deliberazione n. 246 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna: Direzione tecnica "Direzione Infermieristica e Tecnica”” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione della Direzione Infermieristica e Tecnica;
- la deliberazione n. 248 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 – determinazioni in merito alla Direzione Tecnica "Assistenza Farmaceutica”” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione dell'Assistenza Farmaceutica;
- la deliberazione n. 247 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna di cui alla deliberazione n. 524 del 07/07/2015 – determinazioni in merito alla direzione tecnica "Direzione medica dei Presidi”” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione della Direzione medica dei Presidi;
- la deliberazione n. 249 del 7/6/2017 ad oggetto “Assetto organizzativo Azienda USL della Romagna: organizzazione operativa del Servizio Sociale della Direzione Attività Socio Sanitarie” con la quale è stato approvato il processo di riorganizzazione del Servizio Sociale;
- in data 2/08/2017 sono stati inviati alle OO.SS. i seguenti atti di riorganizzazione:

- 1) Proposta riorganizzazione di Dipartimenti Sanitari, Programmi e Reti
- 2) Proposta nuovo assetto organizzativo del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze Patologiche (DSM-DP)
- 3) Proposta nuovo assetto organizzativo del Dipartimento di Sanità Pubblica (DSP)
- 4) Proposta nuovo assetto dell'Area Dipartimentale Piattaforme.

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

Infine, con l'adozione del presente documento, l'Ausl della Romagna adotta e sviluppa quel sistema di prevenzione e monitoraggio dei comportamenti e degli illeciti che implica il necessario coordinamento del PTPC (con il Codice di Comportamento Aziendale) e con gli strumenti di programmazione aziendale: 1) il bilancio di esercizio, che garantisce e certifica la sostenibilità finanziaria degli interventi preventivati; 2) il piano delle performance che, tanto per la valutazione delle singole unità operative quanto nella valutazione individuale, deve includere gli obiettivi strategici ed operativi esplicitamente riferiti all'attuazione della strategia di prevenzione contenuta del PTPC; 3) il piano della formazione che, per l'importanza dalla stessa assunta quale strumento di prevenzione dei fenomeni di malfunzionamento, deve essere coordinato con le strategie formative assunte in tale materia.

5. Il modello organizzativo dell'anticorruzione

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

In linea con quanto già affermato nella precedente edizione del Piano, alla luce della determinazione Anac n. 12 del 28/10/2015, nonché del Piano Nazionale Anticorruzione 2016 adottato da Anac con delibera n. 831 del 3/08/2016, pare opportuno, nell'ambito del nuovo assetto organizzativo varato, ribadire il funzionigramma in materia di prevenzione della corruzione al fine di descrivere i compiti, le funzioni e le responsabilità di tutti i soggetti coinvolti nelle strategie per la prevenzione della corruzione.



5.1 I soggetti

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

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

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

- definisce gli obiettivi
- in materia di prevenzione della corruzione e della trasparenza, che costituiscono il contenuto necessario dei documenti di programmazione strategico-gestionale e del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione;
- designa il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- adotta il P.T.P.C. e i suoi aggiornamenti;
- adotta tutti gli atti di indirizzo di carattere generale, che siano direttamente o indirettamente finalizzati alla prevenzione della corruzione, quali – a mero titolo esemplificativo – i criteri generali per il conferimento e l'autorizzazione allo svolgimento degli incarichi da parte dei dipendenti ex art. 53 del D. Lgs. n. 165/2001;

- può chiedere al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza di riferire sull'attività.

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

- la diffusione della cultura dell'etica e della legalità tra tutti i dipendenti
- l'intensificazione delle azioni relative ai controlli (ad es. sugli incarichi extra istituzionali)
- l'implementazione delle misure preventive in essere, anche tramite procedure PAC ("Percorso Attuativo della Certificabilità"), che prevedono sistemi di controllo e misure organizzative efficaci anche per la riduzione del rischio corruttivo.

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

In coerenza con quanto indicato dal PNA 2016 si prevede la pubblicazione di dati ulteriori in relazione a specifiche aree di rischio (ad es. la pubblicazione di dati ulteriori relativi al patrimonio immobiliare dell'Azienda).

A conferma del forte coinvolgimento che la Direzione Generale ha sia nella definizione del contenuto del PTPC e delle misure adottate, sia nelle indicazioni date all'amministrazione tutta (dirigenti e dipendenti) sulla necessaria e piena attuazione, con il concorso di tutti i soggetti interessati, delle misure di prevenzione, in fase di adozione è stato approvato un primo di schema di PTPC e successivamente quello definitivo; inoltre la bozza del presente Piano, prima della sua approvazione, è stata pubblicata sulla intranet aziendale.

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

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

- indica all'Ufficio Procedimenti Disciplinari i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza.

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

c) Struttura organizzativa di supporto al RPCT che, in coerenza a quanto previsto dalla determinazione Anac n. 12/2015, è stata individuata con Deliberazione del Direttore Generale Ausl Romagna n. 22 del 29/01/2016 quale ufficio di immediato supporto al RPCT, composto da n. 4 unità di personale di cui due unità dedicate principalmente alla materia dell'anticorruzione e due unità alla materia della trasparenza. Inoltre, nel 2017 è stata assegnata ad una figura dirigenziale la funzione di garantire l'attività correlata all'applicazione della normativa sulla trasparenza ed anticorruzione. Tale struttura è chiamata a svolgere le seguenti attività:

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

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

- assicurano per le aree di rispettiva competenza un regolare flusso informativo nei confronti del RPCT, segnalando tempestivamente ogni fatto di natura corruttiva e/o situazione che possa costituire un potenziale rischio di commissione di fatti illeciti;

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

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

- svolgere attività informativa nei confronti del RPCT, dei referenti di ambito, dei referenti aziendali e dell'autorità giudiziaria (art. 16 d.lgs.165/2001; art. 8 DPR. 62/2013 e art. 8 Codice di comportamento aziendale)
- partecipare 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;
- proporre le misure di prevenzione ed assicurarne la corretta attuazione garantendo anche quelle adottate in piena ed effettiva collaborazione con il RPCT;
- assicurare l'osservanza del Codice di comportamento, verificare le ipotesi di violazione e segnalare tempestivamente situazioni di conflitto di interesse (art. 13 DPR 62/2013 e art. 13 Codice di Comportamento aziendale);
- adottare le misure gestionali, quali l'avvio di procedimenti disciplinari, la sospensione e la rotazione del personale (ove prevista);
- partecipare e promuovere le iniziative formative svolte dall'Azienda in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione.

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

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

g) I collaboratori a qualsiasi titolo dell'amministrazione:

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

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

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

i) L'organismo aziendale di supporto alla valutazione (OAS), istituito con deliberazione D.G. n. 13 del 22/01/2016 in ottemperanza alle "*Linee Guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS*" di cui alla delibera OIV SSR n. 2 del 2015, che dalla data del suo insediamento ha sostituito **la Commissione Aziendale di Valutazione**, anche secondo quanto previsto dalla delibera n. 4/2016 dell'OIV-SSR:

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

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

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

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

- promuovere il coordinamento tra le Aziende sanitarie e gli Enti del SSR delle azioni e delle misure in materia di anticorruzione e trasparenza;
- analizzare le migliori prassi al fine di trasferirle all'interno dell'organizzazione delle Aziende e degli Enti del SSR e promuovere su tali temi un'omogeneità di comportamento;

- proporre linee guida di carattere regionale e modalità applicative comuni per l'attuazione di specifiche misure di trasparenza e di contrasto al fenomeno corruttivo.

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

- condividere esperienze e attività di prevenzione messe in campo con i rispettivi Piani triennali di prevenzione della corruzione;
- organizzare attività comuni di formazione, con particolare attenzione ai settori a rischio di corruzione;
- confrontare e condividere valutazioni e proposte tra istituzioni, associazioni e cittadini.

5.2 Obblighi di informazione nei confronti del RPCT

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

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

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

In particolare, la struttura di supporto del RPCT, come individuata con deliberazione del Direttore Generale n. 22 del 29/01/2016, nonché i Referenti Aziendali sopra specificati ed i Responsabili/Dirigenti delle articolazioni aziendali sono comunque tenuti, tutti ed al di là della capacità esaustiva del suddetto elenco, ad assicurare la massima collaborazione al Responsabile

della prevenzione della corruzione e della trasparenza, anche ai fini degli adempimenti previsti in generale dalla legge 190/2012 e ad osservare gli obblighi di informazione, provvedendo, tra l'altro, a fornire tempestivo riscontro alle sue richieste.

Al riguardo si precisa che il mancato riscontro alle richieste di collaborazione e di informativa è valutabile ai fini della corresponsione della retribuzione di risultato nonché ai fini della responsabilità disciplinare. Difatti, la violazione del PTPC e la mancata risposta alle richieste di contatto e di informativa del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza da parte dei soggetti obbligati in base alle disposizioni del presente Piano è suscettibile di sanzione disciplinare.

6. Aggiornamento della gestione del rischio

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

- ❖ il monitoraggio delle misure generali e specifiche previste dal Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione adottato nel 2017,
- ❖ il report infrannuale sulle violazioni segnalate/contestate che è stato trasmesso entro il 15/09 dall'UPD,
- ❖ l'analisi comparativa delle relazioni del RPCT per gli anni 2014-2017.

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

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



Sulla base della rilevazione sopra svolta il gruppo di lavoro del RPCT, nell'anno 2015, ha sostanzialmente confermato il catalogo dei processi aziendali sottoposto ad analisi, valutazione, ponderazione e trattamento del rischio negli anni precedenti; catalogo che è confluito nelle Tabelle

“Registro Rischi Specifici” allegate alla delibera 13/2015 (all. A) ed elaborate con riferimento a ciascuno degli ambiti territoriali (Cesena, Forlì, Ravenna e Rimini) di cui l’Azienda UsI della Romagna si compone. Tale catalogo era stato ampliato aggiungendo n. 5 aree di rischio ulteriori, analizzate alla luce delle peculiarità/necessità dell’Ausl Romagna e in corrispondenza delle aree specifiche di rischio individuate nella determinazione Anac n. 12/2015.

Nel 2016, perfezionandosi la procedura di riorganizzazione aziendale declinata nell’assetto varato nel mese di luglio del 2015, si è proceduto alla disamina dei processi a rischio indicati nel suddetto catalogo per garantire una migliore calibratura degli eventi rischiosi e delle misure preventive. In ragione delle difficoltà discendenti dal processo di riorganizzazione aziendale derivante dall’istituzione dell’AUSL della Romagna - come sopra evidenziato nell’illustrare il contesto operativo di riferimento - la mappatura dei processi a rischio è stata completata nel corso del 2017, poiché si è reso necessario un approfondimento, alla luce di una maggiore e migliore conoscenza delle implicazioni discendenti dal nuovo assetto organizzativo dell’Azienda (Determinazione ANAC n. 12/2015 par. 6.3). Si amplierà tale mappatura in discendenza del completamento della riorganizzazione prevista indicativamente entro il 2019, integrando l’aggiornamento dei processi a rischio.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- 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.

P x 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

Nell'anno 2015, per l'area dei **“contratti pubblici”** e per l'area dei **“controlli ed ispezioni”**, al fine di individuare misure (es. modulistica, regolamenti e/o circolari interne, sistemi di audit, controlli e meccanismi di rotazione) *“concrete ed efficaci, traducibili in azioni precise e fattibili, verificabili nella loro effettiva realizzazione”* (determinazione Anac n. 12/2015), erano stati somministrati questionari ai responsabili dei servizi volti a verificare lo stato esistente e (a partire da quest'ultimo) le esigenze riscontrate da ciascun servizio. In tal modo erano state individuate misure preventive scadenzate che sono state monitorate nel corso del 2016.

Con riferimento all'area degli **“incarichi e nomine”** deve segnalarsi che l'Ausl Romagna ha provveduto ad affidare gli incarichi dirigenziali di struttura complessa nel rispetto dei presupposti programmatori discendenti dal nuovo assetto organizzativo varato nel mese di luglio 2015 e mediante il regolamento per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, approvato con determinazione n. 2093 del 13.08.2015, ha adottato una specifica misura – seppur non espressamente richiesta dalla legge – atta a regolamentare l'esercizio della discrezionalità nella fase di selezione dei candidati. Inoltre, ai fini del conferimento di borse di studio l'Ausl Romagna, superando i regolamenti degli ambiti delle ex quattro aziende, si è dotata di apposito regolamento adottato con Deliberazione del D.G. n. 933/2015, mediante cui definisce le relative modalità di istituzione, selezione ed assegnazione nel rispetto dei principi della trasparenza e pubblicità delle procedure selettive nonché della coerenza con il fabbisogno aziendale.

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

- erogazione assegni/sussidi
- valutazioni medico-legali
- utilizzo beni e risorse aziendali
- conferimento incarichi legali per la rappresentanza in giudizio dell'Azienda
- recupero crediti

- autorizzazione incarichi ex art. 53 D.lgs. n. 165/2001
- conferimento di incarichi a docenti esterni ed eventi formativi
- recupero e rimborsi ticket, controllo sul riconoscimento del diritto all'esenzione ticket
- fatturazione, liquidazioni, pagamenti e storni di pagamenti, utilizzo della cassa economale
- conferimento incarichi a personale convenzionato; elaborazione e liquidazione compensi a personale convenzionato.

Come sopra già esplicitato, la mappatura dei processi a rischio sarà ampliata in discendenza del completamento del processo di riorganizzazione, previsto indicativamente entro il 2019.

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

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

Le aree A, B, D sono state sottoposte già nel 2015 ad un'attenta valutazione ed analisi del rischio che ha portato all'individuazione di misure operative specifiche illustrate nella Sezione II della Parte Seconda del presente PTPC. In tale Sezione sono riportati anche gli esiti del monitoraggio effettuato rispetto alle misure previste, evidenziando, in caso di non completa realizzazione delle misure, la motivazione e la nuova programmazione delle medesime. Per quanto riguarda l'area C, nel 2017 si è proceduto all'aggiornamento della valutazione effettuata nel 2015 relativamente alla gestione e somministrazione dei farmaci in reparto o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio nonché a rilevare il rischio con riguardo ai rapporti con società farmaceutiche. Inoltre, tra gli ulteriori temi di approfondimento individuati dall'aggiornamento 2015 al PNA (determinazione ANAC n. 12/2015) e dal PNA 2016 (Delibera ANAC n. 831/2016), sono state oggetto di valutazione del rischio, nel 2017, l'area dell'assistenza protesica e l'area delle sperimentazioni cliniche, in particolare per quanto riguarda la previsione di criteri per la ripartizione dei proventi.

6.3 La ponderazione del rischio

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

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

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

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

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

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

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

Si deve anche evidenziare che dal completamento della mappatura dei processi a rischio è emerso che risultano adottate procedure amministrativo contabili, così come previsto dalla deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia Romagna n. 150 del 23/02/2015 di adeguamento della deliberazione n. 865 del 24/06/2013 di approvazione del "Percorso regionale Attuativo della Certificabilità" (PAC) dei bilanci degli enti del Servizio Sanitario Regionale, ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 1/03/2012 nonché sulla base di indicazioni contenute nelle Linee Guida Regionali. Tali procedure amministrativo contabili costituiscono attuazione anche di cautele e misure organizzative volte tipicamente a prevenire il rischio corruttivo; infatti, come indicato nella Determinazione n. 12/2015 di ANAC, la realizzazione del piano di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo della Certificabilità" (PAC) dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN rappresenta un fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità.

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

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

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

A seguito di specifica richiesta del RPCT (nota prot. n. 211329 del 30/09/2016), il Direttore dell'U.O. Acquisti Aziendali dell'Ausl della Romagna, ha confermato, con nota prot. n. 215974 del 6/10/2016, che la Dr.ssa Marzia Maldini, Collaboratore amministrativo dell'U.O. Acquisti

Aziendali, è il soggetto preposto all'iscrizione e all'aggiornamento dei dati nell'anagrafe unica delle stazioni appaltanti (AUSA), in quanto già nominata RASA, a far data dal 1° gennaio 2014, come da deliberazione n. 289 del 20/12/2013.

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

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

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

PARTE SECONDA

Misure per la prevenzione del rischio

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

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

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

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

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

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

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

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

SEZIONE I: LE MISURE GENERALI

1. Obblighi di trasparenza

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

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

Il d.lgs. 97/16 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva l’introduzione del nuovo istituto dell’accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l’istituzione presso ogni amministrazione di un registro delle istanze di accesso (per tutte le tipologie di accesso), l’unificazione fra il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPCT) e il Piano Triennale Trasparenza e Integrità (PTTI), l’introduzione di nuove sanzioni pecuniarie e l’attribuzione ad ANAC della competenza all’irrogazione delle stesse.

Conformemente al parametro di trasparenza previsto dalla delibera ANAC n. 1310/2016 relativo al *“Registro degli accessi”*, si evidenzia che quest’Amministrazione ha provveduto alla pubblicazione del registro relativa al primo semestre 2017 entro il mese di settembre 2017 in sede di prima applicazione, mentre per quanto riguarda il secondo semestre 2017 ha provveduto entro il 31 gennaio 2018 (a regime la pubblicazione deve avvenire entro un mese dalla scadenza del semestre di riferimento).

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 redige, applica e aggiorna il PTPCT. Nella Parte Terza del presente Piano, denominata *“Sezione Trasparenza”* sono definite le misure, i modi e le iniziative per l’adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese le misure organizzative volte ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi facenti capo ai dirigenti responsabili degli uffici dell’Azienda.

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza, oltre a costituire livello essenziale delle prestazioni erogate, rappresenta un valido strumento di diffusione e affermazione della cultura della legalità, di prevenzione e di lotta a fenomeni corruttivi. Attraverso la pubblicazione *on line* dei dati 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 compiute dalle 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, compiuta per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri Enti obbligati”*.

Al fine di migliorare l’integrazione tra il sito dell’amministrazione trasparente dell’AUSL della Romagna (visitabile all’indirizzo: <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>) e i sistemi

informatici di archiviazione utilizzati dall’Azienda (come l’applicativo InterdelFX per la gestione delle Deliberazioni e le Determinazioni dell’Ente), per alcuni item informativi, nel 2017 è stato attivato il progetto di esportazione automatica dal programma delibere/determinazioni nel Sito Amministrazione Trasparente, conformemente a quanto previsto nel precedente Piano 2017 – 2019.

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

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

Le misure operative di prevenzione riguardante gli obblighi di trasparenza 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
Tutte	Tutti i processi aziendali	Trasparenza	Accessibilità delle informazioni	RPCT	Entro 31/01 di ogni anno	Pubblicazione PTPCT (aggiornamento 2018-2020, ecc.)
Tutte	Tutti i processi aziendali coinvolti dagli obblighi di pubblicazione ex d.lgs. 33/2013.	- Sito unico amministrazione trasparente AUSL Romagna, visitabile all’indirizzo https://amministrazionetrasparenze.auslromagna.it/ - Pubblicazione dei dati / Informazioni previsti dalla tabella contenuta nella Sezione Trasparenza	Accessibilità delle informazioni	1) Responsabili Dipartimenti, Servizi e Uffici 2) RPCT/OAS aziendale	Pubblicazione e aggiornamento dei dati nei tempi indicati nel PTPC	1) Pubblicazione dati previsti dal d.lgs. 33/2013 e indicati nel PTPCT 2) <u>Audit interno a cura del RPCT e dell’OAS aziendale</u> con cadenza semestrale sugli adempimenti del sito dell’amministrazione trasparente

L’assolvimento degli obblighi di pubblicazione da parte dei Direttori delle UO tenuti alla medesima secondo quanto indicato nella tabella relativa alla trasparenza di seguito riportata, secondo le modalità e la tempistica in essa indicata è ritenuto obiettivo primario e strategico dell’Azienda in relazione a quanto previsto dall’art. 8 comma 1 della legge n. 190/2012 con le modifiche apportate dall’art. 41 del D.lg. 97/2016.

Per consentire ai Dirigenti/Responsabili dei Servizi/UU.OO. che sono interessati dagli obblighi di pubblicazione (così come precisati nella relativa sezione del PTPCT), conformemente a quanto previsto nel PTPCT 2017 – 2019, la nostra Azienda ha organizzato giornate formative con docenti

esterni per affrontare gli aspetti più controversi della normativa sulla trasparenza, alla luce delle modifiche che sono state apportate al D.lgs. n. 33/2013 dal d.lgs. n. 97/2016 e dalle relative Linee Guida ANAC.

Per i dettagli riguardanti le giornate di Formazione, si rinvia al successivo paragrafo 5 nel quale si dà atto anche della partecipazione ai corsi di formazione a distanza (FAD), che sono stati svolti nel corso del 2017.

Infine, nel PTPCT 2017-2019 si è dato atto che la legge 190/2012, all'art. 1, co. 9, lett. f), stabilisce che il PTPC individui specifici obblighi di trasparenza ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge, prevedendo, come indicato anche nel PNA 2016, **la pubblicazione di "dati ulteriori"**, quale obiettivo strategico di ogni amministrazione (art. 10, co 3, D.Lgs. n. 33/2013).

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

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

In coerenza a quanto previsto al riguardo, l'Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio nel 2017 ha dato un primo riscontro a quanto programmato nel precedente Piano riguardo agli ulteriori dati indicati nelle lettere a), b), c), d), procedendo alla pubblicazione nel sito "Amministrazione Trasparente" – "Altri contenuti" – "Dati Ulteriori" di specifici obblighi di trasparenza, relativi ai beni immobili, ulteriori rispetto a quelli previsti da disposizioni di legge.

Per l'Area dei contratti pubblici e, in particolare, per l'Unità Operativa Progettazione e Sviluppo Edilizio, la pubblicazione delle tipologie di dati ulteriori sopra indicate, relativamente ai beni immobili, viene confermato anche per l'anno 2018 come obiettivo strategico (art.10 comma 3 d.lgs. n. 33/2013).

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Area B - Contratti Pubblici	Processi aziendali relativi alla cessione/ alienazione degli immobili	Trasparenza Pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente	Accessibilità delle informazioni	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio	Entro 30-09-2018 Aggiornamento tempestivo	Implementazione dei dati della sezione creata nel sito Amministrazione trasparente

2. Codici di comportamento

In ossequio alle linee guida Civit (deliberazione 75/2013) l'Ausl Romagna, con deliberazione del Direttore Generale n. 701 del 2014, ha adottato il proprio codice di comportamento che, secondo le previsioni del PTPC del 2015, viene richiamato tanto negli atti relativi alla instaurazione di un rapporto di lavoro/collaborazione tanto nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori.

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 codici precedenti (D.M. del 31.3.1994 e D.M. del 28.11.2000), l'attuale Codice di comportamento non contiene soltanto norme di principio, ma introduce vere e proprie disposizioni che si aggiungono a quelle previste nei codici disciplinari (art. 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.

Il Codice di Comportamento aziendale infatti viene consegnato ad ogni dipendente/collaboratore al momento dell'assunzione in servizio e al Dirigente all'atto dell'accettazione dell'incarico. Inoltre, allo scopo di assicurare la più ampia conoscibilità dello stesso il Codice di Comportamento e gli eventuali aggiornamenti approvati sono pubblicati sul sito web aziendale, con menzione del relativo indirizzo nei contratti di affidamento di appalti di fornitura di servizi e lavori. I contenuti del Codice di comportamento sono stati inoltre diffusi tra i dipendenti anche tramite momenti formativi ad hoc.

Le segnalazioni dei dipendenti sulle violazioni del suddetto codice devono avvenire secondo la specifica procedura indicata nel “Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte del dipendente dell’Azienda USL della Romagna e relative forme di tutela”, adottato con deliberazione n. 150 del 05/04/2017, c.d. whistleblowing, che sarà di seguito approfondita.

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.

Il Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, coordinato dalla Regione Emilia Romagna ha elaborato uno “schema tipo” di Codice di Comportamento aggiornato ed unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione, allineato con quanto previsto dalle “Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale” approvate dall'ANAC con determinazione n. 358 del 29/03/2017 nonché dalle disposizioni poste dalla L.R. n. 9/2017. Tale “schema tipo” – di prossima approvazione - costituirà un modello di riferimento per la predisposizione del Codice di Comportamento che ogni Azienda dovrà adottare secondo quanto previsto dall'art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001 (come da nota PG/2018/35132 del 19/01/2018 del

Responsabile del Servizio Amministrazione del Servizio Sanitario regionale, sociale e socio sanitario della Regione Emilia Romagna).

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

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	1) Report infrannuale al RPCT su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nel 2018 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) <u>Segnalazione tempestiva</u> al RPCT <u>per ogni evento</u> corruttivo riconducibile ad un reato contro la Pubblica Amministrazione e/o in danno della Pubblica Amministrazione che evidenzia una lesione dei principi di imparzialità e buon andamento della PA, ponendosi in violazione delle norme generali e delle disposizioni particolari del Codice e del PTPC	Monitoraggi o sul rispetto dei Codici di Comportamento	UPD area comparto e UPD area dirigenza	1) Entro 30/09 di ogni anno 2) Tempestiva	Assenza/Presenza di denunce, condanne e procedimenti disciplinari significativi
Tutte	Tutti i processi aziendale	Adeguamento del Codice di Comportamento aziendale all'emanando Codice di Comportamento aggiornato unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna elaborato da parte del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, coordinato dalla Regione Emilia Romagna	Adeguamento o disposizioni codicistiche alle aree a rischio di corruzione	UPD area comparto e area dirigenza con il supporto del RPCT	Entro marzo 2018 o diverso termine qualora comunicato dalla Regione	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, all'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), al superiore gerarchico.

Inoltre, l'Anac ha previsto con la determinazione n. 6 del 28 aprile 2015 una procedura per la gestione delle segnalazioni da parte di dipendenti di altre Pubbliche Amministrazioni che nel medio termine verrà attuata secondo le indicazioni di cui all'allegato 1b, tramite implementazione della piattaforma informatica che verrà resa disponibile da ANAC, ma che in via transitoria trova applicazione attraverso il modulo pubblicato sul sito dell'Autorità e disponibile all'allegato 2 della suddetta determinazione. Nel 2017 l'ANAC ha aggiudicato il contratto per la manutenzione della piattaforma informatica di ricezione delle segnalazioni di *whistleblowing*; detta piattaforma sarà messa a disposizione delle Pubbliche amministrazioni in *open source*, così da consentire di dotarsi di tale strumento, risparmiando sull'investimento di risorse umane e finanziarie.

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

- **Principi ispiratori**

Al fine di ottemperare a quanto disposto dalle norme su citate ed esplicitato altresì nella determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015, la procedura di segnalazione degli illeciti da parte del dipendente o del collaboratore prevista dall'Ausl Romagna tiene conto dei seguenti principi:

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

- **Presentazione e protocollazione delle segnalazioni**

Le segnalazioni devono essere presentate e protocollate nel seguente modo:

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

- c) devono essere protocollate assicurando il rispetto della disciplina in materia di riservatezza e devono essere assegnate esclusivamente al RPCT.

• **Modalità di verifica delle segnalazioni**

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

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

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

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

• **La responsabilità del segnalante**

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

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

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

• **La segnalazione anonima**

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

A seguito dell'approvazione della Legge n. 179 del 30/11/2017 "*Disposizioni di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto pubblico o privato*" è stato modificato l'art. 54-bis del D.Lgs. n. 165/2001, prevedendo anche l'adozione, da parte dell'ANAC, di linee guida relative alle procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni, cui occorrerà conformarsi.

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	Implementazione di meccanismo di gestione informatizzata delle segnalazioni secondo determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015 che sarà reso disponibile da ANAC (pag.37 PNA 2016)	Agevolare la presentazione e di segnalazioni	U.O. Governo sistemi informativi	Entro 31/12/2018	Implementazione della piattaforma informatica per il personale dipendente/ collaboratore che consenta di verificare lo stato e l'esito delle segnalazioni fatte

Poiché per effettuare una qualsiasi segnalazione, nonché verificarne la relativa portata, occorre prima di tutto la comprensione delle norme violate nonché degli obblighi di comportamento che discendono dal sistema composto dal Codice di comportamento generale e aziendale, sono stati svolti a cura dell'UPD un ciclo di incontri in aula - con piccoli gruppi di dipendenti - al fine di renderli edotti sui profili disciplinari e penali della normativa in materia di prevenzione della corruzione. Incontri che saranno, quindi, utili a verificare nonché a promuovere il coinvolgimento di ciascun dipendente rispetto alla cultura aziendale dell'etica e della legalità, che da sola costituisce il deterrente primario al proliferare di episodi di malfunzionamento rientranti nell'ampia accezione di "corruzione" della legge 190/2012.

Al fine di favorire l'emersione di casi corruttivi è stata elaborata apposita documentazione informativa (volantino e locandina) sulla figura del Whistleblower e sulla importanza di segnalare tali fattispecie di illecito al Responsabile per la Prevenzione della corruzione, sottolineando che è stato predisposto un canale di comunicazione dedicato tramite l'indirizzo PEC anticorruzione@pec.auslromagna.it. Tale materiale informativo è stato pubblicato sulla intranet aziendale per favorire la conoscenza da parte degli operatori dell'Azienda Usl della Romagna. La notizia dell'adozione e della pubblicazione - nella sezione Amministrazione Trasparente del sito internet - del sopra citato Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite è stata divulgata tramite specifica comunicazione rivolta a tutti i Direttori di Unità Operativa.

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

Già con il d.lgs. 150/2009 la rotazione del personale è considerata quale fondamentale strumento di trasparenza e contrasto alla corruzione e, pertanto, con l'art. 16, co. 1, lett. *l-quater*, del d.lgs n. 165/2001, i dirigenti sono chiamati a stabilire, con provvedimento motivato, nell'ambito del monitoraggio delle attività in cui è più elevato il rischio di corruzione "*modalità di rotazione per il personale coinvolto in procedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva*".

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

dell'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento di attività ad alto rischio di corruzione.

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

L'Azienda Usl della Romagna, compatibilmente con l'organico a sua disposizione e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture che la compongono, alla luce delle indicazioni fornite da Anac con il PNA 2016, è intenzionata ad applicare la rotazione del personale secondo i criteri di seguito esposti affinché possa attuarsi in concreto tale misura di prevenzione generale.

La precisazione di criteri/linee guida per rendere attuale tale principio tiene comunque conto del fatto che la misura della rotazione del personale presenta non indifferenti profili di delicatezza e complessità, in quanto si pone in evidente contrasto con il principio di continuità dell'azione amministrativa, che impone la valorizzazione della professionalità acquisita dai dipendenti in certi ambiti e settori di attività. Inoltre, va ulteriormente considerato che la rotazione dei dirigenti (soprattutto in ambito sanitario) è di fatto difficile, se non impossibile, per le figure infungibili e per quelle il cui spostamento provocherebbe problemi oggettivi di continuità e di buon funzionamento dei servizi. Infatti, come evidenziato anche da ANAC nel PNA 2016, *“il settore clinico è sostanzialmente vincolato dal possesso di titoli e competenze specialistiche, ma soprattutto di expertise consolidate, che inducono a considerarlo un ambito in cui la rotazione è di difficile applicabilità”*.

Principi

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

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

Criteri

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

Inoltre, l'Ausl della Romagna attua il meccanismo della rotazione con riferimento a:

- **Conferimento incarichi dirigenziali per le aree a più elevato rischio**, nelle quali alla naturale scadenza dell'incarico – nel rispetto delle norme contrattuali e degli accordi sindacali e fermi restando i casi di revoca per le ipotesi di applicazione di misure disciplinari, cautelari o in caso di riorganizzazione aziendale – il personale dirigenziale verrà sottoposto alla rotazione. **Al riguardo è bene precisare come in ragione della riorganizzazione, sia per spostamenti che per accorpamenti/istituzione di Servizi/Strutture, a fine 2015 e inizio del 2016 sono stati assegnati incarichi ex novo ai Direttori delle Unità Operative Complesse, Semplici ed Alta Professionalità di Area Amministrativa e Tecnica nonché dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari.**

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

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

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

- **Programmazione pluriennale, nel rispetto del principio di gradualità:** iniziando dai Dirigenti ai quali nel 2015/2016 sono stati conferiti incarichi nelle aree a più elevato rischio, dall'anno precedente alla scadenza del termine massimo di durata dell'incarico, saranno previsti adeguati percorsi formativi, anche tramite periodi di affiancamento, al fine di dar corso alla rotazione alla scadenza dell'incarico; ciò sulla base di apposito atto di programmazione pluriennale che sarà previamente adottato dall'Azienda nel rispetto del principio di gradualità indicato da Anac e prevedendo misure alternative ove non sia possibile attivare tale rotazione.
- **Previsione di modalità organizzative a livello di singolo servizio** per prevenire possibili fenomeni corruttivi ed evitare il consolidarsi di posizioni di potere rispetto a processi connotati da un rischio medio-alto o in cui il principio di prudenza o l'emergere dei c.d. “eventi-sentinella” del rischio corruzione rendano opportuno adottare le seguenti misure esemplificativamente specificate in relazione a ciascuna area considerata.
- 1) Per l'area della **selezione/progressione del personale dipendente:**
 - rotazione degli addetti alle segreterie di concorso, fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e le competenze richieste e affiancamento di altri dipendenti a chi svolge le funzioni di segretario nelle selezioni per soli titoli o per titoli e colloquio, allo scopo di garantire piena correttezza ed imparzialità;
 - 2) Per l'area della **gestione economica dei convenzionati esterni:**
 - turnazione tra gli addetti alla predisposizione mensile delle spettanze economiche per i professionisti convenzionati, anche solo attraverso un diverso abbinamento tra operatore della U.O. Gestione giuridico-economica convenzionati esterni ed il soggetto beneficiario.

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

- rotazione tempestiva del Responsabile Unico del Procedimento, a cura del Dirigente Responsabile del Servizio, qualora venga rilevata una situazione, anche potenziale, di conflitto di interessi;
- rotazione, oltre che alla conclusione dei singoli contratti, anche attraverso l'affidamento al soggetto di incarichi di RUP in settori merceologici diversi rispetto a quelli seguiti nei precedenti incarichi, fatte salve le professionalità necessarie al ruolo e le competenze richieste (es. per la manutenzione di beni immobili e/o adeguamento dell'impiantistica degli uffici, ecc.);

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

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

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

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

- 1) Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
- 2) Servizi competenti sulla Sicurezza Alimentare
- 3) Servizi di Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di Lavoro.

In attuazione delle misure di prevenzione sopra descritte, nel 2016 e nel 2017 la rotazione è stata attuata, con riguardo a:

- personale ispettivo nelle attività di controllo nelle strutture private accreditate dell'AUSL della Romagna;
- operatori addetti alle segreterie di concorso dell'U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane;
- RUP dell'U.O. Acquisiti Aziendali;
- Dirigenti/funzionari dell'U.O. Manutenzione e gestione immobili e impianti;
- RUP dell'U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio.

Inoltre, come stabilito dal "Regolamento concernente i criteri per la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l'attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitoli tecnici", adottato con deliberazione n. 303 del 11/07/2017, il rispetto del principio di rotazione è stato previsto nell'individuazione dei membri del Gruppo Tecnico, salvo palese impossibilità,

nonché nell'individuazione dei componenti della Commissione, tenendo conto del numero dei dipendenti dell'Azienda dotati delle specifiche competenze necessarie.

Nel 2017, sono state adottate linee guida ove sono individuati i criteri preventivi di attuazione della rotazione, in modo da contemperare le esigenze dettate dalla normativa con quelle dirette a garantire il buon andamento dell'amministrazione:

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

Il RPCT si riserva di effettuare verifiche anche a campione sull'attuazione della rotazione del personale.

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	Atto di programmazione pluriennale della rotazione	Applicazione criteri di rotazione	U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Entro 31/12/2019	Adozione atto di programmazione pluriennale
Tutte	I processi aziendali con livello di rischio medio-alto	Rendicontazione sullo stato di attuazione delle modalità organizzative definite a livello di singolo servizio per attuare tale misura con indicazione del numero di dirigenti/funzionari interessati dalla rotazione	Applicazione criteri di rotazione previsti dal PTPC	Direttori/Responsabili delle articolazioni organizzative interessate (es. U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane, U.O. Gestione economica Risorse Umane, U.O. Acquisti Aziendali, Dipartimento sanità pubblica, ecc.)	Entro 30/11 di ogni anno	Relazione infrannuale dei Referenti Aziendali al RPCT interessati sullo stato di attuazione per i processi a rischio medio-alto con indicazione del numero di dirigenti/funzionari/dipendenti in genere interessati dalla rotazione

5. Formazione

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

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

- 1) **formazione “gerarchica”** diretta ai Direttori/Responsabili delle UU.OO./Servizi che secondo la griglia della Parte Terza sono tenuti alla pubblicazione sul sito dell'amministrazione trasparente, allo scopo di guidare i Referenti Aziendali nell'interpretazione della normativa in materia nonché degli aggiornamenti apportati in seguito all'adozione dei decreti attuativi della legge delega 124/2015;
- 2) **formazione “periodica” di livello specifico per figure professionali**, che attraverso docenti esterni fornirà al Responsabile della Prevenzione, ai Referenti, ai componenti degli organismi di controllo, ai dirigenti e funzionari addetti alle aree a rischio una formazione in tema di fattispecie di reato, di strumenti utilizzati per la prevenzione (PTPC, Codice di Comportamento aziendale e tematiche settoriali), di metodologie di mappatura dei processi; temi che saranno affrontati in relazione al ruolo svolto da ciascun soggetto nell'amministrazione;
- 3) **formazione “periodica” di livello specifico per settori di attività** che, allo scopo di far emergere il principio comportamentale eticamente adeguato e corrispondente al codice di comportamento generale ed aziendale nelle diverse situazioni analizzate, tramite appositi *focus group*, composti da un numero ristretto di dipendenti e guidati dal RPCT in collaborazione con il Presidente dell'UPD-dirigenza, consentano la disamina e il confronto con problematiche concrete di prevenzione della corruzione calate nel contesto dell'attività di settore;
- 4) **formazione “a richiesta/intervento”** da attivare su istanza del RPCT e/o dei Referenti aziendali ove sia ravvisato il ricorrere di episodi gravi (anche solo potenziali) di corruzione.

A questa formazione programmata si aggiunge quella svolta nell'ambito degli incontri frontali promossi con le UU.OO. rispettivamente interessate per la valutazione del rischio e l'individuazione delle misure atte a prevenirlo, nonché il percorso di formazione a distanza fruibile dal 2015 ed accessibile on line sulla piattaforma <http://www.e-romagna.it> al fine di ridimensionare le problematiche legate ad estensione territoriale e consistenza numerica (oltre 15.000) dei dipendenti dell'Ausl Romagna. Al riguardo, a seguito delle intervenute modifiche normative in tema di prevenzione della corruzione e di trasparenza, nel 2017, si è provveduto a revisionare i corsi di formazione a distanza (FAD) rivolti al personale sanitario ed al personale tecnico-amministrativo, rinnovando l'invito ai dipendenti - tramite avvisi pubblicati nella intranet aziendale - a frequentare tali corsi. Posto che i livelli di partecipazione degli operatori ai corsi FAD, seppure in crescita rispetto agli anni precedenti, sono ancora migliorabili, proseguirà l'opera di sensibilizzazione del RPCT per ottenere una sempre più diffusa partecipazione, monitorando i risultati conseguiti. Inoltre, il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza partecipa ad importanti momenti di confronto con RPCT di altre aziende sanitarie attraverso incontri e tavoli di confronto promossi dalla Regione Emilia Romagna tra RPCT dell'Area Vasta Emilia Nord (AVEN), dell'Area Vasta Emilia Centro (AVEC), dell'Azienda UsI della Romagna ed ArpaE nonché al Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza coordinato dalla Regione stessa.

In particolare:

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

- i momenti formativi svolti nel 2017, sono stati principalmente destinati, come previsto dal Piano Aziendale di Formazione, al personale Dirigente Medico e Sanitario, pur registrandosi anche la partecipazione di personale amministrativo, per un totale di n. 216 operatori presenti. Considerato che attualmente in sanità si assiste ad una ideale convergenza tra rischio clinico, rischio professionale e rischio da corruzione, è stato organizzato il corso *“Conflitto di interessi, prevenzione della corruzione e responsabilità professionale nelle aziende sanitarie”*, articolato in tre edizioni e tenuto da un docente esterno esperto nella materia, al fine di:

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

In considerazione della partecipazione e dell'interesse suscitato dall'evento formativo così come sopra programmato, tale iniziativa sarà riproposta anche nel 2018.

Per quanto riguarda la Trasparenza, i momenti formativi svolti nel 2017, secondo quanto previsto nel Piano Aziendale di Formazione, sono stati due e hanno riguardato temi tra loro diversi. Entrambi sono stati tenuti da un docente esterno, esperto nella materia, e sono stati rivolti a Dirigenti dell'Ausl Romagna e a personale interno interessato.

In specifico, è stato organizzato il corso di formazione **“Trasparenza, accesso civico, obblighi di pubblicazione e tutela dei dati personali”**, in considerazione delle modifiche apportate dal d.lgs. n. 97 in materia di trasparenza, accesso civico e obblighi di pubblicazione, nonché in vista della prossima piena vigenza del Regolamento Privacy UE n. 679/2016.

Nella giornata sono state approfondite le novità più rilevanti relative alla nuova accezione di trasparenza e alla rimodulazione dell'accesso civico (d. FOIA) che è stato notevolmente potenziato con l'introduzione dell'accesso civico generalizzato, che si affianca all'accesso documentale (ex L.241/1990 e s.m.i.), con trattazione di esempi pratici. Il docente ha approfondito anche le novità in tema di protezione dei dati personali, con taglio pratico rivolto al cambiamento degli adempimenti che l'Azienda dovrà porre in essere prima del 25/05/2018, data di piena vigenza del nuovo “Regolamento privacy UE 679/2016”.

Sulla scorta della prossima entrata in vigore (25/05/2018) del Nuovo Regolamento Privacy Europeo, è stato organizzato anche il Corso: “La tutela dei dati personali e la gestione della privacy in ambito sanitario, in vista della piena vigenza del Nuovo Regolamento Privacy Europeo (Reg. UE 2016/679)”. Il docente ha trattato le novità introdotte dalla normativa europea e le azioni da mettere in campo per l'adeguamento alla citata regolamentazione.

Tutti e due i Corsi di formazione hanno suscitato ampio interesse e partecipazione.

I percorsi formativi proposti per il 2018, poiché dovranno essere mirati, devono essere contraddistinti dalla c.d. modularità, il cui obiettivo principale è quello di assicurare una formazione puntuale e continua che possa essere declinata in base ai diversi livelli di responsabilità nonché ai diversi livelli di “rischio” e verificata attraverso la somministrazione di questionari.

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

Le misure di prevenzione che attengono alla formazione sono:

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

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

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

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

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

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

Tutti i dipendenti e i collaboratori a qualsiasi titolo sono, quindi, tenuti a rispettare gli obblighi di astensione in casi di conflitto di interessi previsti dalle norme vigenti, ed in particolare nei casi previsti dall'art. 6 *bis* nella l. 241/1990, introdotto dall'art. 1, comma 41, della legge 190/2012, e dagli artt. 5, 6, 7 e 13 del Codice di comportamento nazionale e dagli artt. 4, 9 e 16 del Codice di comportamento Aziendale, nonché a segnalare tempestivamente la situazione di conflitto, secondo le modalità ivi stabilite. Qualora vengano segnalate situazioni di conflitto di interesse, il dipendente

dovrà essere sollevato dall'incarico e quest'ultimo dovrà essere affidato ad altro dipendente ovvero, in carenza di dipendenti professionalmente idonei, il Responsabile della struttura dovrà avocare a sé ogni compito relativo a quel procedimento.

Sul piano operativo, al fine di agevolare il dipendente nel conformare il proprio comportamento alle disposizioni legislative in materia di astensione e conflitto di interessi, ed in particolare agli obblighi di comunicazione discendenti dagli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013, al momento della sottoscrizione del contratto il dipendente che è stato assunto oppure il dipendente che è stato spostato/riassegnato o abbia modificato il proprio ruolo sottoscrive una dichiarazione, raccolta dall'U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane (fino all'attivazione della procedura di acquisizione delle dichiarazioni tramite il sistema informatico WHR – time) e valutata dal Direttore della struttura di riferimento.

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

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

L'importanza del tema del conflitto di interessi è stata ribadita nell'Aggiornamento al PNA approvato con determinazione Anac n. 12/2015 che, in attuazione del Protocollo di Intesa del 5.11.2014 tra Anac e Agenas (Autorità Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali), prevede quale allegato della sezione sanità la modulistica reperibile sul sito dell'Agenas per la dichiarazione pubblica di interessi da parte dei professionisti operanti in tale settore. La previsione di questa modulistica risponde all'esigenza di uniformare l'azione delle Pubbliche Amministrazioni operanti in sanità mediante il rafforzamento della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i singoli professionisti (di area sanitaria ed amministrativa) nell'esercizio della loro professione. I professionisti chiamati a rendere tali dichiarazioni sono quelli sui quali grava la responsabilità nella gestione delle risorse e/o che svolgono un ruolo nei processi decisionali (legati all'area dei farmaci, dei dispositivi, delle altre tecnologie, della ricerca, della sperimentazione e della sponsorizzazione) e che, perciò, sono chiamati a consentire all'organizzazione presso cui operano di disporre di una reciprocità di informazioni utili per gestire in trasparenza le attività/prestazioni professionali rese.

In coerenza con le disposizioni della L.R. n. 9/2017 e del Codice unico di comportamento per il personale del SSR, il Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza ha elaborato una modulistica condivisa di prossima adozione che sostituirà la modulistica in uso in Azienda, intendendo superare la modulistica proposta da Agenas che risulta di complessa applicazione. In particolare, si prevede che le dichiarazioni siano rese dai dipendenti tramite il sistema informatico WHR – time (portale del dipendente) nel quale saranno disponibili i differenti moduli per rendere le dichiarazioni richieste (dichiarazione patrimoniale/reddituale per il personale dirigente; comunicazione interessi finanziari e conflitti di interessi per tutto il personale; comunicazione interessi finanziari e conflitti di interessi per il personale dirigente; comunicazione dell'adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni; comunicazione circa l'eventuale obbligo di astensione).

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

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti	Adozione della modulistica elaborata dal Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza per acquisizione tramite il sistema informatico WHR – time (portale del dipendente) dichiarazione ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013	Valutazione assenza conflitto interessi e rafforzamento o della trasparenza delle relazioni che possono coinvolgere i professionisti	U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Entro dicembre 2018	Adozione modulistica nel sistema informatico WHR – time (portale del dipendente)

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

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

La delibera ANAC n.149 del 22.12.2014 al punto 2 riconduce le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità nelle Aziende sanitarie ai soli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario attesa la disciplina dettata dall'art.1 commi 49 e 50 della L.190/2012 e dagli artt. 5, 8, 10, 14 del d.lgs 39/2013 nonché alla luce della sentenza del Consiglio di Stato n. 5583/2014, a mezzo della quale l'organo di giustizia amministrativa di riesame si è pronunciato sul delicato tema della incompatibilità tra una carica pubblica elettiva e l'incarico di dirigente medico di struttura complessa. Tale limite all'applicabilità di tale disciplina viene ribadito, altresì, al par. 2.1.2. "Incarichi e nomine" (pag. 44) della determinazione Anac 12/2015.

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

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

Qualora venga riscontrata la sussistenza di una situazione di inconferibilità/incompatibilità la suddetta U.O. dovrà provvedere a comunicare tempestivamente al Responsabile per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, il quale a propria volta, ai sensi dell'art. 15 del d.lgs. 39/2013, è tenuto a segnalare i possibili casi di violazione delle disposizioni del decreto medesimo

all'Autorità Nazionale Anticorruzione, nonché alla Corte dei Conti per l'accertamento di eventuali responsabilità amministrative.

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

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

a) *non possono fare parte, anche con compiti di segreteria, di commissioni per l'accesso o la selezione a pubblici impieghi;*

b) *non possono essere assegnati, anche con funzioni direttive, agli uffici preposti alla gestione delle risorse finanziarie, all'acquisizione di beni, servizi e forniture, nonché alla concessione o alla erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari o attribuzione di vantaggi economici a soggetti pubblici e privati;*

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

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

Al fine di garantire il rispetto della disciplina in esame le UU.OO./Servizi che sono rispettivamente competenti ad es. all'affidamento di incarichi c/o commissioni di concorso o commissioni per la selezione del contraente di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture acquisiscono apposita dichiarazione resa dall'interessato ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445/2000 e ai sensi dell'art. 20 del d.lgs. 39/2013:

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

b) all'atto del conferimento/rinnovo degli incarichi dirigenziali e degli altri incarichi previsti dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;

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

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

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

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

b) si darà corso all'applicazione delle misure previste dall'art. 3 del d.lgs. 39/2013;

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

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

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

8. Attività e incarichi extra istituzionali

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

Al fine di concretizzare l'impegno assunto dall'Azienda nel dare piena ed effettiva attuazione alle misure previste dal PNA, con deliberazione n. 284 del 10/06/2016, successivamente integrata con deliberazione n. 348 del 20/07/2016, è stato adottato - a cura della U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali, che è competente a rilasciare le autorizzazioni alle prestazioni saltuarie ed occasionali nonché alla relativa iscrizione presso l'anagrafe delle prestazioni - un regolamento unico dell'Azienda Usl della Romagna che ha definito una procedura unica. In questo modo si è provveduto ad uniformare la disciplina aziendale in materia, anche attraverso la predisposizione di apposita modulistica per la trasmissione dell'istanza di autorizzazione e/o di mera comunicazione. Tale modulistica è stata inviata a tutti i Responsabili in allegato a nota prot. n. 139954 del 27/06/2016, esplicativa del predetto Regolamento. Con deliberazione n. 297 del 16/06/2016 è stato costituito anche il Nucleo Tecnico Aziendale per la verifica dell'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario o che hanno rapporti con l'Azienda. Inoltre, resta fermo l'obbligo di comunicare al RPCT il numero di autorizzazioni rilasciate in ciascun anno, distinguendo tra incarichi retribuiti e incarichi gratuiti, nonché le eventuali segnalazioni e violazioni accertate sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati, anche ai fini della redazione della relazione del RPCT di fine anno.

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

Area a rischio	Processo o aggregazione e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Provvedimenti ampliati vi della sfera giuridica dei destinatari con	Autorizzazioni e allo svolgimento di incarichi ed attività extra-istituzionali	- Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 31/10; - Indicazione di eventuali segnalazione pervenute e accertate in merito allo	Osservanza disciplina in materia di incarichi extra-istituzionali	Alta Professionalità Gestione contenzioso, recupero crediti e autorizzazioni	Entro il 30/11 di ogni anno	Reportistica

effetto economico diretto		svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati;				
---------------------------	--	--	--	--	--	--

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

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

Dunque, sono destinatari del divieto in esame tutti i dipendenti che per il ruolo o la posizione ricoperti nell'amministrazione hanno avuto il potere di incidere in maniera determinante sull'attività negoziale dell'Ausl Romagna e, quindi, hanno esercitato la potestà o il potere negoziale con riguardo allo specifico procedimento o procedura (dirigenti, funzionari titolari di funzioni dirigenziali, responsabile del procedimento nel caso previsto dall'art. 125, commi 8 e 11, del d.lgs 163/2006). Il limite derivante da tale divieto opera qualunque sia la causa della cessazione del rapporto ed a prescindere dal rapporto (di lavoro autonomo o subordinato) svolto presso il soggetto privato che ha beneficiato dell'esercizio del potere negoziale o autoritativo.

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

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

- a) nei contratti di assunzione del personale, nei quali si prevede il divieto di prestare attività lavorativa (a titolo di lavoro subordinato o di lavoro autonomo) per i tre anni successivi alla data di cessazione del rapporto di lavoro con l'Azienda Usl della Romagna a favore di soggetti privati che, nell'ultimo triennio di servizio, sono stati destinatari dell'attività svolta dal dipendente nell'esercizio di poteri autoritativi e negoziali;
- b) nei bandi di gara e negli atti prodromici agli affidamenti, anche mediante procedura negoziata, nonché negli atti di affidamento diretto della fornitura di beni e servizi e negli atti di convenzionamento con strutture private, nei quali viene stabilito che, a pena di esclusione dalla procedura, l'operatore economico deve possedere la condizione soggettiva di non aver concluso contratti di lavoro (subordinato o autonomo) o comunque di non aver attribuito incarichi, nel triennio successivo alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, ad ex dipendenti dell'Azienda Usl della Romagna che hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali nei propri confronti.

Viste le difficoltà riscontrate dalle UU.OO. interessate *ratione materiae* (U.O. Programmazione Beni e Servizi, U.O. Acquisti Aziendali, ecc) nel garantire concreta attuazione alla misura in esame, per l'assenza di strumenti di verifica delle dichiarazioni di parte raccolte, entro la fine del 2018 è allo studio la possibilità di adottare apposito protocollo con l'Agenzia delle Entrate onde verificare la corretta osservanza dell'art. 53, co. 16 *ter*, d.lgs 165/2001.

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

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

(...)
dichiaro inoltre:

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

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

DATA _____ FIRMA _____

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

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

Le misure operative di prevenzione in merito al divieto di c.d. *revolving doors* sono:

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti	Protocollo Ausl-Agenzia Entrate	Facilitare il controllo sulle dichiarazioni degli operatori economici	U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Entro 31/12/2018	Verifica da parte del RPCT circa stipula di tale protocollo

10. Patti di integrità

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

Il “Patto di integrità”, consistendo in un accordo tra l'Amministrazione Pubblica e i concorrenti alle gare per l'aggiudicazione di pubblici contratti - con previsione di diritti e obblighi in forza dei quali

nessuna delle parti contraenti pagherà, offrirà, domanderà o accetterà indebite utilità, o si accorderà con gli altri concorrenti per ottenere il contratto o in fase successiva all'aggiudicazione – risulta essenziale ai fini della prevenzione della corruzione.

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

Pertanto, a cura dei Responsabili delle strutture preposte alla gestione delle relative procedure il Patto di integrità su menzionato viene inserito nell'ambito della documentazione obbligatoria di gara quale parte integrante e sostanziale della legge speciale di gara. Nello specifico con tale patto di integrità viene stabilito il reciproco e formale obbligo della stazione appaltante operante nell'ambito dell'Azienda USL della Romagna e dell'operatore economico *"di, inderogabilmente, conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza, correttezza e buon clima nonché l'esplicito impegno a non compiere alcun atto e/o comportamento teso ad influenzare indebitamente o distorcere in qualsiasi modo - anche potenziale - le procedure di acquisto e la corretta esecuzione degli eventuali contratti aggiudicati"*.

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

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

11. Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile

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

Tra le forme di coinvolgimento promosse dall'AUSL Romagna, spicca la "Giornata della Trasparenza" che nel 2017 si è svolta il giorno 08.11.2017, in collaborazione con il Comune di Cesena e l'Unione dei Comuni Valle del Savio. La giornata ha costituito un'occasione per approfondire il tema dell'accesso agli atti, alle informazioni e ai dati delle Pubbliche Amministrazioni, alla luce delle ultime modifiche normative, oltre che per conoscere meglio quali informazioni, sono già disponibili nei siti istituzionali degli Enti.

Nella prima parte un docente esterno qualificato ha trattato i temi della Trasparenza e dei diritti di accesso agli atti e alle informazioni della Pubblica Amministrazione.

Nella seconda parte, invece, i referenti degli Enti organizzatori hanno illustrato i rispettivi siti istituzionali nonché i documenti e le informazioni presenti nei siti stessi e si sono posti a disposizione per rispondere a domande specifiche da parte degli intervenuti.

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

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

Nel 2018 la "Giornata per la Trasparenza" sarà organizzata presumibilmente entro il 31 ottobre p.v. L'evento formativo/informativo pubblico sul tema dell'anticorruzione, della trasparenza e della legalità, sarà aperto alle organizzazioni sociali e ai portatori di interessi più rappresentativi sul territorio ed ai cittadini interessati.

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

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

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

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

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

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

3) **collaborazione/coinvolgimento attivo** del pubblico mediante iniziative quali la pubblicazione via web d'invito a presentare dal 20 novembre al 10 dicembre di ciascun anno proposte e suggerimenti all'indirizzo email azienda@pec.auslromagna.it per promuovere integrazioni/correzioni del PTPC adottato, così da assicurare un ruolo attivo e dinamico di collaborazione/coinvolgimento dei *stakeholders* al processo decisionale che conduce all'adozione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione. Tale iniziativa verrà ripetuta anche nel 2018 a cura del RPCT.

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

Misure operative legate alle azioni di sensibilizzazione della società civile

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/ Monitoraggio
Tutte	Tutti i processi aziendali	Report da trasmettere al RPCT in merito alle segnalazioni da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi con precisazione del numero di segnalazioni ricevute e il loro oggetto	Consultazioni e ascolto della società civile al fine di incentivare la diffusione di buone prassi	UU.OO. Piattaforme Amministrative	Entro 31/10 di ogni anno	Report su numero e oggetto delle segnalazioni a favore del RPCT
Tutte	Tutti i processi aziendali	Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche ai fini dell'aggiornamento del PTPC	Collaborazione/coinvolgimento attivo	RPCT	Dal 20/11/2018 al 10/12/2018	Pubblicazione sul sito di procedura di consultazione

12. Rapporti con le società partecipate

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

Avendo precisato l'Autorità che è compito delle amministrazioni «*l'impulso e la vigilanza sulla nomina del RPCT e sull'adozione delle misure di prevenzione anche integrative del “modello 231”, ove adottato, anche con gli strumenti propri del controllo (atto di indirizzo rivolto agli*

amministratori, promozione di modifiche statutarie e organizzativa, altro)» da parte delle società controllate e partecipate, rivolge le suddette linee guida anche alle Amministrazioni pubbliche che le controllano e/o partecipano secondo i criteri e limiti sotto specificati.

In riferimento all'AUSL Romagna occorre rilevare che questa Azienda detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria nelle seguenti società: IRST s.r.l., CUP 2000 S.c.p.A. e Lepida s.p.a., come confermato con deliberazione n. 440 del 29/09/2017.

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

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

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

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

- alla nomina del Responsabile della prevenzione della corruzione, con trasmissione dei dati relativi alla nomina all'Anac attraverso il modulo disponibile sul sito dell'Autorità nella pagina dedicata ai servizi online, nonché all'adeguamento del Piano di prevenzione della corruzione e del Programma della trasparenza ed integrità, alle linee guida su richiamate;
- alla pubblicazione nella sezione amministrazione trasparente del sito web di tutti i dati, delle informazioni e dei documenti così come specificati nell'allegato 1 alle suddette linee guida, cui integralmente si rimanda, in merito agli adempimenti ex d.lgs. 33/2013 adattati alle società controllate o partecipate;
- all'adozione dei protocolli di legalità, recanti le misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza con indicazione della cadenza temporale delle misure da introdurre nelle società e negli enti partecipati.

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

Area a rischio	Processo o aggregazioni e di processi ai quali applicare le stesse misure di prevenzione	Misure di prevenzione	Obiettivi	Soggetto Responsabile	Tempistica	Indicatori/Monitoraggio
Tutte	Rapporti con le società partecipate	Controllo sull'adozione del PTPC da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento determinazione Anac n. 1134/2017	Verifica sul corretto adempimento determ. Anac n. 1134/2017	RPCT	Entro 30/06/2018	Assenza segnalazione nei confronti delle società partecipate

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

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

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

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

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

SEZIONE II: LE MISURE SPECIFICHE

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

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

- A. Contratti pubblici
- B. Attività libero professionale
- C. Rapporti contrattuali con privati accreditati
- D. Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero
- E. Acquisizione del Personale
- F. Sanità Pubblica - vigilanza, controlli ed ispezioni
- G. Sperimentazioni cliniche
- H. Assistenza protesica
- I. Recupero/rimborso ticket – Gestione liste di attesa per attività istituzionale
- J. Utilizzo beni aziendali
- K. Farmaceutica
- L. Informazione scientifica in merito a farmaci e dispositivi medici
- M. Incarichi a soggetti esterni

A) Area di rischio: Contratti pubblici

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

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

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

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

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

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

Tenuto conto di ciò, della mappatura svolta nel 2014, delle misure suggerite dall'Anac con la determinazione 12/2015 nonché delle valutazioni svolte attraverso i questionari somministrati nel 2015 alle strutture interessate circa la necessità/opportunità di una loro introduzione, con riferimento al ciclo dei contratti pubblici rispettivamente per ciascun gruppo interessato già nel 2015 erano state prospettate misure operative specifiche per prevenire il fenomeno della corruzione.

Nel corso del 2016, a seguito del progressivo avanzamento del processo di riorganizzazione aziendale, si è proceduto ad indagare il livello di “rischio – corruzione” nell’Area dei contratti pubblici, tramite la predisposizione di schede per la valutazione del rischio di corruzione che i responsabili dei servizi hanno compilato vagliando, in riferimento a ciascuna attività/processo sottoposto a valutazione, probabilità ed impatto del rischio ed individuando anche le necessarie misure di prevenzione da implementare. Si riportano nelle tabelle A1 e A2 gli esiti del monitoraggio effettuato rispetto alle misure di prevenzione da attuare nel 2017, precisando che con riguardo al settore “Acquisito di beni e servizi”, si è proceduto a ridefinire le misure preventive relative al processo “Progettazione della procedura” a seguito dell’adozione del “*Regolamento concernente i criteri per la nomina e la composizione delle commissioni di gara e l’attribuzione degli incarichi per la predisposizione dei capitolati tecnici*”, di cui a deliberazione n. 303 del 11/07/2017.

A1 Acquisto di beni e servizi - Misure preventive specifiche - Esiti monitoraggio 2017

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione della gara <i>[Processo già indicato nel 2016]</i>	Procedure in deroga dettate da situazioni di urgenza causate da inadeguata programmazione dei beni e/o dei servizi	Eccessivo ricorso a procedure di urgenza e/o a proroghe contrattuali	Trasmissione d’ufficio al RPCT di determinazioni di proroghe contrattuali o affidamenti d’urgenza di importo uguale o superiore a euro 1.000.000,00 (1 milione)	Da Gennaio 2016	U.O. Acquisti Aziendali	Adeguato flusso informativo - Il RPCT ha esaminato le determinazioni trasmesse: non sono emersi rilievi
Percorso gestionale beni acquistati (sanitari e non) <i>[Processo già indicato nel 2016]</i>	Sottrazione beni e/o falsificazione contabile	Inadeguata gestione risorse pubbliche	Definizione di specifiche procedure per la gestione e il monitoraggio dei beni (sanitari e non) presenti in magazzino, con l’eventuale potenziamento e adeguamento funzionalità informatiche	Entro fine 2016	UU.OO. Programmazione Beni e Servizi/ Acquisti Aziendali	Presenza Procedure - E’ stata predisposta, autorizzata e pubblicata apposita procedura nella quale sono fra l’altro indicate le modalità di gestione e di monitoraggio dei beni presenti nel Magazzino Unico di Pievesestina
Progettazione della procedura - Nomina del Responsabile del Procedimento	Nomina Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che	- Ulteriore modulistica per dichiarazioni assenza cause	Entro marzo 2017	U.O. Acquisti Aziendali	Controllo a campione presenza dichiarazioni acquisite e sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione

<p><i>[Processo ridefinito nel 2017]</i></p>	<p>uscenti) o privi dei requisiti idonei/ adeguati ad assicurarne terzietà ed indipendenza</p>	<p>possano invalidare la regolarità della procedura di gara</p>	<p>incompatibilità o astensione anche per il RUP; - attivazione controlli a campione</p>			<p>- Effettuati n. 15 controlli a campione su presenza dichiarazione RUP nominati dopo il 01/02/2017: 0% anomalie</p>
<p>Progettazione della procedura - Nomina del Gruppo Tecnico per la predisposizione degli atti di gara (da effettuarsi con proposta dell'U.O. Programmazione Beni e Servizi da validare da Direttore Amministrativo o da Direttore Sanitario a seconda della tipologia della forniture di beni e/o servizi, nei termini fissati dal regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale 303/2017)</p> <p><i>[Processo ridefinito nel 2017]</i></p>	<p>Nomina di uno o più membri del Gruppo Tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/adeguati ad assicurarne terzietà ed indipendenza</p>	<p>Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara</p>	<p>- Attivazione controlli a campione</p>	<p>Entro novembre di ogni anno (a partire dal 2018)</p>	<p>U.O. Programmazione Beni e Servizi</p>	<p>Controllo annuale a campione in merito all'acquisizione da parte dell'U.O. Acquisti Aziendali delle dichiarazioni di assenza cause di incompatibilità sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione</p> <p>- In via transitoria, nel 2017, si è proceduto alla verifica selezionando n.4 procedure di gara (sia sottosoglia che sopra soglia) per le quali sia stato nominato il gruppo di lavoro per la predisposizione del capitolato tecnico:0% anomalie</p>
<p>Progettazione della procedura - Nomina della Commissione giudicatrice (da effettuarsi su proposta U.O. Programmazione Beni e Servizi da validare da Direttore Amministrativo o da Direttore Sanitario, a seconda della tipologia della forniture di beni e/o servizi + eventuale e successiva formalizzazione con Determina U.O. Acquisti Aziendali per gare sopra soglia comunitaria, nei termini fissati dal regolamento adottato con Deliberazione del Direttore Generale 303/2017)</p> <p><i>[Processo ridefinito nel 2017]</i></p>	<p>Nomina dei membri della Commissione giudicatrice, per la valutazione delle offerte tecniche presentate dalle ditte partecipanti alle gare d'appalto, in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/adeguati ad assicurarne terzietà ed indipendenza</p>	<p>Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara</p>	<p>- Attivazione controlli a campione</p>	<p>Entro novembre di ogni anno (a partire dal 2018)</p>	<p>U.O. Programmazione Beni e Servizi</p>	<p>Controllo annuale a campione in merito all'acquisizione da parte dell'U.O. Acquisti Aziendali delle dichiarazioni di assenza cause di incompatibilità sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione</p> <p>- In via transitoria, nel 2017, si è proceduto alla verifica selezionando n.5 procedure di gara (sia sottosoglia che sopra soglia) per le quali sia stata nominata la commissione giudicatrice</p>

Progettazione della procedura - Individuazione strumento/ istituto di affidamento	Abuso o elusione delle regole di affidamento degli appalti con improprio utilizzo dei meccanismi di affidamento o delle tipologie contrattuali allo scopo di favorire un dato operatore	Violazione della disciplina in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	- Adozione della procedura prevista per le c.d. "esclusive" solo previa acquisizione dell'apposita dichiarazione; - attivazione di controlli a campione	Per controlli a campione, entro marzo 2017	U.O. Acquisti Aziendali	Controllo a campione presenza dichiarazioni acquisite e debitamente sottoscritte e percentuale di anomalie rilevate sul campione - Effettuati n. 13 controlli a campione su presenza dichiarazione esclusiva/specificità: 0% anomalie
Progettazione della procedura - Predisposizione di atti e documenti di gara con definizione dei criteri di partecipazione/ aggiudicazione/ attribuzione del punteggio	Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione - Prescrizioni del bando e delle clausole contrattuali finalizzate ad agevolare determinati concorrenti (c.d. bandi-fotografia)	Elusione disciplina in materia allo scopo di favorire un determinato operatore economico	Rispetto della normativa e delle Linee guida ANAC in materia. - Fino al 31/12/2017: attivazione di controlli a campione - Dal 01/01/2018: attivazione del controllo per tutti i casi in cui venga evidenziata da qualche Operatore Economico la presenza di clausole contrattuali vaghe o vessatorie per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione oppure la presenza di "bandi fotocopia"	Entro marzo 2017	U.O. Acquisti Aziendali	Fino al 31/12/2017: controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione. Dal 01/01/2018: percentuale anomalie nei controlli effettuati - Fino al 31/12/2017: effettuati n. 4 controlli a campione su assenza clausole vaghe o vessatorie ecc. nel bando e/o contratto: 0% anomalie
Selezione del contraente - Pubblicazione del Bando e gestione delle informazioni	Assenza di pubblicità del bando e/o dell'ulteriore documentazione rilevante	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o	Adozione check-list su adempimenti per pubblicità	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione

complementari		potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara			competente -	- Check-list su adempimenti per pubblicità definita a novembre 2017 dopo introduzione obbligo utilizzo piattaforma SATER-IntercentER anche per tutte le gare sopra soglia (dal 01.10.2017) Effettuato n. 1 controllo a campione su adempimenti per pubblicità gare soprastoglia su piattaforma: 0% anomalie
Selezione del contraente - Trattamento e custodia della documentazione di gara	Alterazione e/o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che nella fase successiva di controllo	Violazione della regolamentazione in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Ampliamento locali per custodia "sotto chiave" della documentazione di gara	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Nuovi locali dedicati - Nessun nuovo locale acquisito, ma riassetto degli spazi dell'U.O. (sede di Pievesestina) in modo da destinare due locali alla custodia della campionatura e all'attività delle Commissioni giudicatrici - Gli spazi sono comunque ancora insufficienti
Selezione del contraente - Gestione delle sedute di gara, verifica dei requisiti di partecipazione, valutazione e delle offerte e verifica di anomalia delle offerte	Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara - Assenza di adeguata motivazione sulla non congruità dell'offerta, nonostante la sufficienza e pertinenza delle giustificazioni addotte dal concorrente e/o l'accettazione di giustificazioni di cui non si è verificata la fondatezza	Violazione della regolamentazione in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Attivazione controlli a campione	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione - Effettuati n. 2 controlli a campione su procedimento di verifica anomalia dell'offerta: 0% anomalie
Selezione del contraente - Annullamento della gara/Revoca del bando/ Non aggiudicazione	Abuso del provvedimento di revoca del bando, annullamento gara o non aggiudicazione, al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un	Cattiva gestione risorse pubbliche	Attivazione controlli sulle revoche in autotutela	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Numero delle revoche e percentuale di anomalie rilevate sulle revoche - N. 6 provvedimenti di annullamento/revoca adottati

	indennizzo all'aggiudicatario.					nel 2017: 0% anomalie
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Verifica dei requisiti ai fini della stipula del contratto	Alterazione od omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per predeterminare l'aggiudicatario, favorendo gli operatori economici che seguono nella graduatoria, oppure violazione delle regole a tutela della trasparenza della procedura per evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte del soggetto escluso o non aggiudicatari	Violazione disciplina in materia al fine di avvantaggiare qualche operatore economico a scapito di altri	Adozione check-list adempimenti per verifiche e controlli post-aggiudicazione	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione - Check-list adempimenti per verifiche e controlli post-aggiudicazione definita a dicembre 2017 Nessuna gara sopra soglia su piattaforma aggiudicata nel 2017
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Nomina Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) se diverso dal RUP e nomina Direttore Lavori (DL)	Nomina DEC/DL in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Violazione delle regole sul conflitto di interessi/incompatibilità nelle procedure di nomina	Indicazioni operative su criteri di individuazione del DEC; modulistica dichiarazioni assenza cause incompatibilità o astensione per il DEC	Entro marzo 2017	U.O. Acquisti Aziendali	Controlli a campione e percentuale di anomalie rilevate sul campione - Effettuati n. 3 controlli a campione su presenza dichiarazione DEC nominati dopo il 01/02/2017: 0% anomalie
Esecuzione del contratto - Ammissione delle varianti	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni).	Elusione delle regole della procedura ad evidenza pubblica	Adozione atto di variante solo in presenza di motivate esigenze espresse dal DEC (apposita relazione)	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Numero delle varianti e percentuale di anomalie (assenza relazione motivata) rilevate sulle varianti - N. 1 provvedimento di variante/estensione adottato nel 2017: 0% anomalie
Esecuzione del contratto- Gestione delle controversie e/o utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore	Cattiva gestione risorse pubbliche	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie solo in	Entro fine 2017	U.O. Acquisti Aziendali - RUP competente -	Numero delle risoluzioni delle controversie con sistemi alternativi e percentuale di anomalie (assenza relazione

quelli giurisdizionali nella fase di esecuzione del contratto			presenza di motivate esigenze espresse dal DEC (apposita relazione)			motivata) rilevate su tali risoluzioni - Nessuna risoluzione di controversie con sistemi alternativi adottata nel 2017
---	--	--	---	--	--	--

A2 Lavori Pubblici – Misure preventive specifiche - Esiti monitoraggio 2017

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Programmazione della gara <i>[Processo già indicato nel 2016]</i>	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 - Con Delib. n. 505 del 9/11/2017 è stata adottata la "Programmazione dei lavori ex art. 21 D.Lgs. n. 50/2016: Adozione del Programma Triennale dei lavori per gli anni 2018-2019-2020 ed elenco annuale dei lavori per l'anno 2018"
Progettazione della procedura- Nomina del Responsabile del Procedimento e Componenti il Gruppo tecnico	Nomina Responsabile unico del procedimento (RUP) e Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei/ adeguati ad assicurare terzietà ed indipendenza	Nomina di soggetti in conflitto di interessi (attuale o potenziale) che possano invalidare la regolarità della procedura di gara	Rotazione nelle nomine dei RUP	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida per definizione criteri di rotazione - Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
Selezione del contraente - Trattamento e custodia della documentazione di	Alterazione e/o sottrazione della documentazione di gara sia in fase di gara che nella fase successiva di	Violazione della regolamentazione in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un	Individuazione locali o armadi dedicati alla custodia della documentazione di gara dotati di idonei sistemi di chiusura	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Informativa scritta al personale interessato - E' stata redatta un'informativa al personale dipendente circa

gara	controllo	indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza				la corretta conservazione della documentazione di gara
Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto - Nomina Direttore Esecutivo del Contratto (DEC) se diverso dal RUP e nomina Direttore Lavori (DL)	Nomina DEC/DL in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza	Violazione delle regole sul conflitto di interessi/incompatibilità nelle procedure di nomina	1) sottoscrizione modulistica circa assenza conflitto interessi da parte di DL/DEC 2) rotazione incarichi DL	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio /U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	1) predisposizione modulistica 2) linee guida su definizione criteri di rotazione DL - La modulistica è attualmente già utilizzata. Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
Esecuzione del contratto - Verifiche in corso di esecuzione del contratto	Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato di avanzamento dei lavori rispetto al crono programma e/o accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari e/o accettazione in cantiere di materiali non conformi al capitolato	Violazione della disciplina in materia al fine di trarre direttamente o indirettamente un indebito vantaggio favorendo un determinato operatore ed alterando la libera concorrenza	Rotazione DL/DEC	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida su definizione criteri di rotazione DL - Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
Rendicontazione del contratto - Procedimento di nomina del collaudatore (o della commissione di collaudo)	Attribuzione dell'incarico di collaudo a soggetti compiacenti per ottenere il certificato di collaudo pur in assenza dei requisiti	Violazione disciplina in materia	Adozione criteri di rotazione dei collaudatori	Entro giugno 2017	U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio/ U.O. Manutenzione e gestione immobili ed impianti	Adozione linee guida su definizione criteri di rotazione collaudatori - Sono state adottate le Linee guida per la rotazione del personale, nell'ambito dell'UO

						Manutenzione e gestione immobili e impianti e Linee guida per la rotazione del RUP nell'ambito dell'UO Progettazione e Sviluppo Edilizio
--	--	--	--	--	--	---

B) Area di rischio: Attività libero professionale

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

Con l'assetto organizzativo deliberato a luglio del 2015 la U.O. Libera Professione è investita del compito di assicurare, in ottemperanza agli obblighi normativi nazionali e regionali ed alle politiche aziendali, l'esercizio dell'attività libero professionale e, allo scopo di prevenire l'instaurarsi di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale/attività libero professionale e di perseguire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi, deve garantire il proprio supporto operativo al Direttore sanitario ed al Collegio di Direzione. 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 proseguire nell'adozione di tutti gli strumenti utili al contenimento dei tempi di attesa e alla semplificazione dell'accesso ai servizi sanitari, sono tenute a monitorare la libera professione. Difatti quest'ultima, pur rappresentando un'opportunità per il cittadino e per il professionista, deve essere legata esclusivamente ad una libera scelta e non essere alimentata dai lunghi tempi di attesa in regime istituzionale. Per tale motivo, come ha ribadito da ultimo dalla DGR n. 1056/2015 della Regione Emilia Romagna le Aziende sono autorizzate a sospendere l'attività libero-professionale in quelle specialità che in regime istituzionale hanno tempi di attesa più lunghi rispetto alla libera professione. A tal riguardo, del resto, l'Ausl Romagna con deliberazione n. 775 del 7.10.2015 si è dotata di una «cabina di regia» multidisciplinare per assicurare il monitoraggio continuo delle misure adottate, per migliorare l'accessibilità alle prestazioni ambulatoriali nonché fornire altre utili informazioni sulle prestazioni (es. offerta a Cup).

Per tutto quanto sopra detto nella prima fase di riorganizzazione del 2015 è stata svolta l'analisi del rischio con riferimento all'area dell'Attività libero-professionale relativamente ai sotto-indicati processi, rispetto ai quali è stato riscontrato un livello di rischio medio. Nella tabella si dà atto del monitoraggio effettuato nel 2016 rispetto alle misure previste nell'anno precedente. Prossimamente tale area sarà nuovamente sottoposta a mappatura.

Attività/ Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuare	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Libera professione	Svolgimento libera professione in orario di servizio	Mancato svolgimento dell'attività istituzionale	1)Adozione Regolamento unico della Ausl Romagna e manuale operativo per uniformare la regolamentazione interna 2)Marcatura causalizzata per la rilevazione oraria dell'attività libero professionale (salvo ambito di Forlì presso il quale tale strumento è già in uso)	1) Entro settembre 2016 2) da gennaio 2016	1) U.O. Libera Professione 2) U.O. Governo sistemi informativi	1) Adozione Regolamento Con deliberazione n. 203 del 05/05/2016 è stato adottato l'Atto aziendale per la libera professione intramoenia e le attività a pagamento dell'AUSL della Romagna, successivamente integrato con deliberazione n. 348 del 20/07/2016; inoltre è in fase di elaborazione il manuale operativo per uniformare la regolamentazione interna 2) Avvio sistema di marcatura causalizzata In data 23/12/2015 è stata inviata a tutti i dirigenti sanitari autorizzati all'esercizio dell'attività libero professionale intramuraria una nota relativa alle istruzioni operative per la rilevazione del tempo dedicato all'attività libero professionale intramuraria – Marcatura causalizzata con tasto "7"
Libera professione allargata (ad es. presso studi professionali in rete)	Mancata prenotazione e/o fatturazione	Guadagni illeciti da parte del professionista	Prenotazione esclusivamente tramite CUP e implementazione nell'ambito di Ravenna della possibilità per il professionista medesimo di prenotazione immediata tramite Cup	Entro fine 2016	U.O. Governo sistemi informativi	Implementazione sistema prenotazione rispondente a tali esigenze Relativamente all'attività libero professionale allargata (ad es. presso studi professionali in rete) è prevista la prenotazione esclusivamente tramite CUP

Libera professione	Violazione rapporto attività istituzionali/attività libera professionale	Guadagni illeciti da parte del professionista	Controlli sull'attività libero professionale	Entro fine 2016	U.O. Libera Professione	Svolgimento controlli E' stato effettuato il controllo sui volumi dell'attività istituzionale con i volumi dell'attività di libera professione relativo al I semestre 2016 delle prestazioni critiche oggetto di monitoraggio da parte della Regione Emilia Romagna
--------------------	--	---	--	-----------------	-------------------------	--

C) Area di rischio: Rapporti contrattuali con privati accreditati

Come evidenziato al paragrafo 3 della Parte Prima per gli importanti flussi finanziari che si concentrano intorno all'area dei rapporti contrattuali con i privati accreditati, tanto per le prestazioni di degenza quanto per quelle di specialistica ambulatoriale, si tratta di un'area per la quale nel 2015 è stato riscontrato un livello di rischio di corruzione medio e rilevante.

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

Dunque, fermo restando il ruolo centrale della Regione Emilia Romagna nella procedura di accreditamento (l.r. 34/1998 nel testo coordinato con la l. r. 2/2003 e 4/2008), con riferimento all'area dei rapporti contrattuali con i privati accreditati e relativamente ai processi che risultano governati dall'Azienda Usl della Romagna è bene segnalare le misure di prevenzione che già trovano applicazione, ossia:

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

Per i processi riconducibili alla suddetta area a rischio spetta alla U.O. Acquisizione Prestazioni Sanitarie da Erogatori Esterni sovrintendere ad una serie di attività in cui sono coinvolti operatori di varia estrazione. Pertanto, il primo passo compiuto dal Direttore dell'U.O. è stato quello di definire la matrice di responsabilità al fine di tracciare un funzionigramma capace di restituire a ciascun soggetto coinvolto l'immagine dell'insieme di attività afferenti a tale area e di ricostruire all'interno di quest'ultima i compiti/competenze/funzioni/responsabilità di ciascuno operatore coinvolto. In riferimento alle misure di prevenzione da adottare la sotto riportata tabella enuncia una serie di misure preventive basate per lo più sullo sforzo congiunto tra i diversi operatori coinvolti e si dà atto del monitoraggio effettuato nel 2016 rispetto alle misure previste nell'anno precedente. Prossimamente tale area sarà nuovamente sottoposta a mappatura.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Selezione strutture accreditate	Eccessiva discrezionalità nella scelta delle strutture sanitarie accreditate presso le quali acquistare prestazioni di degenza e di specialistica ambulatoriale	Violazione libera concorrenza in collusione con operatore economico e a scapito di interesse pubblico	Adozione Regolamento unico della Ausl Romagna sui controlli sanitari ed amministrativi	Entro fine 2016	Nucleo Attività Controlli/U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni	1) Adozione Regolamento A sintesi della partecipazione al gruppo di lavoro aziendale in merito ai controlli sanitari su strutture sanitarie private accreditate è stato elaborato il regolamento aziendale “Modalità esecutive ed effetti del monitoraggio e controllo sull’attività di degenza” adottato con deliberazione n. 153 del 14/04/2016; nel regolamento sono stati previsti anche i controlli amministrativi
Determinazione del fabbisogno	Eccessiva discrezionalità nella determinazione del 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 Promozione e coordinamento di gruppo di lavoro su “Accordi di fornitura” per la definizione di strumenti/percorsi/relazioni tra i diversi soggetti organizzativi. Il confronto ha portato a definire il format e il contenuto degli accordi di fornitura omogeneo per la regolazione del rapporto di fornitura (case di cura aderenti AIOP) all’interno del quale è stato inserito l’obbligo di rispetto, per quanto compatibile, del Codice di comportamento aziendale e il rispetto della normativa anticorruzione. Obbligo, per i poliambulatori, già inserito nel contratto triennale in scadenza al 31.12.2016. E’ stata definita una procedura macro che identifica i soggetti deputati alla valutazione del fabbisogno sanitario nei Direttori di Distretti con referenze trasversali aziendali per la committenza sanitaria, ricoveri e specialistica. I criteri utilizzati per la scelta del fornitore appaiono vincolati dagli accordi regionali AIOP-ANISAP e dal sistema di accreditamento regionale che identifica i soggetti, in base a requisiti ulteriori di qualità, idonei ad erogare prestazioni con oneri a carico del SSN. Criteri di scelta: prossimità geografica; convenienza economica.

						Sono state effettuate verifiche: assenze carichi pendenti amministrativi/penali. Si è elaborato ed implementato il monitoraggio/controllo produzione (si veda anche punto successivo).
Esecuzione degli accordi contrattuali per prestazioni di degenza ed ambulatoriali	Mancato rispetto delle previsioni contrattuali in merito a tipologia e qualità delle prestazioni di degenza	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Regolamento sui controlli, con previsione anche di controlli sulla qualità ad es. attraverso la somministrazione e di questionari a campione agli utenti che hanno usufruito delle prestazioni sanitarie da parte 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 Nel format del contratto di fornitura con case di cura AIOP si è introdotto anche gli obblighi di qualità delle prestazioni. Questo aspetto innovativo introdotto, rispetto all'assetto precedente riscontrato, necessita di essere puntualizzato in merito ai soggetti deputati alla verifica e modalità di corretta esecuzione dell'obbligo. Il regolamento controlli sanitari con annessa procedura aziendale pubblicata sul sistema qualità aziendale il 5 aprile 2016 applicato dal NAC (nucleo aziendale controlli) risulta applicato
Controlli	Mancato o parziale/inadeguato svolgimento delle attività di controllo sulle prestazioni erogate in regime di contrattualizzazione	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	1)Procedura aziendale (condivisa anche per gli aspetti amministrativi) 2)Rotazione operatori addetti ai controlli (NAC)	Entro aprile 2016	Nucleo Attività Controlli/U.O. Acquisizioni Prestazioni Sanitarie da erogatori Esterni	Adozione procedura aziendale Alle misure sopra indicate, si aggiunge la rotazione dei componenti NAC in ambito aziendale. Non risulta ancora operativa quella sulle case di cura ambito di Ravenna. Tra le misure per la migliore gestione degli accordi di fornitura si aggiunge il controllo sistematico implementato in merito al rispetto dei tetti economici contrattati e il controllo sulla produzione sottoposto alla valutazione dei Direttori di U.O. responsabili della committenza sanitaria. Segnalazione degli invii da pubblico per il governo e rispetto della casistica programmata e tetti economici relativi. Alert in caso di tendenziali sforamenti.

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

In riferimento alle attività conseguenti al decesso intra-ospedaliero l'Azienda Usl Romagna è connotata da una certa disomogeneità che si riflette nel fatto che la valutazione del rischio è stata svolta nel 2015 con riferimento agli ambiti territoriali di Rimini, Cesena, Forlì e Ravenna. In

particolare rispetto a quest'ultimo territorio si riscontra una ulteriore differenziazione a causa della esternalizzazione del servizio mortuario per la sola direzione di Ravenna.

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

- 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)
- istruzioni (a Lugo e Faenza) che richiamano il personale all'osservanza delle disposizioni della L.R.n.19/04 ove è stabilito che il trasferimento della salma nell'ambito della struttura sanitaria in cui è avvenuto il decesso deve essere svolto da personale che a nessun titolo possa essere collegato ad un soggetto esercente l'attività funebre.

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 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, dall'analisi svolta nel 2015 è emerso un rischio medio e le misure prospettate – che prevedevano modifiche al Codice di comportamento aziendale – non hanno trovato possibilità di attuazione in quanto nel 2016 si è prospettata l'elaborazione, da parte del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, di un Codice di comportamento unico per i dipendenti del SSR. Pertanto nel 2016 sono state individuate nuove e diverse misure rispetto alle quali, nella tabella che segue, si dà atto del monitoraggio effettuato nel 2017.

Misure preventive specifiche – Esiti monitoraggio 2017

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Gestione decesso in ambito intra-ospedaliero	Richiesta e/o accettazione impropria di regali, compensi o altre utilità in merito all'espletamento di attività rientranti nelle funzioni proprie o dei compiti previsti dal servizio (es. regalia per la vestizione della salma) Svolgimento di attività al di fuori dei compiti d'ufficio a favore di una	Indebita pressione su utenti al fine di ottenere vantaggi indebiti in danno anche dell'immagine aziendale Agevolazione di un operatore economico a	Procedura omogenea a livello aziendale per la gestione dei decessi in ospedale e camera mortuaria Rotazione degli operatori	Entro fine 2018	Direzione sanitaria con il supporto del RPCT	Adozione procedura aziendale Rotazione degli operatori - La procedura aziendale è stata redatta, ma non ancora adottata formalmente dall'Azienda E' stata effettuata la rotazione degli operatori presso tutti gli ospedali dell'ambito di Rimini. La soluzione organizzativa della rotazione non è risultata

	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)	scapito degli altri per ricavarne un utile personale				<p>percorribile presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - il PO di Cesena tenuto conto del profilo professionale e della presenza di una sola sede di ambito - il PO di Lugo e il PO di Faenza per il numero esiguo di operatori e per la presenza di elementi ostativi all'ipotesi di unificazione dei PP.OO. di Lugo e Faenza (es. differenze organizzative dei due servizi, della reperibilità festiva e notturna) - il PO di Forlì, tenuto conto del profilo professionale, delle specificità formative e della presenza di una sola sede nell'ambito.
Gestione decesso in ambito intra-ospedaliero	Segnalazione da parte degli addetti alle camere mortuarie e/o dei reparti, di una specifica impresa di onoranze funebri a scapito delle altre e in cambio di utili personali	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	Affissione dell'elenco delle imprese di onoranze funebri operanti presso ciascun territorio al fine di evitare qualsiasi forma di favoreggiamento a favore di uno di essi da parte degli operatori necrofori;	Entro marzo 2017	Direzione sanitaria con il supporto del RPCT	<p>Affissione elenco delle imprese di onoranze funebri operanti nel territorio</p> <p>L'elenco delle imprese di onoranze funebri è affisso presso le Camere mortuarie dei Presidi Ospedalieri dell'Azienda</p>

E) Area di rischio: Acquisizione del Personale

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

le relative modalità di istituzione, selezione ed assegnazione nel rispetto dei principi della trasparenza e pubblicità delle procedure selettive nonché della coerenza con il fabbisogno aziendale.

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

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Procedure concorsuali con rapporto di lavoro a tempo indeterminato	<p>Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti a favorire un particolare soggetto (es. accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc).</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Completamento armonizzazione meccanismi tra i vari uffici concorsi	Entro dicembre 2017	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Responsabile procedure selettive	<p>Definizione linee guida -</p> <p>Gli operatori di riferimento degli uffici concorsi, attraverso contatti costanti e riunioni periodiche mensili del “gruppo coordinamento concorsi”, hanno provveduto ad armonizzare i contenuti fondamentali dei bandi e le principali modalità operative di gestione delle procedure selettive; l’attività di analisi e confronto mensile (con carattere preventivo e anche di analisi successiva sui vari aspetti) continuerà anche per il 2018 per garantire un costante adeguamento di ogni adempimento sia con riferimento all’evoluzione delle disposizioni normative in materia, sia con riferimento al miglioramento delle attività alla luce delle specifiche e differenziate esperienze degli operatori (in particolare dei segretari delle commissioni) emerse nelle diverse</p>
Procedure selettive con rapporto di lavoro a	Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti a favorire	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un	Completamento armonizzazione meccanismi tra i vari uffici	Entro dicembre 2017	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Responsabile	

tempo determinato	<p>un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>	determinato soggetto	concorsi		procedure selettive	procedure
Procedure per il conferimento di contratti di lavoro autonomo e di collaborazione	<p>Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti a favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)</p> <p>Irregolare/illegittima composizione della commissione esaminatrice</p> <p>Irregolarità dei lavori della Commissione esaminatrice</p> <p>Non corretto utilizzo delle graduatorie</p>	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Adozione regolamento ad hoc	Entro dicembre 2018	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile della funzione (da individuare)	Individuazione dirigente responsabile e adozione regolamento

Procedure comparative Mobilità diretta tra PA	Comportamenti degli operatori addetti alla gestione delle procedure selettive volti a favorire un soggetto particolare (es accettazione domande pervenute fuori tempo, ammissione candidati senza requisiti ecc)	Elusione regole generali per favorire un determinato concorrente	Ridefinizione regolamentazione aziendale	Entro dicembre 2018	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile procedure selettive (da individuare)	Individuazione dirigente responsabile e adozione regolamento
Affidamento incarichi di direzione di struttura complessa (Direttore di dipartimento/Direttore di distretto sanitario o di presidio ospedaliero) e di struttura semplice/ Affidamento incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio, e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo	Uso non trasparente e adeguatamente motivato dell'esercizio del potere discrezionale di scelta.	Violazione norme di legge e regolamenti aziendali al fine di favorire un determinato soggetto	Formazione e implementazione e competenze operatori addetti	Entro dicembre 2018	UO Gestione Giuridica Risorse Umane Dirigente Responsabile procedure selettive (da individuare)	Formazione di almeno 5 figure di categoria D/DS
Sostituzione della dirigenza medica e sanitaria	Ritardato o mancato avvio delle procedure concorsuali alla base della necessità di copertura del posto vacante con la sostituzione;	Cattiva gestione risorse pubbliche	Adozione documento di programmazione e procedure selettive pubbliche	Entro dicembre 2017	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	Adozione documento di programmazione procedure selettive pubbliche - La programmazione delle procedure selettive pubbliche, seppure non formalizzata in uno specifico documento di programmazione, si è andata ad allineare sulle seguenti linee fondamentali:

	A sostituzione avvenuta, prolungamento intenzionale dei tempi occorrenti per l'avvio delle procedure ordinarie di conferimento al titolare dell'incarico, con conseguente prolungamento del periodo di sostituzione per oltre sei mesi ed a vantaggio del sostituto, la cui retribuzione viene equiparata ad un dirigente di S.C.					- emissione periodica, più volte l'anno, in concomitanza con i periodi di uscita dei nuovi specialisti dalle università, degli avvisi riferiti a specifiche discipline critiche per limitata disponibilità di professionisti (medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza, pediatria, anestesia...); - programmazione congiunta con la responsabile della funzione reclutamento (che partecipa alle riunioni mensili del "gruppo coordinamento concorsi"), delle necessità collegate al presumibile esaurirsi di graduatorie vigenti con riferimento a tutti i restanti profili e discipline. Quanto sopra nell'ottica di avere sempre disponibili, per quanto possibile graduatorie da utilizzare per le diverse necessità. A fronte di necessità impreviste (rapido scorrimento delle graduatorie predisposte senza trovare candidati disponibili, necessità collegate a punte di attività non prevedibili), si ricorre all'acquisizione di eventuali graduatorie disponibili in altre Aziende della Regione.
Conferimento incarichi ai sensi dell'art. 15 septies del d.lgs 502/1992	Uso opportunistico e distorto di tale previsione normativa, anche in virtù della natura fiduciaria dell'incarico	Cattiva gestione risorse pubbliche	Effettuazione di procedure selettive pubbliche per tutti gli incarichi attivi	Entro dicembre 2018	UO Gestione Giuridica Risorse Umane	Attivazione nuovi contratti previa selezione pubblica

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

Con riguardo all'attività di vigilanza, controlli ed ispezioni, nel corso del 2016 si è proceduto ad indagare il livello di "rischio – corruzione" nell'Area Sanità Pubblica, ove il complesso processo di riorganizzazione aziendale ha visto coinvolte le UU.OO. afferenti al Dipartimento. In particolare, le attività di vigilanza e ispezione ufficiale sono condotte sulla base di procedure standardizzate, manuali e check-list specifici approvati in sede nazionale o regionale. L'utilizzo delle liste di controllo e dei manuali viene inoltre periodicamente verificato nel corso di audit e di supervisioni sia aziendali che regionali. Inoltre, allo scopo di migliorare la trasparenza e prevenire possibili conflitti di interesse nell'esecuzione dei

controlli concernenti la sicurezza alimentare e la sanità pubblica veterinaria, il Dipartimento di Sanità Pubblica, per uniformare il sistema di avvicendamento periodico degli operatori all'interno degli ambiti territoriali, ha definito una procedura aziendale comune che è stata validata dalla Direzione aziendale nel dicembre 2016 ed approvata con Determinazione n. 2844 del 17/10/2017 del Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica. Sono state predisposte schede per la valutazione del rischio di corruzione che i responsabili dei servizi aggregati nel Dipartimento di Sanità Pubblica hanno compilato vagliando, in riferimento a ciascuna attività/processo sottoposto a valutazione, probabilità ed impatto del rischio ed individuando anche le necessarie misure di prevenzione da implementare sotto riportate. Di seguito si dà atto del monitoraggio effettuato rispetto alle misure di prevenzione individuate nel 2016.

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Attività autorizzatorie	Valutazioni difformi per conflitto di interessi o su sollecitazione esterna nella vigilanza degli ambienti di vita/lavoro	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	linee guida ed integrazione della modulistica esistente sui piani di lavoro	Entro marzo 2017	U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (PSAL)	Adozione Linee guida Integrazione della modulistica sui piani di lavoro - L'attività autorizzatoria risulta quasi del tutto assente in virtù degli intervenuti cambiamenti normativi. Quando presente, non è rivolta direttamente ad utenti ma sempre per il tramite del SUAP (Sportello Unico delle Attività Produttive), che peraltro lo deve richiedere espressamente. Una volta ricevuto il parere dell'UO, il SUAP ne valuta la congruità e decide in che modo rispondere all'utente che ha rivolto la richiesta di autorizzazione allo Sportello
Attività di controllo Vigilanza e ispezioni	Omessa vigilanza adozione atti sanzionatori oppure eccessiva fiscalità nel controllo delle aziende in tema di salute e sicurezza dei lavoratori	Violazione regole di comportamento aziendali per ottenere vantaggi in collusione con operatori economici	linee guida ed integrazione della modulistica esistente sui piani di lavoro	Entro marzo 2017	U.O. Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (PSAL)	Adozione Linee guida Integrazione della modulistica sui piani di lavoro - Le UOPSAL stanno perseguendo l'obiettivo di riduzione del rischio corruttivo attraverso la progressiva adozione delle "Linee guida per la rotazione del personale addetto al controllo ufficiale e per la supervisione sulle attività di competenza". In particolare, sono adottate diverse misure che rivestono funzione anticorruzione, quali: -adozione di una modulistica improntata ad una rilevazione delle ispezioni effettuate e delle aziende controllate (verbale di sopralluogo)

						<p>- disposizioni di servizio circa la compiuta e non ritardata registrazione dell'attività svolta nel sistema informativo dipartimentale</p> <p>- uso di check-list come guida del sopralluogo nei comparti o fattori di rischio oggetto del Piano Regionale della Prevenzione e del conseguente PLA AUSL Romagna</p> <p>- avvicendamento degli operatori su diversi comparti e imprese a rischio.</p> <p>Nel 2017 è stato costituito il Nucleo di supervisione dipartimentale in attuazione della determina n.2844/2017 per le attività di vigilanza SPSAL che ha realizzato la supervisione sulle attività di vigilanza condotte nel 2017 nel comparto agricoltura.</p>
Attività autorizzatorie	Valutazioni difformi per conflitto di interessi o su sollecitazione esterna nella vigilanza degli ambienti di vita/lavoro	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	Regolamento interno	Entro marzo 2017	U.O. Impiantistica e antinfortunistica	<p>Adozione regolamento interno</p> <p>-</p> <p>L'UOIA persegue l'obiettivo di riduzione del rischio di corruzione mediante la progressiva adozione della "Linea guida per la rotazione del personale addetto al controllo ufficiale e per la supervisione sulle attività di competenza".</p> <p>Nel 2017 è stato costituito il Nucleo di supervisione dipartimentale in attuazione della determina n.2844/2017 per le attività di vigilanza UOIA che ha provveduto ad effettuare una supervisione nel campo delle verifiche delle gru a torre in edilizia</p>
Attività di controllo vigilanza e ispezioni	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori della U.O	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Regolamento interno, linee guida e procedura di rotazione del personale-linee guida e procedura supervisione	Entro marzo 2017	UU.OO Igiene Alimenti di Origine animale (RA-RN-CE)	<p>Adozione Linee guida</p> <p>-</p> <p>Sono state adottate le linee guida nei tempi previsti e sono condotte le supervisioni interne secondo il piano di lavoro adottato con i seguenti risultati:</p> <p>RA</p>
Attività autorizzatorie	Valutazioni difformi o omesse per presenza conflitto di interesse o a causa di rapporti con la stessa utenza da parte degli operatori addetti	Agevolazione di un operatore economico al fine di ricavare indebito profitto	Adeguamento regolamentazione interna, aggiornamento Elaborazione specifica Linea	Entro dicembre 2017	UU.OO Igiene Alimenti di Origine animale (RA-RN-CE)	<p>-rotazione di n. 6 veterinari su n.18 nel 2017</p> <p>- n. 5 supervisioni effettuate nel 2017</p> <p>- adozione di n. 2 nuove check-list su supervisione e certificazioni estero RN</p> <p>-rotazione di n. 12 veterinari su n. 12 nel 2017</p>

	alla vigilanza		Guida per la conduzione dell'attività ispettiva nel settore della macellazione agricola			-n.5 supervisioni effettuate nel 2017 -adozione di n. 3 nuove check-list su supervisione, macellazione avicola e certificazioni estero CE -rotazione di n. 16 veterinari su n.16 nel 2017 - n. 3 supervisioni effettuate nel 2017 - adozione di n. 3 nuove chek-list su supervisione, macellazione avicola e certificazioni estero
Procedure di controllo	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo sulla sicurezza alimentare da parte degli operatori addetti a tale controllo	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Adeguamento alla normativa degli strumenti esistenti (supervisioni, audit, manuale qualità, modulistica ad hoc, rotazione)	Entro dicembre 2017	UO Igiene Alimenti di origine animale (FO)	Monitoraggio semestrale per verificare la necessità di adeguare le misure esistenti alla normativa - Sono state adottate le linee guida nei tempi previsti e sono stati coinvolti n. 3 operatori nella rotazione su n. 16 complessivi. Nel 2017 è stato costituito il Nucleo di supervisione dipartimentale in attuazione della determina n.2844/2017 per le attività di vigilanza dell'U.O. che ha portato a termine n.5 supervisioni nel campo della vigilanza e controllo igiene degli alimenti
Attività autorizzatorie (es. piscine, stabilimenti termali, strutture sanitarie, ecc.)	Prestazioni difformi o omesse per presenza conflitto di interesse o a causa di rapporti con la stessa utenza da parte degli operatori addetti alla vigilanza	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	Procedure, check list	Entro dicembre 2017	U.O. Igiene pubblica	Adozione procedure, check list - Dal 2017 tutte le UU.OO. utilizzano, per l'attività autorizzatoria e di vigilanza, la Linea guida aziendale sul controllo degli stabilimenti termali. Per l'autorizzazione delle strutture sanitarie e socio-assistenziali la procedura prevede che l'istruttoria sia effettuata da Commissioni di esperti
Controlli su piscine, stabilimenti termali, strutture sanitarie	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori della U.O.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Implementazione degli strumenti individuati (controlli a campione, procedure, check list)	Entro dicembre 2018	U.O. Igiene pubblica	Implementazione degli strumenti individuati (controlli a campione, procedure, check list) - Dal 2017 tutte le UU.OO. utilizzano, per l'attività autorizzatoria e di vigilanza, la Linea guida aziendale sul controllo degli stabilimenti termali. Per la vigilanza sono utilizzate: - check-list aziendali per case di cura e strutture

						socio-assistenziali - check list regionali per palestre, strutture alberghiere e scuole. Nel 2017 è stato costituito il Nucleo di supervisione dipartimentale in attuazione della determina n.2844/2017 per le attività di vigilanza ISP che ha supervisionato 4 interventi di vigilanza nel campo delle strutture sanitarie, socio assistenziali e stabilimenti termali.
Procedure di controllo	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo sulla sicurezza alimentare da parte degli operatori della U.O.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori -	Supervisione (con previsione di controlli annuali degli operatori da parte dei direttori di UU.OO. omologhe di ambiti territoriali diversi) e rotazione del personale	Entro marzo 2017	UU.OO. Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (RA)	Controlli e rotazione del personale - Nel 2017 è stata posta in essere l'attività di supervisione con gli stessi criteri del 2016. Nel 2017 è stato costituito il Nucleo di supervisione dipartimentale in attuazione della determina n.2844/2017 per le attività di vigilanza che ha condotto alla supervisione di n.4 dirigenti di cui n.2 in attività su stabilimenti riconosciuti e n.2 in attività con impianti registrati. Le attività autorizzative e sanzionatorie sono sempre supervisionate dal Responsabile di U.O.
Attività autorizzatorie	Prestazioni difforme e/o omesse per presenza conflitto di interesse o causa continuità rapporti con stessa utenza nella vigilanza alimentare da parte degli operatori di U.O.	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	Supervisione (con previsione di controlli annuali degli operatori da parte dei direttori di UU.OO. omologhe di ambiti territoriali diversi) e rotazione del personale	Entro marzo 2017	UU.OO. Igiene allevamenti e produzioni zootecniche (RA)	
Procedure di controllo	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo sulla sicurezza alimentare da parte degli operatori addetti a tale controllo	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Rotazione del personale	Entro marzo 2017	UO Servizio Igiene Alimenti e nutrizione	Adozione linee guida - Le linee guida per la rotazione del personale addetto al controllo ufficiale e per la supervisione delle attività di competenza sono state pienamente adottate mediante: - l'assegnazione con modalità casuale e rotazione degli incarichi a coppie di tecnici della prevenzione addetti alla vigilanza nel settore della sicurezza alimentare - nel corso del 2017 sono state attuate n. 14 supervisioni per mezzo della check-list prevista dalle linee guida: FO/CE: n. 7 supervisioni
Attività autorizzatorie	Prestazioni difforme e/o omesse per presenza conflitto di interesse o causa continuità e frequenza di rapporti con stessa utenza nella vigilanza alimentare da	Agevolazione di un operatore economico a scapito degli altri per ricavarne un utile personale	Rotazione del personale	Entro marzo 2017	UO Servizio Igiene Alimenti e nutrizione	

	parte degli operatori della U.O.					RA: n. 1 supervisione RN: n. 6 supervisioni - per l'esecuzione delle attività ispettive e di vigilanza in sicurezza alimentare sono utilizzate tutte le check-list previste dai manuali regionali.
Vigilanza, ispezione e controllo	Omessa o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori delle UU.OO.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Norme specifiche attuative, revisioni periodiche di attività	Entro fine 2017	UO Sanità animale (CE RA RN)	Monitoraggio semestrale per verificare la necessità di adeguare le misure esistenti alla normativa RA
Attività di controllo vigilanza e ispezioni	Omessa vigilanza o assenza di trasparenza nelle procedure di controllo da parte degli operatori della U.O.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Adeguamento regolamentazione interna, aggiornamento	Entro dicembre 2017	UO Sanità animale (Forlì)	-Gli 11 veterinari dell'UO sono stati coinvolti nella rotazione - sono state effettuate n. 3 supervisioni secondo le linee guida dipartimentali, di cui n. 1 avvalendosi di personale di altri ambiti - dichiarazione di non presenza di conflitto di interessi da parte degli operatori all'atto della comunicazione del Piano di Lavoro Individuale
Vigilanza, ispezione e controllo	Prestazioni difformi o omesse per conflitto di interessi o causa continuità e frequenza di rapporti con la stessa utenza nell'attività di vigilanza da parte degli operatori delle UU.OO.	Abuso di potere e/o comportamento non omogeneo in situazioni analoghe da parte degli operatori	Norme specifiche attuative, revisioni periodiche di attività	Entro fine 2017	UO Sanità animale (CE RA RN)	RN -n.4 veterinari su n. 7 coinvolti nel 2017 nella rotazione -nel 2017 è stata adottata una nuova linea guida per il controllo dell'uso del registro informatizzato nei canili FO -n.7 su n. 13 (di cui n. 2 con più di cinque anni di incarico) sottoposti ad avvicendamento degli incarichi nel 2017 - n. 2 supervisioni effettuate - per l'attività di vigilanza e controllo si utilizzano check-list regionali

G) Area di rischio: Sperimentazioni cliniche

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

- detrarre le spese da sostenersi, ossia i costi diretti della sperimentazione

- ripartire il ricavo netto secondo criteri prestabiliti e trasparenti.

Nel 2017 si è pertanto proceduto a vagliare il rischio corruttivo con riferimento alle attività connesse alle sperimentazioni cliniche tramite l'Ufficio Ricerca, struttura in staff al Direttore Sanitario. Nell'ambito di tale indagine, l'Ufficio Ricerca ha evidenziato le misure già esistenti per fronteggiare il rischio corruttivo:

- il Board Aziendale per la Ricerca e Innovazione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, istituito con deliberazione n. 119 del 23/03/2016, quale organismo tecnico consultivo di supporto al Collegio di Direzione nelle funzioni di organo responsabile del governo della ricerca e dell'innovazione;
- il nucleo tecnico aziendale per la verifica dell'insussistenza dell'incompatibilità per incarichi extraistituzionali conferiti a personale dipendente da parte di soggetti terzi che operano nel settore sanitario o che hanno rapporti con l'azienda, costituito con deliberazione n. 297 del 16/06/2016;
- il Fondo Aziendale per il Sostegno della Ricerca ed il Miglioramento Continuo, istituito con deliberazione n. 563 del 22/12/2016, finanziato secondo criteri prestabiliti e trasparenti indicati nel PNA 2016;
- la specifica Procedura Amministrativa (PA 35 Ricerca Commissionata e Finalizzata, Sperimentazioni Cliniche), adottata nel 2017, che definisce il percorso amministrativo - contabile dell'attività di ricerca (commissionata e finalizzata, sperimentazioni cliniche) con lo scopo di:
 - promuovere la funzione di ricerca ed estendere a tutti i professionisti, in regime di uguaglianza e trasparenza, la facoltà di partecipazione alle attività di ricerca, mediante il finanziamento dei progetti di ricerca, di miglioramento e innovazione clinica e organizzativa
 - valorizzare il costo totale dell'attività di ricerca
 - definire l'iter per l'acquisizione dei pareri ed autorizzazioni preventive necessarie all'attivazione dell'attività di ricerca
 - definire l'iter di negoziazione della convenzione/contratto con le modalità di ripartizione dei proventi derivanti alla AUSL della Romagna dalla attività di ricerca (commissionata e finalizzata, sperimentazioni cliniche), anche al fine di verificare l'esistenza di indicatori di rischio secondo quanto indicato dal PNA 2016. In particolare sono stabiliti criteri diversi per la ripartizione dei compensi derivanti da sperimentazioni commerciali, a seconda che si tratti di sperimentazioni effettuate fuori dall'orario di servizio ovvero entro l'orario di servizio.

Con deliberazione n. 579 del 29/12/2017, inoltre, è stato istituito il Comitato Etico della Romagna (CEROM) e ne sono stati nominati i componenti.

Posto che dalla valutazione effettuata dall'Ufficio Ricerca, è emerso un valore di rischio rilevante, sono state individuate le seguenti misure preventive da implementare:

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Sperimentazioni cliniche	Discrezionalità degli sperimentatori nell'attribuzione dei proventi derivanti dalle sperimentazioni	Violazione di norme, di principi di trasparenza e di imparzialità al fine di favorire determinati soggetti	Procedura Monitoraggio studi clinici	Entro giugno 2018	Responsabile dell'Ufficio Ricerca aziendale	Evidenza documentale procedura
			Adozione di un sistema informatico regionale per l'implementazione della tracciabilità delle attività di	Entro dicembre 2018	Responsabile dell'Ufficio Ricerca aziendale	Implementazione sistema informatico

		Cattiva gestione delle risorse pubbliche	ricerca e dei relativi costi			
Rapporti con società farmaceutiche	Selezione e uso di specifici prodotti in base a ricompense e sollecitazioni esterne	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti	Procedura Monitoraggio studi clinici	Entro giugno 2018	Responsabile dell'Ufficio Ricerca aziendale	Evidenza documentale procedura
		Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Adozione di un sistema informatico regionale per l'implementazione della tracciabilità delle attività di ricerca e dei relativi costi	Entro dicembre 2018	Responsabile dell'Ufficio Ricerca aziendale	Implementazione sistema informatico

H) Area di rischio: Assistenza protesica

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

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

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

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Iperprescrizione di beni protesici con indebito vantaggio per le ditte fornitrici	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Istituzione albo dei prescrittori, software unico gestionale della protesica	Entro dicembre 2018	Direttore U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari	Report n. prescrizioni per prescrittore

Controlli sull'erogazione di prestazioni di assistenza protesica	Verifiche irregolari sulla correttezza e sull'esecuzione delle forniture	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Istituzione albo dei prescrittori, software unico gestionale della protesica	Entro dicembre 2018	Direttore U.O. Home Care e Tecnologie Domiciliari	Report n. collaudi riferiti a dispositivi elenco 1 ed elenco 2A DPCM 12/01/2017 per prescrittore
--	--	---	--	---------------------	---	--

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

Nel 2017, per il tramite delle UU.OO. Piattaforme Amministrative, è stato vagliato il rischio corruttivo anche con riguardo al processo di recupero/rimborso di ticket e al processo di controllo sul riconoscimento del diritto all'esenzione ticket nonché con riguardo ai processi di gestione delle liste di attesa per attività istituzionale (specialistica ambulatoriale e ricoveri programmati). In merito sono state individuate e programmate le seguenti misure di prevenzione:

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Recupero ticket per pagamenti non effettuati al momento dell'accesso alla prestazione	Mancato recupero e/o recupero irregolare	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Informatizzazione del percorso recupero ticket mediante dotazione di applicativo unico aziendale per estrapolazione informatica dei ticket non pagati	Entro dicembre 2018	U.O. Governo sistemi informativi	Estrapolazione informatica degli insoluti per prestazioni ambulatoriali e di Pronto Soccorso
Rimborsi per somme relative a ticket indebitamente riscosso	Erogazione irregolare di rimborsi	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Procedura unica aziendale e/o relativa modulistica	Entro dicembre 2018	U.O. Bilancio e Flussi Finanziari/U.U. O.O. Piattaforme Amministrative	Adozione procedura unica aziendale e/o unico modulo
Controllo sul riconoscimento del diritto all'esenzione ticket	Controlli inadeguati	Violazione di norme di legge al fine di favorire determinati soggetti Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Controllo a campione da attivare sulle autocertificazioni presentate dagli utenti (E02-E99)	Entro dicembre 2018	U.U. O.O. Piattaforme Amministrative	10% delle autocertificazioni controllate

Gestione liste di attesa - Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari – SPECIALISTICA AMBULATORIALE - esclusivamente in riferimento alla gestione delle liste di attesa generate dalla procedura di prenotazione Sistema Cup (no autogestito)	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di favorire particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	Violazione dei principi di imparzialità e trasparenza nell'accesso a prestazioni e servizi sanitari al fine di favorire un determinato soggetto	Linee guida aziendali Cup unico Romagna	Entro dicembre 2018	U.U. O.O. Piattaforme Amministrative	Documento linee guida aziendali Cup Unico Romagna
Gestione liste di attesa - Prenotazione/erogazione di prestazioni e servizi sanitari – RICOVERI PROGRAMMATI	Abuso nell'adozione di provvedimenti aventi ad oggetto condizioni di accesso a servizi pubblici al fine di favorire particolari soggetti (es. inserimento in cima ad una lista di attesa)	Violazione dei principi di imparzialità e trasparenza nell'accesso a prestazioni e servizi sanitari al fine di favorire un determinato soggetto	Implementazione procedura regionale di gestione dell'accesso ai ricoveri programmati	Entro dicembre 2018	RUA (Responsabile Unico Aziendale)	Implementazione procedura / regolamento board chirurgici

J) Area di rischio: Utilizzo beni aziendali

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

Attività/Processi	Rischi	Effetto	Misure preventive individuate	Tempi di attuazione	Responsabile	Monitoraggio/ Indicatore
Utilizzo di beni e risorse aziendali nonché richieste di rimborsi spese	Indebito utilizzo dell'auto aziendale per scopi personali	Cattiva gestione delle risorse pubbliche	Estensione dell'utilizzo della procedura online per la prenotazione dei veicoli a tutti gli ambiti aziendali	Entro dicembre 2018	Responsabile dell'U.O. Progettazione e Sviluppo Edilizio	Installazione software aziendale di gestione/prenotazione dei veicoli agli ambiti carenti

K) Area di rischio: Farmaceutica

Relativamente alla gestione e somministrazione dei farmaci in reparto o in regime di continuità assistenziale ospedale-territorio, all'esito della valutazione è risultato un rischio corruttivo trascurabile o medio – basso e sono state evidenziate le misure preventive già in essere e/o implementate; in particolare nel processo di gestione e distribuzione ospedaliera di farmaci e materiale sanitario si utilizzano inventari e controlli a campione sulle scorte e, con riguardo ad ispezioni e controlli, è in essere un'attività di revisione delle procedure esistenti.

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

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

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

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

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

M) Area di rischio: Incarichi a soggetti esterni

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

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

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

In merito risulta che:

- l’affidamento di incarichi esterni da parte dell’U.O. Affari Generali avviene nell’ambito di un elenco esterno di avvocati, formato tramite avviso pubblico attraverso il quale viene regolamentata la procedura (Delibera n. 589 del 30/12/2016), con netta separazione tra le fasi della richiesta dei preventivi, ricezione delle offerte e conferimento degli incarichi, con distribuzione delle funzioni assegnate a distinti operatori;
- il conferimento di incarichi a legali esterni da parte dell’U.O. Assicurazioni avviene secondo una procedura PAC che prevede controlli per segregazione e scelta a rotazione da una lista;
- per il conferimento di incarichi a docenti esterni è in corso di predisposizione una procedura PAC con relativo regolamento attuativo, al fine di omogeneizzare la regolamentazione interna che prevede controlli a campione e richiesta di pluralità di preventivi.

PARTE TERZA- SEZIONE TRASPARENZA

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

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

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

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

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

Il d.lgs. 97/16 è intervenuto, con abrogazioni o integrazioni, su diversi obblighi di trasparenza. Tra le modifiche di carattere generale di maggior rilievo, si rileva l'introduzione del nuovo istituto dell'accesso civico generalizzato ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni, l'istituzione presso ogni Amministrazione di un “Registro delle istanze di accesso” (per tutte le tipologie di accesso), l'unificazione fra il Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPCT) e il Piano triennale Trasparenza e Integrità (PTTI), l'introduzione di nuove sanzioni pecuniarie e l'attribuzione ad ANAC della competenza all'irrogazione delle stesse.

Conformemente al parametro di trasparenza previsto dalla delibera ANAC n. 1310/2016 relativo al “Registro degli accessi”, si evidenzia che quest'Amministrazione ha provveduto alla pubblicazione del registro relativa al primo semestre 2017 entro il mese di settembre 2017 in sede di prima applicazione, mentre per quanto riguarda il secondo semestre 2017 ha provveduto entro il 31 gennaio 2018 (a regime la pubblicazione deve avvenire entro un mese dalla scadenza del semestre di riferimento).

In attesa delle verifiche sulla fattibilità delle implementazioni al sistema di protocollo per il passaggio automatico dei dati tutti o in parte sul registro degli accessi, come previsto dall'allegato 3 della circolare n. 2 /2017 del Ministero per la semplificazione e la Pubblica Amministrazione e considerata la difficoltà nella raccolta delle informazioni complessive, per le successive scadenze la pubblicazione dei dati avverrà entro 60 gg. dalla scadenza del semestre

La trasparenza realizza già di per sé una misura di prevenzione della corruzione poiché consente il controllo da parte degli utenti sullo svolgimento dell'attività amministrativa. La trasparenza è configurata dalla legge 190/2012 quale “*livello essenziale*” delle prestazioni, che devono essere

garantite su tutto il territorio nazionale, ai sensi dell'art. 117, comma 2, lett. m), della Costituzione ed è assicurata “*mediante la pubblicazione sui siti web istituzionali delle pubbliche amministrazioni, delle informazioni relative ai procedimenti amministrativi, secondo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione*” (art. 1, comma 15 della l. 190/2012). Al riguardo, l'Azienda Usl Romagna ha compiuto un importante sforzo, realizzando, il sito unico dell'amministrazione trasparente, che è visitabile all'indirizzo <https://amministrazionetrasparente.auslromagna.it/>.

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

Nell'AUSL della Romagna le due figure del Responsabile della trasparenza (RTI) e del Responsabile della prevenzione della corruzione (RPC), secondo le deliberazioni del Direttore Generale n. 768 e 910 del 2014, sono già riunite in un unico soggetto (art. 43, d.lgs. n. 33/2013), nella persona della dott.ssa Vilma Muccioli che, giusta deliberazione del D.G. n. 725 del 24.09.2015, è il Direttore dell'U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali.

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

1. Qualità dei dati da pubblicare – Decorrenza e durata dell'obbligo di pubblicazione.

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

Pertanto, le Unità Operative in capo alle quali sussistono gli obblighi di produzione, comunicazione e/o pubblicazione (così come declinati nella tabella di cui al par. 4) - devono impegnarsi nella raccolta, elaborazione e pubblicazione (in forma chiara e corretta) dei dati prescritti dalla legge; procedendo, altresì, a un costante e tempestivo aggiornamento dei dati resi pubblici.

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

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

In tal senso così come precisato al par. 1 Sezione I, della Parte Seconda, tra le misure di prevenzione è stata attuata l'integrazione tra il sito dell'amministrazione trasparente ed i sistemi informatici di archiviazione utilizzati dall'azienda (come l'applicativo InterdelFX per la gestione delle Deliberazioni e le Determinazioni dell'Ente) per consentire la raccolta e l'esportazione automatica di alcuni item informativi previsti dal decreto sulla trasparenza.

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

forniscono indicazioni operative, di carattere generale, riguardo alle modalità di pubblicazione ai fini di un miglioramento della qualità e della semplicità di consultazione dei dati, documenti ed informazioni pubblicate nella sezione "Amministrazione Trasparente".

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

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

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

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

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

2. Le limitazioni alla trasparenza

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

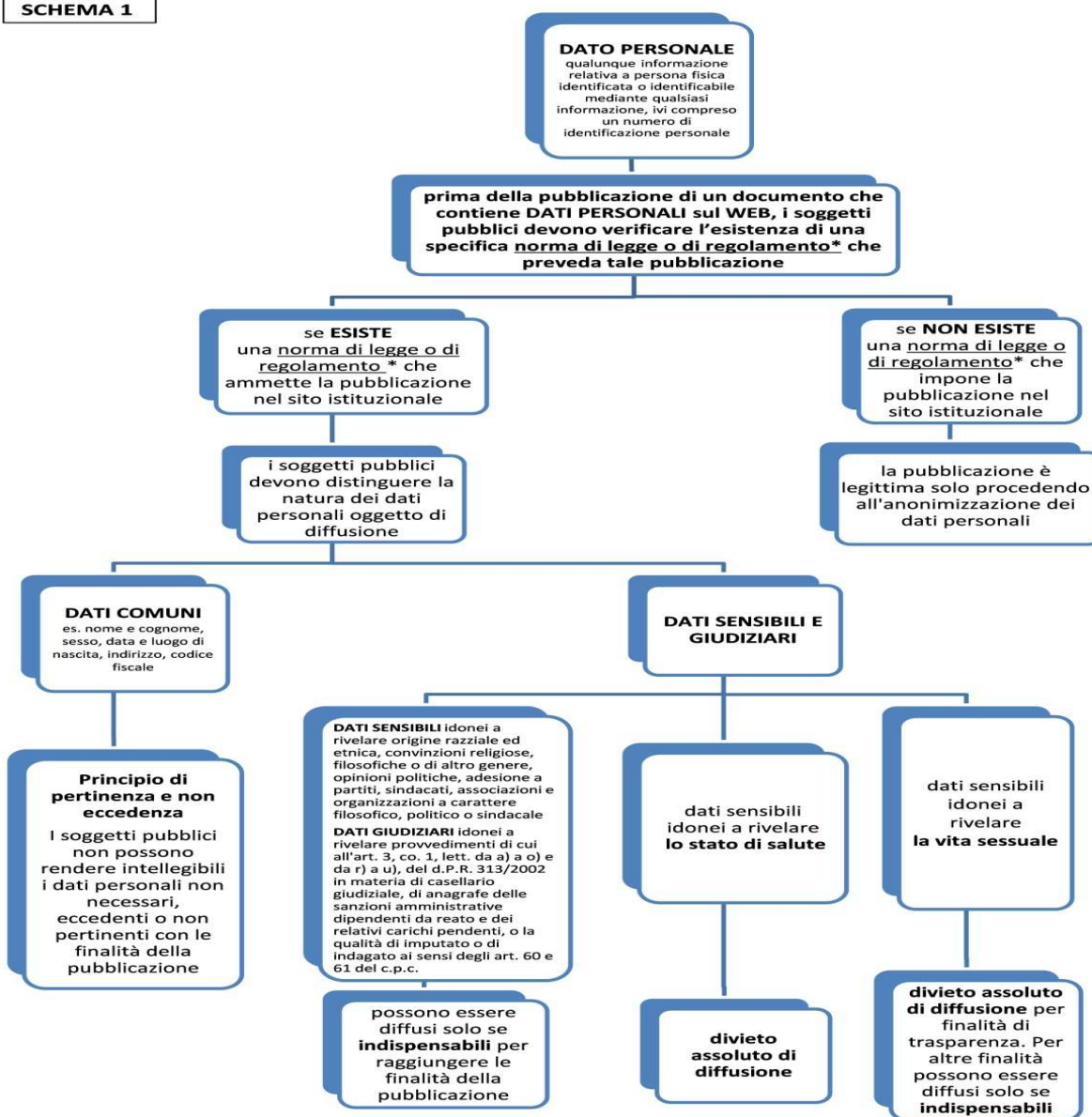
In tal senso, al fine di agevolare le Pubbliche Amministrazioni nel contemperamento delle esigenze di pubblicità e trasparenza con i diritti e le libertà fondamentali nonché con la dignità personale, il Garante della Privacy è intervenuto con le "*Linee guida in materia di trattamento di dati personali,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

Le linee guida del Garante della Privacy - oltre ad avere rivisto le disposizioni generali del d.lgs. 33/2013, offrendone una lettura orientata alla stretta osservanza della disciplina in materia di

protezione dei dati personali - contengono indicazioni di dettaglio rispetto ai limiti che operano per specifici obblighi di pubblicazione sul web (curricula professionali, compensi degli organi amministrativi di vertice e dei titolari di incarichi dirigenziali, concorsi e prove selettive, qualsiasi erogazione che costituisca un vantaggio economico senza controprestazione per il beneficiario); indicazioni che devono, quindi, essere osservate dall'operatore interessato fin dal momento della elaborazione del dato da pubblicare.

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

SCHEMA 1



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

3. Vigilanza, profili di responsabilità e sistema di monitoraggio

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Al fine di dare corso al monitoraggio sugli obblighi di pubblicazione, il RPCT provvederà sia a verificare personalmente e / o tramite la struttura di supporto, i dati pubblicati, sia a richiedere ai Referenti Aziendali coinvolti negli adempimenti di pubblicazione che sono i responsabili della pubblicazione dei dati nelle rispettive sezioni, di relazionare in merito all'aggiornamento dei dati pubblicati, alla loro completezza e congruità rispetto alle indicazioni del PTCP e alle disposizioni normative oltreché ai provvedimenti ANAC.

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

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

In seguito agli aggiornamenti apportati dal D.lgs. n. 97/2016, al D.lgs. n. 33/2013, è stata prevista la semplificazione di alcuni obblighi di pubblicazione e la possibilità di fare uso delle "banche dati", detenute dalle Pubbliche Amministrazioni, per assolvere gli adempimenti cui sono tenuti i soggetti obbligati di cui al comma 2 bis del medesimo D.lgt. 33/2013.

In particolare l'art. 9 bis recita:

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

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

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

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

L'art.42, c.2, del D.lgt. 97/2016 precisava inoltre che *“Gli obblighi di pubblicazione di cui all'articolo 9-bis del decreto legislativo n. 33 del 2013, introdotto dall'articolo 9, comma 2, del*

presente decreto, acquistano efficacia decorso un anno dalla data di entrata in vigore del presente decreto”.

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

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

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

5. Misure Organizzative: La tabella degli obblighi di pubblicazione dell'Ausl Romagna

Nella tabella riportata come **ALLEGATO A)** del presente documento vengono indicati gli obblighi di pubblicazione cui è tenuta la Ausl suddivisi in sezioni di primo livello e sottosezioni di secondo livello, ove previste tenendo conto delle modifiche apportate al D.lg. 33/2013 dal D.lg. 97/2016, delle indicazioni fornite da ANAC con la delibera n. 1310 del 2016, con particolare riferimento all'Allegato A) della medesima contenente l'elenco degli obblighi di pubblicazione.

La tabella, conformemente a quanto previsto dall'art. 43 del D.lgt. 33/20123, così come modificato dall'art. 34 del D.lg. 97/2016 e dell'art. 6 della Legge 241/90, indica ogni Direttore / Dirigente come responsabile delle pubblicazioni previste dalla normativa, per i procedimenti di propria competenza, oltre che degli uffici afferenti allo stesso. Questa soluzione organizzativa garantisce l'affidabilità e qualità dei dati, in quanto la loro individuazione risiede in capo al servizio competente per materia, conoscitore dei processi/ procedimenti a cui si riferisce l'adempimento della pubblicazione. E' inoltre la soluzione più funzionale dal punto di vista organizzativo, che consente di distribuire gli oneri in assenza di risorse ulteriori dedicate.

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

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

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

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

Nella tabella vengono descritti:

- gli obblighi di pubblicazione con indicazione dei contenuti più significativi di tali obblighi, imputati alle rispettive Sezioni / sottosezioni o con annotazione a piè di pagina);
- il riferimento normativo da cui ha origine l'adempimento;
- l'aggiornamento previsto dal d.lgs. 33/2013 con riferimento allo specifico obbligo di pubblicazione (tempestivo , trimestrale , annuale);
- i termini di effettivo aggiornamento previsti a livello aziendale per i rispettivi adempimenti, tenuto conto di quanto previsto dal d. 33/2013 e dall'allegato 1 alla delibera n. 1310/2016;
- l'eventuale non applicabilità della voce alle Aziende della SSN o alla AUSL della Romagna;
- i responsabili della struttura competente alla produzione / trasmissione/ pubblicazione del dato. Si precisa, al riguardo, che per la maggior parte degli obblighi di pubblicazione queste figure di responsabili si identificano, ossia nell'attuale assetto organizzativo aziendale la struttura individuata come responsabile della pubblicazione del dato coincide di solito con la struttura responsabile della produzione e trasmissione del dato; qualora ciò non dovesse verificarsi, ne viene data evidenza nella summenzionata tabella;
- nella colonna NOTE vengono indicate alcune specifiche di alcuni obblighi di pubblicazione;
- nella colonna 9 bis vengono fornite indicazioni sullo stato di attuazione della previsione dell'art. 9 bis – All B. del D.lgs. 33/2013 introdotto - dal D.lgs. 97/2016.

LA TABELLA CON L'ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E' RAPPRESENTATA COME ALLEGATO A) DEL PRESENTE PIANO

Timing riepilogativo delle misure di prevenzione generali

Soggetto Responsabile	Misure di prevenzione	Tempistica	Riferimento al PTPC
Obblighi di trasparenza			
Strutture Responsabili della produzione / trasmissione, pubblicazione del dato	Pubblicazione dati /informazioni previsti in tabella della Sezione trasparenza	Tempistica indicata nella tabella sugli obblighi di pubblicazione	Pag. 29
RPCT	Monitoraggio adempimento obblighi di pubblicazione	Entro il 31/12 di ogni anno	Pag.89-90
UU.OO. Progettazione e Sviluppo Edilizio	Trasparenza Pubblicazione di dati ulteriori rispetto a quelli previsti dalla normativa vigente	Entro il 30.09.2018	Pag. 30
Codici di comportamento			
UPD area comparto e area dirigenza	1) Report infrannuale al RPCT su <u>numero e tipologia di procedimenti disciplinari avviati nel 2018 per violazioni dei Codici di comportamento, con specificazione di quelli aventi rilevanza penale che sono riconducibili a fenomeni corruttivi e con la precisazione dell'area di rischio</u> interessata 2) <u>Segnalazione tempestiva</u> al RPCT per ogni evento 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	1) Entro 30/09/2018 2) Tempestivo	Pag. 32
UPD area comparto e area dirigenza con il supporto del RPCT	Adeguamento del Codice di Comportamento aziendale all'emanando Codice di Comportamento aggiornato unico per tutte le Aziende Sanitarie della Regione Emilia Romagna elaborato da parte del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza, coordinato dalla Regione Emilia Romagna	Entro marzo 2018 o diverso termine qualora comunicato dalla Regione	Pag. 32
Tutela del dipendente che effettua segnalazione di illeciti (c.d. Whistleblower)			
U.O. Governo sistemi informativi	Implementazione di meccanismo di gestione informatizzata delle segnalazioni secondo determinazione Anac n. 6 del 28 aprile 2015 con garanzia di anonimato che sarà reso disponibile da ANAC	Entro 31/12/2018	Pag. 35
Rotazione del personale addetto alle aree a rischio di corruzione			
U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Atto di programmazione pluriennale della rotazione	Entro fine 2019	Pag. 39
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.)	Rendicontazione sullo stato di attuazione di tale misura con indicazione del numero di dirigenti/funzionari interessati dalla rotazione	Entro 30/11/2018	Pag. 39

Formazione			
U.O. Sviluppo Organizzativo, Formazione e Valutazione	<u>Elaborazione del PAF coerentemente al PTPC</u>	Scadenza approvazione PAF	Pag. 42
Obbligo di astensione e di segnalazione in caso di conflitti di interesse			
U.O. Gestione Giuridica Risorse Umane	Adozione della modulistica elaborata dal Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza per acquisizione tramite il sistema informatico WHR – time (portale del dipendente) dichiarazione ai sensi degli artt. 5, 6, 7, 13 del D.P.R. 62 del 2013	Entro dicembre 2018	Pag. 44
Attività e incarichi extra istituzionali			
Alta Professionalità Gestione contenzioso, recupero crediti e autorizzazioni	- Report al RPCT su numero richieste autorizzate (distinguendo tra incarichi retribuiti e gratuiti) e numero di richieste non autorizzate al 31/10; -Indicazione di eventuali segnalazione pervenute e accertate in merito allo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati;	Entro il 30/11 di ogni anno	Pag. 46
Lo svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro			
U.O. Affari Generali e Direzione Percorsi Istituzionali e Legali	Protocollo Ausl-Agenzia Entrate	Entro 31/12/2018	Pag. 48
Azioni di sensibilizzazione e rapporti con la società civile			
UU.OO. Piattaforme Amministrative	Report da trasmettere al RPCT in merito al numero ed oggetto di segnalazioni ricevute da parte della società civile riguardo ad eventuali fatti corruttivi	Entro 31/10/2018	Pag. 51
RPCT	Pubblicazione avviso consultazioni pubbliche ai fini dell'aggiornamento del PTPC	Dal 20/11/2018 al 10/12/2018	Pag.51
Rapporti con le società partecipate			
RPCT	Controllo sull'adozione del PTPC da parte delle società partecipate e sul corretto adempimento delibera Anac n. 1134/2017	Entro 30/06/2018	Pag. 53

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

a) Contratti Pubblici

1) Acquisto di beni e servizi	Vedi tabella A1	pag 56
2) Lavori Pubblici	Vedi tabella A2	pag 61
b) Attività libero professionale	Vedi tabella B	pag 64
c) Rapporti contrattuali con privati accreditati	Vedi tabella C	pag 66
d) Attività conseguenti al decesso in ambito intra-ospedaliero	Vedi tabella D	pag 68
e) Acquisizione del Personale	Vedi tabella E	pag 70
f) Sanità Pubblica – vigilanza, controlli, ispezioni	Vedi tabella F	pag 74
g) Sperimentazioni cliniche	Vedi tabella G	pag 79
h) Assistenza protesica	Vedi tabella H	pag 80
i) Recupero/rimborso ticket- Gestione liste di attesa per attività istituzionale	Vedi tabella I	pag 81
j) Utilizzo beni aziendali	Vedi tabella J	pag 82