

## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: DA  
REGISTRO: Deliberazione  
NUMERO: 0000090  
DATA: 31/03/2021 17:50  
OGGETTO: Approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2021-2023

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Campagna Anselmo in qualità di Direttore Generale  
Con il parere favorevole di Landini Maria Paola - Direttore Scientifico  
Con il parere favorevole di Damen Viola - Direttore Sanitario  
Con il parere favorevole di Cilione Giampiero - Direttore Amministrativo

Su proposta di Daniela Vighi - Supporto Direzionale che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

### CLASSIFICAZIONI:

- [06-02]

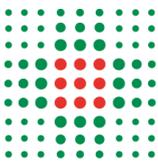
### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)
- Dipartimento Rizzoli - Sicilia
- Dipartimento Patologie Complesse
- Dipartimento Patologie Specialistiche
- RS Direzione Sanitaria
- Marketing Sociale
- Comunicazione e Relazione con i Media
- Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Unico Metropolitan Economato (SUME)
- Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF)
- Dipartimento Rizzoli RIT Research, Innovation Technology
- RS Direzione Amministrativa
- Clinical Trial Center
- Formazione
- Patrimonio ed Attività Tecniche



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



- Affari Legali e Generali
  - Uff. Libera Professione
  - Supporto Direzionale
  - SAITER - Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e Riabilitazione
  - Direzione Scientifica
  - Direzione Generale
  - Direzione Sanitaria
  - Direzione Amministrativa
  - Amministrazione della Ricerca
  - Relazioni Sindacali
  - Ufficio Relazioni con il Pubblico
  - Farmacia
- 
- Azienda Usl Di Bologna  
servizio.acquisti@pec.ausl.bologna.it

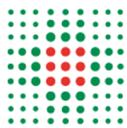
#### DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000090_2021_delibera_firmata.pdf	Campagna Anselmo; Cilione Giampiero; Damen Viola; Landini Maria Paola; Vighi Daniela	9B2B8DBE4CB8AFB6CC60523AAF9F48B F762A7667596B763D20950B489DC6CFCD
DELI0000090_2021_Allegato1.pdf:		03AC10B9236F97FD23D9B809A7C0BAD8 FD7E07B521B7C9C3C51FC04CBF68295A



L'originale del presente documento, redatto in formato elettronico e firmato digitalmente e' conservato a cura dell'ente produttore secondo normativa vigente.

Ai sensi dell'art. 3bis c4-bis Dlgs 82/2005 e s.m.i., in assenza del domicilio digitale le amministrazioni possono predisporre le comunicazioni ai cittadini come documenti informatici sottoscritti con firma digitale o firma elettronica avanzata ed inviare ai cittadini stessi copia analogica di tali documenti sottoscritti con firma autografa sostituita a mezzo stampa predisposta secondo le disposizioni di cui all'articolo 3 del Dlgs 39/1993.



## DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2021-2023

### IL DIRETTORE GENERALE

**Richiamata** la normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, in particolare:

- Legge 6 novembre 2012 n. 190 “ *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*” e smi;
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50: “ *Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*”, c.d. Codice dei contratti pubblici;
- Decreto Legislativo 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'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”;
- Decreto Legislativo 19 aprile 2017 n. 56: “ *Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50*”;
- Legge regionale Emilia-Romagna 1 giugno 2017 n. 9 “ *Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova”. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria*”;
- Legge 30 novembre 2017 n. 179: “ *Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*”;

**Richiamate** le seguenti deliberazioni IOR in materia:

- n. 1/2019 di nomina del Responsabile Aziendale della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- n. 48/2014 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2013 -2016 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- n.26/2015 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2015-2017 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- n. 2/2016 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2016-2018 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- n. 12/2017 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2017-2019 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- n. 22/2018 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2018-2020;



- n. 33/2019 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2019-2021;
- n. 35/2020 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2020-2022.

**Viste** le principali disposizioni emanate dall'ANAC nel corso dell'ultimo triennio:

- Delibera ANAC n. 177 del 19 febbraio 2020: "Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle Amministrazioni Pubbliche";
- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019: "Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*)" poste da ANAC in consultazione on line del 24 luglio 2019;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018: "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";

**Richiamate** le seguenti indicazioni regionali:

- " *Linee guida per il coordinamento nei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione di processi, rischi e misure tra Intercenter-ER e Aziende Sanitarie RER*", PG/2018/750099 del 18 dicembre 2018, Regione Emilia-Romagna;
- " *Aggiornamento Linee guida per l'applicazione da parte delle aziende ed enti del SSR degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, concernente i titolari di incarichi dirigenziali*", PG/2017/280066 del 11 aprile 2017, Regione Emilia-Romagna;
- " *Prime indicazioni operative in ordine all'applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24*" del Responsabile del Servizio Amministrazione del SSR del 20 aprile 2017, prot. n. 302132 e " *Circolare RER n. 12/2019 in ordine all'applicazione dell'art. 13 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 su "Obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità" e degli articoli 4, comma 3 e 10, comma 4, della Legge 8 marzo 2017, n. 24 circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche*";
- " *Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8 marzo 2017: copertura assicurativa e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio*" dell'OIV-SSR del 13 giugno 2017, prot. n. 438502

**Preso atto** del comunicato dell'ANAC del 2 dicembre 2020 col quale, a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, viene differito al 31 marzo 2021 il termine per la predisposizione e la pubblicazione dei Piani triennali per la prevenzione della corruzione e la trasparenza 2021-2023;

**Verificato** che la proposta di aggiornamento al PTPCT 2021-2023 è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza IOR tenendo conto delle modifiche del quadro normativo, delle determinazioni ANAC sopra citate, degli orientamenti assunti in sede di "Tavolo Regionale per il



coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale” attivato dalla Regione Emilia-Romagna e di “Tavolo Permanente di Prevenzione della Corruzione AVEC” attivato dai direttori generali delle aziende sanitarie delle provincie di Bologna e Ferrara nel corso del 2013;

**Rilevato** che per la proposta di aggiornamento del PTPCT 2021-2023 è stata seguita una procedura di consultazione pubblica aperta, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicata sul sito internet aziendale per consentire agli *stakeholders* esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione, così come richiesto dalla normativa vigente e che, al termine del periodo di consultazione, non sono pervenute all’Istituto proposte di aggiornamento o integrazione;

**Dato atto** che la proposta di aggiornamento al PTPCT 2021-2023 è stata illustrata all’OAS nella seduta del 23 marzo 2021

### **Delibera**

per le motivazioni in premessa enunciate e qui integralmente richiamate:

1. Di approvare il “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2021-2023 dell’Istituto Ortopedico Rizzoli” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso e quale aggiornamento al PTPCT 2020-2022;
2. Di dare atto che il PTPCT 2021-2023 vale per tutte le sedi operative dell’Istituto Ortopedico Rizzoli: Via Pupilli 1 e Via di Barbiano 1/10, Bologna; Presidio Ospedaliero di Bentivoglio (BO); Dipartimento Rizzoli Sicilia presso Villa S. Teresa di Bagheria SS 13 al Km 246 (PA); Palermo Via Divisi n. 83.
3. Di individuare, con il presente provvedimento, specifiche responsabilità in capo ai Dirigenti delle strutture aziendali ai quali sono riconducibili azioni finalizzate all’assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione e di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, come indicati nel PTPCT stesso;
4. Di prevedere la declinazione nel Piano delle Performance aziendale degli obblighi derivanti dall’applicazione del PTPCT 2021-2023 di cui al punto 3);
5. Di disporre che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provveda tempestivamente a trasmettere il PTPCT 2021-2023 a tutti gli organi, organismi e articolazioni aziendali delle diverse sedi dell’Istituto e alla sua pubblicazione su sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente (sottosezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione, così come disposto dalla determinazione 1310/2016 ANAC) e sulla intranet aziendale, dandone comunicazione a tutti i dipendenti, al fine del rispetto degli obblighi di trasparenza (ex D. Lgs. 33/2013);
6. Di dare atto che il PTPCT 2021-2023 costituisce un atto programmatico attraverso cui vengono individuate strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell’illegalità, nonché un atto sovraordinato ad ogni altro atto dell’Istituto (fatta eccezione per i provvedimenti



soggetti ad approvazione regionale) e che di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modifica e/o la sostituzione dei regolamenti, procedure e protocolli ad efficacia interna all'Istituto;

7. Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

Responsabile del procedimento ai sensi della L. 241/90:

Veronica Morello

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA  
DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI  
2021-2023**

---

## Sommario

PREMESSA.....	4
Nozione di corruzione.....	4
Obiettivi del Piano .....	5
1. QUADRO NORMATIVO .....	6
2. COORDINAMENTO TRA PTPCT E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE .....	9
3. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: METODOLOGIA E SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI .....	10
3.1. Metodologia .....	10
3.1.1. Analisi del contesto .....	11
3.1.2. Valutazione del rischio.....	11
3.1.3. Trattamento del rischio .....	11
3.1.4. Monitoraggio e riesame .....	11
3.2. Soggetti aziendali coinvolti.....	13
4. ANALISI DEL CONTESTO.....	17
4.1. Contesto esterno .....	17
4.2. Contesto interno.....	28
4.2.1. Struttura organizzativa dell’Istituto Ortopedico Rizzoli .....	28
4.2.2. Mappatura dei processi.....	35
5. IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO .....	37
6. INDIVIDUAZIONE E PROGETTAZIONE DELLE MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO ...	39
6.1. Misure Generali .....	39
6.1.1. Codice di Comportamento .....	39
6.1.2. Disciplina del conflitto di interessi: dichiarazioni e obblighi di astensione .....	41
6.1.3. Rotazione ordinaria del personale .....	43
6.1.4. Rotazione straordinaria del personale .....	45
6.1.5. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione .....	45
6.1.6. Conferimento incarichi extra-istituzionali .....	46
6.1.7. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro: divieti <i>post – employment</i> (cd. <i>pantouflage</i> o <i>revolving doors</i> ) .....	47
6.1.8. Inconferibilità di incarichi dirigenziali e incompatibilità.....	47
6.1.9. Tutela del <i>whistleblower</i> .....	48
6.1.10. Formazione .....	49

6.1.11. Patti di integrità .....	50
6.1.12. Trasparenza .....	50
6.2. Misure Specifiche .....	58
7. MONITORAGGIO SUL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO .....	59
8. PUBBLICITA' DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA .....	61
SEZIONE TRASPARENZA .....	62
PREMESSA.....	62
1. LA NOZIONE DI TRASPARENZA .....	62
2. TRASPARENZA E PRIVACY .....	63
2.1. Deposito e pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti .	65
3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE .....	66
4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE .....	69
5. AGGIORNAMENTO 2021 – 2023 – NUOVI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE .....	69
6. DATI DA PUBBLICARE.....	74
6.1. Durata e decorrenza della pubblicazione .....	75
6.2. Qualità dei dati pubblicati .....	75
6.3. Forma dei dati di tipo “aperto” .....	76
6.4. Banche dati.....	76
7. VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA E MISURE DI MONITORAGGIO .....	77
8. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA .....	80
Il sito web aziendale .....	80
Monitoraggio dei dati di accesso al sito .....	80
La Carta dei Servizi.....	80
Le guide e il materiale informativo per il paziente.....	81
Ascolto degli <i>stakeholders</i> .....	81
Associazioni di Volontariato .....	81
Comitato Consultivo Misto .....	82
Ufficio Relazioni Sindacali.....	82
Giornate della Trasparenza .....	82
Il diritto di accesso.....	83

#### **ELENCO ALLEGATI:**

Allegato 1: Mappatura dei processi a rischio

Allegato 2: Elenco degli obblighi di pubblicazione

Allegato 3: Relazione annuale del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza



## PREMESSA

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2021 – 2023 (di seguito Piano o PTPCT) è l’ottavo Piano adottato dall’Istituto Ortopedico Rizzoli in adempimento di quanto previsto e disciplinato dalla Legge 190/2012 (cd. Legge anticorruzione).

L’elaborazione del Piano è il frutto della partecipazione dell’intera struttura amministrativa, in *primis* i Responsabili delle varie strutture coinvolte nei processi decisionali a rischio e nelle relative misure di prevenzione, nonché tutti i dipendenti dell’Istituto in quanto soggetti tenuti a perseguire gli obiettivi di integrità, trasparenza e di prevenzione della corruzione. In alcune sue parti, inoltre, il Piano è il risultato di azioni condivise e coordinate sia a livello di Area Vasta che regionale<sup>1</sup>.

Nel corso degli anni e a partire in particolare dell’emanazione della Legge 190/2012, si è assistito, anche su impulso della normativa internazionale in tema di lotta alla corruzione<sup>2</sup>, ad un progressivo irrobustimento dello strumento della prevenzione della corruzione accanto a quello della sua repressione.

In questo contesto il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza costituisce il documento programmatico dell’Istituto Ortopedico Rizzoli contenente strategie di contrasto anticipatorie rispetto alla commissione di condotte corruttive e prassi finalizzate a rafforzare e presidiare l’integrità del pubblico funzionario e dell’agire amministrativo.

Il Piano è destinato a tutti coloro che a qualsiasi titolo prestino attività presso le sedi dell’Istituto e la sua adozione è stata preceduta da una consultazione pubblica rivolta agli *stakeholders* interni ed esterni.

Con riferimento alla programmazione delle misure generali e alla progettazione di quelle specifiche, sono state recepite le indicazioni contenute nel PNA e nei suoi aggiornamenti e, in relazione agli aspetti specificamente afferenti alle aree di rischio in ambito sanitario, il riferimento è in particolare a quanto disposto nell’Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016<sup>3</sup>.

Il piano è articolato in tre parti principali: in una prima parte vengono esposte le modalità di svolgimento del processo di gestione e valutazione del rischio; la seconda parte è dedicata alla programmazione delle misure per la riduzione del rischio corruttivo e al loro monitoraggio; la terza parte è dedicata infine alla trasparenza e alle attività attuative di tale misura. È poi corredato da tre allegati recanti rispettivamente la Mappatura dei processi a rischio (Allegato 1), l’Elenco degli obblighi di pubblicazione (Allegato 2) e la Relazione Annuale del RPCT (Allegato 3).

### Nozione di corruzione

Il Piano accoglie una nozione ampia di corruzione intesa come comprensiva di tutti i comportamenti impropri del pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse particolare proprio o di terzi, assuma o

---

<sup>1</sup> Si fa riferimento in particolare al Tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione attivato dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della provincia di Bologna e di Ferrara e al Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e Prevenzione della Corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale

<sup>2</sup> Si fa riferimento in particolare alla Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione (UNCAC) adottata a Merida dall’Assemblea generale il 31 ottobre 2003 e ratificata dall’Italia con legge n. 116/2009

<sup>3</sup> Parte Speciale I – SANITA’ dell’Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITA’ del PNA 2016

concorra ad assumere una decisione pubblica deviando, in cambio di un vantaggio, dai propri doveri d'ufficio consistenti nella cura imparziale dell'interesse pubblico.

Quindi sono ricomprese nell'accezione di corruzione adottata dal Piano tutte quelle situazioni che, a prescindere dalla rilevanza penale, facciano emergere un malfunzionamento dell'amministrazione causato dall'uso a fini privati delle funzioni e dei compiti attribuiti.

Le situazioni rilevanti ai fini del Piano non si esauriscono pertanto nella violazione degli artt. 317, 318, 319, 319 ter e 319 quater c.p. e vanno oltre la gamma di condotte corruttive di cui al capo del codice penale sui "Delitti contro la pubblica amministrazione".

In tale ottica il sistema di prevenzione della corruzione e promozione dell'integrità rappresenta la necessaria integrazione del sistema sanzionatorio fissato dal codice penale per i reati di corruzione, nella prospettiva di un corretto utilizzo delle risorse pubbliche e di una sempre maggiore trasparenza delle procedure e imparzialità delle decisioni.

## Obiettivi del Piano

Il Piano per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza è uno strumento di programmazione aggiornato e adottato annualmente; con esso l'Istituto mira a ridurre il rischio che si verifichino fenomeni corruttivi mediante la previsione di misure sia di carattere organizzativo-oggettivo che di carattere comportamentale-soggettivo. Le prime sono volte a prevenire il rischio incidendo sull'organizzazione e sul funzionamento dell'ente; le seconde si propongono di evitare una vasta serie di comportamenti devianti che vanno dal compimento di reati contro la pubblica amministrazione all'assunzione di decisioni di cattiva amministrazione e contrarie all'interesse pubblico.

L'adozione del Piano risulta di cardinale importanza in ambito sanitario alla luce dei gravissimi danni che il fenomeno corruttivo può provocare in sanità sul piano sia etico che economico: come rilevato dalla Corte dei Conti, infatti, in sanità i fenomeni di corruzione *"si intrecciano con sorprendente facilità a veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo"* e *"il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriata organizzazione e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività"*<sup>4</sup>.

L'obiettivo di contrasto ai fenomeni di inefficiente e cattiva amministrazione è evidenziato anche dall'art. 1 comma 8 bis della Legge 190/2012 con cui il legislatore impone che vi sia una stretta correlazione e coerenza fra gli obiettivi stabiliti nei documenti di programmazione strategico gestionale (Piano delle Performance) e i PTPCT.

La trasparenza, l'integrità e la legalità rappresentano condizioni imprescindibili per la tutela della salute, la sostenibilità del Servizio Sanitario Nazionale e la salvaguardia del rapporto fiduciario con il cittadino: solo garantendo e preservando tali condizioni è possibile concretamente individuare le inefficienze e gli utilizzi impropri di risorse pubbliche, risorse che, una volta recuperate, devono essere reinvestite a supporto dell'innovazione tecnologica e farmaceutica, della ricerca scientifica e, più in generale, delle migliori e più appropriate possibilità di cure.

---

<sup>4</sup> Corte dei Conti n. 265/2012

Il 2020 è stato certamente un anno particolare: la diffusione a livello mondiale del Covid-19 ha determinato l'instaurazione di uno stato di emergenza non solo sanitaria, ma anche sociale ed economica. Da tale emergenza è discesa la necessità per le amministrazioni pubbliche, in primis per gli enti del SSN, di procurarsi beni e servizi con un'urgenza senza precedenti, con la conseguente possibilità di ricorrere a procedure di approvvigionamento straordinarie caratterizzate, rispetto a quelle ordinarie, da celerità e flessibilità. Tutti questi elementi costituiscono senza dubbio un terreno fertile per condotte corruttive e di *malagestio* e, come sottolineato anche nelle linee guida emanate dal presidente del Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO), "l'epidemia Covid-19 aumenta i rischi di corruzione. Il settore sanitario è particolarmente esposto, in particolare a causa dell'immediato bisogno di forniture mediche (con relativa semplificazione delle norme sugli appalti) del sovrappollamento delle strutture mediche e del personale medico sovraccarico"<sup>5</sup>. A fronte di questa situazione straordinaria, il nuovo PTPCT deve pertanto porsi l'obiettivo di predisporre le azioni necessarie a contrastare l'insorgere di fenomeni corruttivi legati all'evolversi della crisi pandemica.

Alla luce di tutto ciò il presente Piano, in aderenza a quanto previsto nei Piani Nazionali Anticorruzione succedutisi nel tempo e coerentemente agli obiettivi che fondano la strategia anticorruzione enucleata a livello nazionale, si pone i seguenti obiettivi strategici:

- Ridurre le opportunità e condizioni a partire dalle quali possono generarsi condotte corruttive
- Contribuire a creare un contesto sfavorevole all'insorgere di fenomeni corruttivi e favorevole invece al diffondersi della cultura dell'integrità
- Aumentare le capacità di scoprire eventuali casi di corruzione
- Contrastare la possibile diffusione di fenomeni corruttivi legati allo stato di emergenza sanitaria da Covid-19

Nel perseguimento di tali obiettivi, e in continuità con i Piani precedentemente adottati, il PTPCT contiene pertanto l'analisi delle aree di rischio, la mappatura dei processi e l'individuazione dei livelli di rischio; alla luce di ciò dà atto delle misure di prevenzione adottate e indica quelle ulteriori che verranno eventualmente individuate e implementate, prevedendone tempi di attuazione e monitoraggio.

Il PTPCT 2021-2023 rappresenta quindi l'espressione dell'impegno della Direzione Generale a contrastare il fenomeno corruttivo e a favorire la diffusione della cultura della legalità e si applica in tutte le sedi operative dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, ovvero:

- Bologna, Via di Barbiano n. 1/10, sede legale, assistenziale e di ricerca
- Bologna, Via Pupilli n. 1, sede assistenziale e di ricerca
- Bentivoglio (BO), Via Marconi n. 35, sede assistenziale e di ricerca
- Bagheria (PA), SS 13 al km 246, sede assistenziale e di ricerca
- Palermo, Via Divisi n. 83, sede di ricerca

## 1. QUADRO NORMATIVO

La [legge 6 novembre 2012 n. 190](#) attuativa della Convenzione delle Nazioni Unite contro la corruzione, intendendo uniformare l'ordinamento giuridico italiano agli strumenti sovranazionali di contrasto alla

<sup>5</sup> "Risques de corruption et références juridiques utiles dans le contexte du COVID-19", document publié par M. Marin Mrcela, Président du GRECO (Groupe d'Etats contre la corruption")

corruzione, ha introdotto una serie di adempimenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo e ha individuato i soggetti preposti all'adozione delle misure in materia.

A tale legge hanno poi fatto seguito:

- Il D. Lgs. n. 235 del 31 dicembre 2012, "Testo unico delle disposizioni *in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive* e di Governo conseguenti a sentenze definitive e di condanna per delitti non colposi, a norma dell'art. 1 comma 63 della Legge 6 novembre 2012 n. 190";
- Il D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, così come modificato dal D. Lgs n. 97 del 25 maggio 2016, inerente il "Riordino della disciplina *riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni* da parte delle pubbliche amministrazioni";
- Il D. Lgs. n. 39 del 08 aprile 2013, recante "Disposizioni *in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi* presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1 commi 49 e 50 Legge 190";
- Il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, "Regolamento recante *codice di comportamento dei dipendenti pubblici*, a norma dell'art. 54 del D. Lgs. n. 165 del 30/03/2001".

Inoltre, da un punto di vista più prettamente operativo, il sistema di prevenzione e contrasto alla corruzione attinge alle strategie individuate a livello nazionale nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA): questo è stato elaborato ed approvato per la prima volta nel 2013 con la Delibera CIVIT n. 72/2013 e il suo contenuto reca gli obiettivi per lo sviluppo della strategia di prevenzione della corruzione e fornisce indirizzi e supporto alle pubbliche amministrazioni in merito alla prevenzione della corruzione e alla stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

L'ANAC ha successivamente approvato i seguenti aggiornamenti al PNA:

- Determinazione n. 12/2015, recante "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 831/2016, recante "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016"; si precisa che a partire da tale anno, e con l'obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nel dare attuazione alla normativa di prevenzione della corruzione, è stato unificato in un solo strumento (il PTPCT) il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l'integrità e pertanto dal 2016 la trasparenza, come misura generale di contrasto alla corruzione, diviene una sezione all'interno del PTPCT<sup>6</sup>;
- Delibera n. 1208/2017, recante "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 1704/2018, recante "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera n. 1064/2019, recante "Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019"

Con specifico riferimento all'ambito sanitario si evidenziano in particolare gli approfondimenti "Sanità" contenuti nell'Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016<sup>7</sup>.

Occorre evidenziare poi che, alla luce della necessità di fronteggiare adeguatamente l'emergenza sanitaria da COVID-19, a partire da marzo 2020 sono intervenuti diversi provvedimenti che, soprattutto con riferimento al settore dell'acquisizione di beni e servizi e a quello del reclutamento del personale, hanno

<sup>6</sup> Cfr. art. 10 del d. lgs. 33/2013 come modificato dal d. lgs. n. 97/2016

<sup>7</sup> Rispettivamente Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016

comportato delle deroghe alla disciplina ordinaria, con evidenti ripercussioni anche in materia di anticorruzione e trasparenza. In particolare:

- In materia di acquisizione di beni e servizi:
  - D.L. 17 marzo 2020 n. 18, convertito in legge 24 aprile 2020 n. 27, recante “Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all’emergenza epidemiologica da Covid19”, col quale, nel settore dei contratti pubblici, sono state snellite e velocizzate le procedure di affidamento di lavori e servizi e di acquisizione di forniture in settori ritenuti strategici nel quadro emergenziale, con l’introduzione di deroghe al d.lgs. 50/2016<sup>8</sup>;
  - D.L. 19 maggio 2020 n. 34, convertito in legge 17 luglio 2020 n. 77, recante “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da Covid19”, che ha introdotto ulteriori disposizioni in materia di contratti pubblici<sup>9</sup>;
  - Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020, recante “Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all’emergenza relativa al rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”<sup>10</sup>;
- In materia di reclutamento del personale:
  - D.L. 9 marzo 2020 n. 14, recante “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all’emergenza Covid19” (D.L. abrogato dalla L. 24 aprile 2020, n. 27 - art. 1, comma 2 -. Restano validi gli atti ed i provvedimenti adottati e sono fatti salvi gli effetti prodottisi e i rapporti giuridici sorti sulla base del medesimo decreto-legge) i cui articoli 1 e 2 sono dedicati rispettivamente alle misure straordinarie per l’assunzione degli specializzandi e per il conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario e alle misure urgenti per l’accesso del personale sanitario e dei medici al Servizio sanitario nazionale<sup>11</sup>;

<sup>8</sup> Cfr. in particolare art. 72 “Misure per l’internazionalizzazione del sistema Paese”, art. 75 “Acquisti per lo sviluppo di sistemi informativi per la diffusione del lavoro agile e di servizi in rete per l’accesso di cittadini e imprese”, art. 99 comma 3 “Erogazioni liberali a sostegno del contrasto all’emergenza epidemiologica da Covid19”

<sup>9</sup> Cfr. in particolare art. 207

<sup>10</sup> Cfr. art. 3

<sup>11</sup> Art. 1 comma 1: Al fine di far fronte alle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19 e di garantire i livelli essenziali di assistenza nonché per assicurare sull’intero territorio nazionale un incremento dei posti letto per la terapia intensiva e sub intensiva necessari alla cura dei pazienti affetti dal predetto virus, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, fino al perdurare dello stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, possono:

a) procedere al reclutamento delle professioni sanitarie, come individuate dall’articolo 1 del decreto legislativo del Capo provvisorio dello Stato 13 settembre 1946, n. 233, e successive modificazioni e dalla legge 18 febbraio 1989, n. 56 e successive modificazioni, nonché di medici specializzandi, iscritti all’ultimo e al penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, anche ove non collocati nelle graduatorie di cui all’articolo 1, comma 547, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, conferendo incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, di durata non superiore a sei mesi, prorogabili in ragione del perdurare dello stato di emergenza, sino al 2020, in deroga all’articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e all’articolo 6 del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122. I medici specializzandi restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria, e continuano a percepire il trattamento economico previsto dal contratto di formazione medico specialistica, integrato dagli emolumenti corrisposti per l’attività lavorativa svolta. Il periodo di attività, svolto dai medici specializzandi esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. Le Università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, teoriche e assistenziali, necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti. I predetti incarichi, qualora necessario, possono essere conferiti anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, nei limiti delle risorse complessivamente indicate per ciascuna regione con il decreto di cui all’articolo 17;

b) procedere alle assunzioni di cui all’articolo 1, comma 548-bis, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, nei limiti e con le modalità ivi previste anche per quanto riguarda il trattamento economico da riconoscere, anche in assenza dell’accordo quadro ivi previsto. Le

## 2. COORDINAMENTO TRA PTPCT E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

La realizzazione di un'efficace strategia di prevenzione del rischio corruttivo deve passare necessariamente attraverso il coordinamento tra il Piano e gli strumenti di programmazione dell'Istituto, in particolare il Piano delle Performance.

Tale esigenza di integrazione è stata chiaramente ribadita dal legislatore<sup>12</sup> il quale ha previsto che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale e che le amministrazioni devono assicurare un coordinamento contenutistico tra PTPCT e Piano delle Performance.

È previsto inoltre che l'OIV e gli altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano delle Performance e che utilizzino i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione ai fini della misurazione e valutazione delle *performance*. In tal senso è attivo l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) IOR il quale garantisce all'OIV la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative all'Istituto e lo supporta nello svolgimento dei compiti e delle funzioni attribuiti allo stesso<sup>13</sup>.

Quindi le attività svolte dall'Istituto per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono introdotte in forma di obiettivi nel Piano delle Performance sotto il profilo sia della *performance* organizzativa<sup>14</sup> che di quella individuale<sup>15</sup>. In particolare, in attuazione della delibera n. 3/2016 dell'OIV regionale, è stata individuata nella dimensione della *performance* dei processi interni una specifica area dell'anticorruzione e della trasparenza con la previsione di indicatori di misurazione e valutazione: le misure di prevenzione della corruzione individuate nel PTPCT, ivi compresi gli obblighi di trasparenza, sono stati declinati in obiettivi specifici organizzativi ed individuali ed assegnati, attraverso lo strumento del budget, alle strutture sanitarie, amministrative e tecniche, ai loro dirigenti e al personale secondo le posizioni ricoperte.

Gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza per il prossimo triennio, in linea con la strategia nazionale e regionale, sono orientati a perseguire soluzioni che portino alla piena consapevolezza e condivisione degli obiettivi della lotta alla corruzione e delle misure organizzative necessarie attraverso:

1. L'implementazione dell'approccio basato sull'analisi dei rischi;
2. L'integrazione e il coordinamento con gli obiettivi della programmazione aziendale e con la valutazione delle performance dei processi al fine di traslare le misure di prevenzione in obiettivi organizzativi;

---

assunzioni di cui alla presente lettera devono avvenire nell'ambito delle strutture accreditate della rete formativa e la relativa attività deve essere coerente con il progetto formativo deliberato dal consiglio della scuola di specializzazione.

Art. 2 comma 1: Al fine di garantire l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria anche in ragione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID-19, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, verificata l'impossibilità di utilizzare personale già in servizio nonché di ricorrere agli idonei collocati in graduatorie concorsuali in vigore, possono, durante la vigenza dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, conferire incarichi individuali a tempo determinato, previo avviso pubblico, al personale sanitario e ai medici in possesso dei requisiti previsti dall'ordinamento per l'accesso alla dirigenza medica.

<sup>12</sup> Art. 1 comma 8 della Legge 190/2012

<sup>13</sup> Regolamento Regione Emilia-Romagna 1 aprile 2019 n. 2, Regolamento per il funzionamento degli organismi indipendenti di valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali

<sup>14</sup> Art. 8 del D. Lgs. 150/2009

<sup>15</sup> Art. 9 del D. Lgs. 150/2009

3. Il coinvolgimento dei soggetti interni nella creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT;
4. La promozione di maggiori livelli di trasparenza;
5. La diffusione dei valori della legalità, dell'integrità e dell'etica;
6. Il mantenimento delle relazioni collaborative con altri soggetti pubblici di riferimento, in particolare OIV regionale, Rete per l'integrità RER e tavolo AVEC, nonché con gli *stakeholders* di riferimento.

In linea con i sopra citati obiettivi strategici, gli obiettivi operativi IOR in materia di politiche di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza, declinati in obiettivi di budget da assegnare ai servizi e in obiettivi individuali, sono poi i seguenti:

- Partecipazione alla revisione della mappatura dei processi dell'Istituto e all'aggiornamento e/o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2019 e alle indicazioni metodologiche dell'OIV regionale e del tavolo degli RPCT AVEC; collaborazione all'elaborazione e implementazione delle conseguenti misure di prevenzione della corruzione e di mitigazione del rischio;
- Attuazione dei piani e delle misure di prevenzione della corruzione per quanto di competenza, partecipazione attiva ai monitoraggi sull'effettivo grado di attuazione dei medesimi anche in relazione ai riscontri da fornire all'OAS e all'OIV regionale;
- Rispetto dal punto di vista formale e di tempistiche delle norme sulla trasparenza amministrativa con le correlate comunicazioni e pubblicazioni di dati e informazioni; incremento dei controlli di primo e di secondo livello;
- Rispetto e diffusione del Codice di Comportamento dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (del. n. 127/2018), rispetto degli obblighi di dichiarazione sul conflitto di interessi ivi contenuti attraverso l'utilizzo del "Portale del dipendente" nonché di ogni disposizione aziendale inerenti il conflitto di interessi (es. regolamento per l'accesso degli informatori scientifici; regolamento per l'accesso dei fornitori di dispositivi; procedura decessi; disposizioni in materia di donazioni, comodati gratuiti e conto visione; disposizioni in materia di incarichi extraistituzionali e di formazione sponsorizzata);
- Partecipazione ai percorsi formativi proposti dal RPCT anche in coordinamento con le altre aziende metropolitane/regionali.

### **3. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: METODOLOGIA E SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI**

#### **3.1. Metodologia**

La predisposizione del PTPCT deve essere considerata come un processo sostanziale e non meramente formale mediante il quale la gestione del rischio corruttivo viene sviluppata secondo una logica sequenziale e ciclica articolata in quattro fasi principali (*fig. 1*):

1. Analisi del contesto
2. Valutazione del rischio
3. Trattamento del rischio
4. Monitoraggio e riesame

### 3.1.1. Analisi del contesto

In questa prima fase del processo di gestione del rischio l'Istituto acquisisce le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo in relazione sia alle caratteristiche dell'ambiente in cui opera (contesto esterno), sia alla propria organizzazione (contesto interno).

Con l'analisi del contesto esterno l'amministrazione mira ad individuare e descrivere le caratteristiche culturali sociali ed economiche del territorio/settore di intervento, nonché le relazioni esistenti con gli *stakeholders* e di come queste possono influire sull'attività dell'amministrazione favorendo l'insorgere di eventuali fenomeni corruttivi.

L'analisi del contesto interno riguarda invece aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che possono influenzare l'esposizione dell'Istituto al rischio corruttivo: con tale analisi si mira pertanto a far emergere da un lato il sistema delle responsabilità attraverso la disamina della struttura organizzativa e delle principali funzioni svolte, e dall'altro il livello di complessità dell'amministrazione mediante la mappatura dei processi. Quest'ultima, in particolare, rappresenta un aspetto centrale nel processo di gestione del rischio e consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi condotte col precipuo fine di esaminare gradualmente l'intera attività svolta dall'Istituto e identificare le aree che risultano esposte a rischi corruttivi.

### 3.1.2. Valutazione del rischio

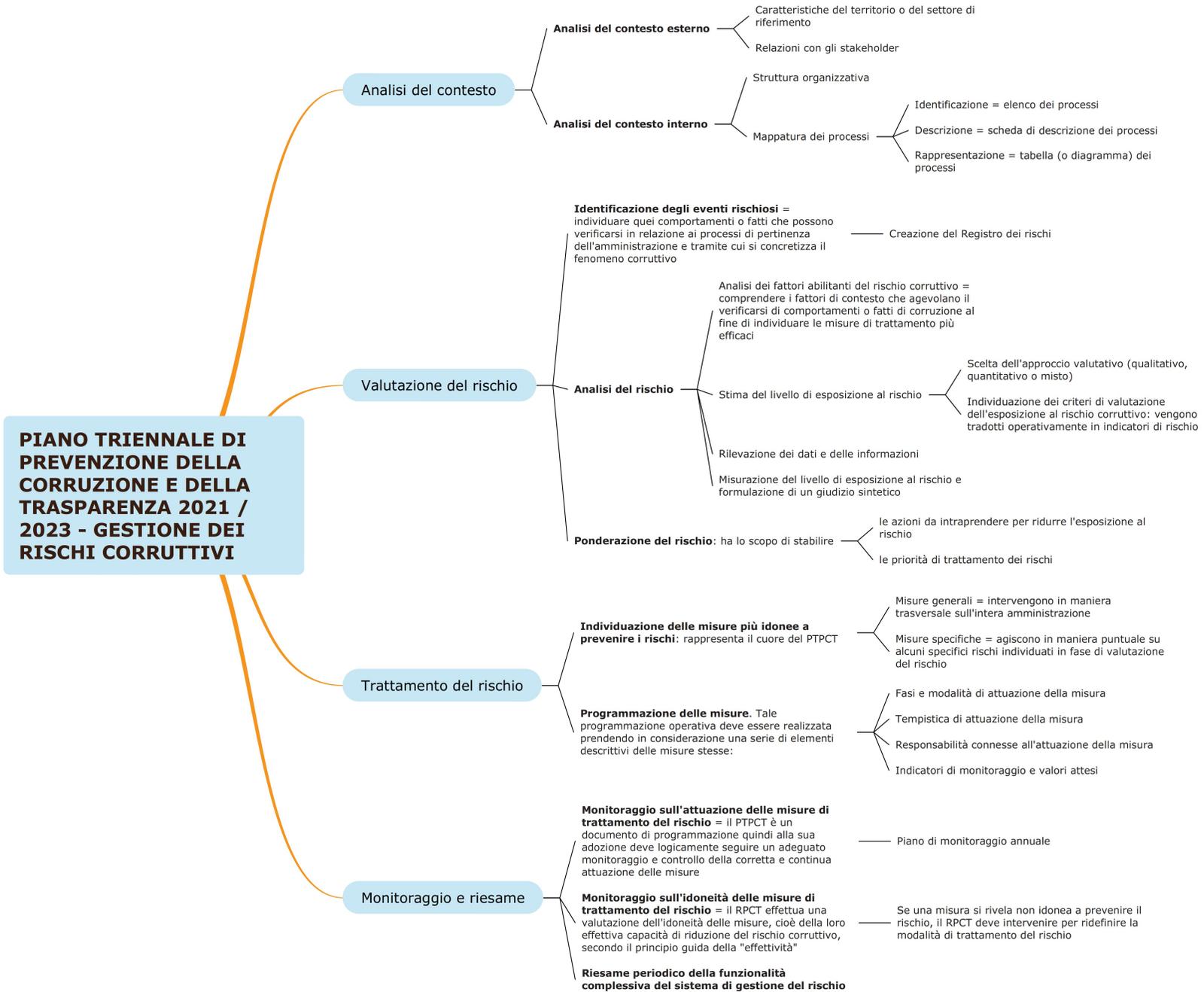
Nella fase di valutazione del rischio quest'ultimo viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure preventive e/o correttive. In primo luogo quindi, vengono individuati quei comportamenti o fatti che possono verificarsi con riferimento ai processi mappati e tramite i quali può concretizzarsi il fenomeno corruttivo. Successivamente si procede all'analisi e ponderazione del rischio al fine di stabilire le azioni da intraprendere e le priorità di trattamento dei rischi.

### 3.1.3. Trattamento del rischio

In questa fase si procede all'individuazione delle misure più idonee a prevenire i rischi, misure che possono essere generali se intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione, o specifiche laddove agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati nella precedente fase di valutazione. All'individuazione delle misure segue poi la programmazione operativa delle stesse, la quale rappresenta un contenuto fondamentale del PTPCT in assenza del quale lo stesso risulterebbe carente dei requisiti di cui alla Legge 190/2012 e che consente di creare una rete di responsabilità diffusa rispetto alla definizione e attuazione della strategia di prevenzione della corruzione all'interno dell'Istituto.

### 3.1.4. Monitoraggio e riesame

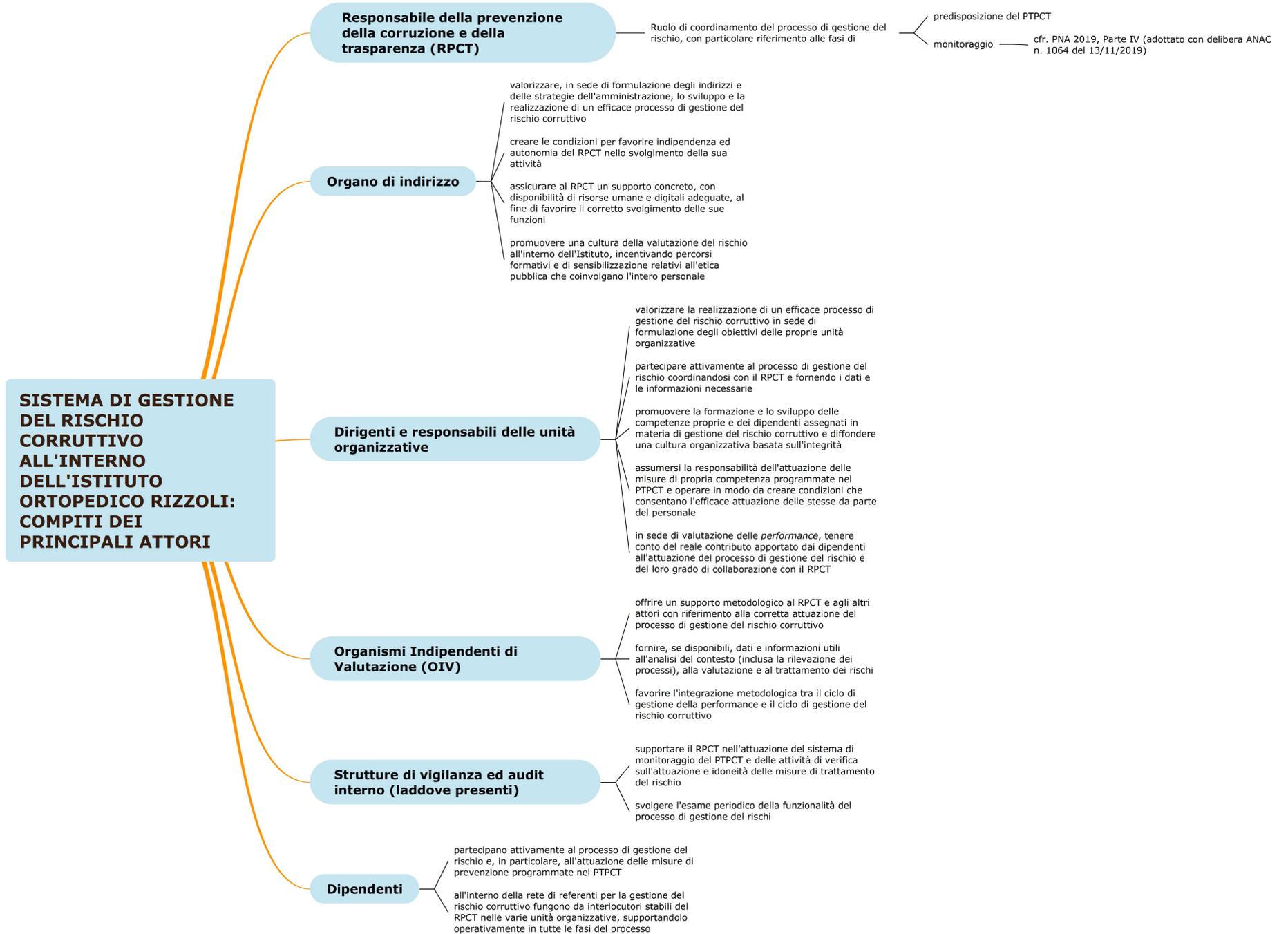
Con la fase di monitoraggio e di riesame periodico si procede infine alla verifica circa l'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione e in merito al complessivo funzionamento del processo di gestione del rischio, rendendo possibile intervenire tempestivamente con eventuali modifiche.



### 3.2. Soggetti aziendali coinvolti

Tutte le fasi precedentemente esposte vedono la partecipazione, oltre che del RPCT, di vari soggetti aziendali coinvolti nel sistema di gestione del rischio corruttivo. Il coinvolgimento attivo di tutti i dirigenti e di tutti i dipendenti che, a vario titolo, sono responsabili delle attività svolte all'interno dell'Istituto contribuisce infatti a rendere consapevoli della rilevanza rivestita dalle misure di prevenzione della corruzione e contribuisce a creare un contesto culturale orientato all'integrità e alla legalità e consapevole dell'importanza della prevenzione del fenomeno corruttivo. Pertanto, l'interlocuzione con il RPCT e la condivisione degli obiettivi di prevenzione della corruzione e di trasparenza risulta di cardinale importanza ai fini di un buon successo della politica di anticorruzione.

A tal fine si illustrano di seguito in maniera sintetica i compiti dei principali attori nell'ambito della gestione del rischio corruttivo presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli (*fig.2*).



Il ruolo di coordinamento del processo di gestione del rischio è in capo al RPCT, al quale devono essere garantiti idonei ed adeguati poteri per lo svolgimento dell'incarico con autonomia ed effettività, ivi inclusi i poteri di vigilanza sull'effettiva applicazione delle misure anti corruttive previste nel Piano. A tal fine il RPCT dispone dei seguenti poteri di interlocuzione e controllo:

- Effettuare controlli sulle procedure e sui processi aziendali che abbiano impatto in materia di anticorruzione e trasparenza, proponendo le modifiche eventualmente ritenute necessarie;
- Effettuare controlli all'interno delle strutture, sopralluoghi e/o audit e chiedere delucidazioni per iscritto e/o verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possano configurare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi responsabili di struttura;
- Verificare l'efficace attuazione del PTPCT e la sua idoneità e proporre modifiche dello stesso quando sono accertate significative violazioni delle prescrizioni ovvero quando intervengono mutamenti nell'organizzazione o nell'attività dell'amministrazione;
- Verificare, d'intesa col dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici maggiormente esposti ai reati di corruzione e definire le procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare nelle aree a rischio corruzione;
- Effettuare controlli sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, segnalando all'organo di indirizzo politico, all'OIV, all'ANAC e, nei casi più gravi, all'UPD i casi di mancato o ritardato adempimento degli obblighi di pubblicazione;
- Occuparsi dei casi di riesame dell'accesso civico nelle ipotesi di diniego totale o parziale o di mancata risposta entro il termine;
- Indicare all'ufficio competente all'esercizio dell'azione disciplinare i nominativi dei dipendenti che non hanno attuato correttamente le misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- Richiedere ai dirigenti/responsabili di fornire le informazioni necessarie per vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del Piano, con particolare riguardo alle attività e aree di rischio individuate nel PTPCT e alle misure di contrasto del rischio di corruzione.

Ferma la premessa che tutti gli operatori e i collaboratori dell'Istituto sono coinvolti nell'implementazione del PTPCT e nel perseguimento degli obiettivi di trasparenza e prevenzione della corruzione, un ruolo specifico è ricoperto poi dai dirigenti e responsabili delle unità organizzative e dai Referenti di Area.

Come previsto dall'Allegato 1 del PNA 2019, i dirigenti e responsabili delle unità organizzative devono:

- Valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- Partecipare attivamente al processo di gestione del rischio coordinandosi con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l'analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- Promuovere la formazione e lo sviluppo delle competenze proprie e dei dipendenti assegnati in materia di gestione del rischio corruttivo e diffondere una cultura organizzativa basata sull'integrità;
- Assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in modo da creare condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale;

- In sede di valutazione della *performance*, tenere conto del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

Accanto a questi vi sono poi i Referenti di Area che, come già previsto dal PTPCT IOR 2019-2021, collaborano con il RPCT e hanno funzioni inerenti la raccolta dei dati, il loro monitoraggio e la trasmissione dei flussi informativi, nonché, all'interno delle rispettive strutture organizzative, compiti di coordinamento e monitoraggio delle attività di prevenzione dei comportamenti corruttivi. Anche il PNA 2019 fa poi espresso riferimento ai Referenti del RPCT affermando che il loro ruolo è fondamentale per un efficace svolgimento dei compiti del Responsabile stesso e che essi possono svolgere una costante attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sull'attuazione delle misure.

Alla luce di ciò l'Istituto ha provveduto, con delibera n. 387 del 16 dicembre 2019, a formalizzare l'individuazione dei Referenti di Area, ad aggiornarne la composizione nel corso del 2020 a fronte dei mutamenti organizzativi intervenuti *medio tempore* all'interno dei servizi e ad avviare l'attività del Gruppo (PG 15998 del 20/11/2020). Attualmente il Gruppo aziendale Anticorruzione e Trasparenza IOR presenta la seguente composizione:

SERVIZIO	NOMINATIVO REFERENTE
Direzione Sanitaria	Ennio Rustico
Direzione SAITER	Giovanna Gabusi
Amministrazione della Ricerca	Chiara Kolletzek
Patrimonio e Attività Tecniche	Francesca Comellini
SUMAP (ora SUMAGP e SUMAEP)	Tiziana Dovesi
SUMCF	Pierpaolo Duranti
SUME	Carla Bartolini
SAM	Antonella Montanari
ICT	Margherita Pierantoni
Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione	Pamela Pedretti
Formazione	Patrizia Suzzi
Affari Legali e Generali	Laura Mandrioli
Accesso ai servizi	Angelo Giordano
Rizzoli Sicilia	Stefania Casamichele
Marketing sociale	Andrea Paltrinieri
Libera Professione	Mara Moretti
Clinical Trial Center	Simonetta Gamberini

Il Gruppo Aziendale Anticorruzione e Trasparenza dell'Istituto è pertanto composto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dall'Ufficio di Supporto al RPCT, dal Referente per l'accesso e dai Referenti di Area sopra indicati.

Altre due figure specificamente legate alle attività di prevenzione della corruzione sono infine il Gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio e il Responsabile dell'Anagrafe per la Stazione Appaltante (RASA).

Per quanto riguarda il soggetto gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, si tratta di una figura che ciascuna p.a. è tenuta ad individuare al proprio interno ai sensi del D.M. 25 settembre 2015 recante “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 particolare il soggetto gestore è tenuto a:

- Raccogliere dagli addetti degli uffici interessati le informazioni rilevanti ai fini della valutazione delle operazioni sospette da segnalare secondo proprie procedure interne;
- Valutare e trasmettere le segnalazioni alla Unità di informazione finanziaria per l’Italia (UIF);
- Coordinarsi con il RPCT e con la rete dei soggetti interessati a trasmettere le segnalazioni;
- Aderire al sistema di segnalazione on line della UIF comunicando la struttura organizzativa di riferimento al fine di assicurare la massima riservatezza delle segnalazioni stesse.

Il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio all’interno dell’Istituto Ortopedico Rizzoli è il Dott. Luca Lelli.

Il RASA è il soggetto che, ai sensi dell’art. 33-ter del D.L. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 221/2012, è deputato a procedere alla verifica e all’aggiornamento almeno annuale delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante nell’Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA). L’Istituto Ortopedico Rizzoli ha nominato quale responsabile per l’Anagrafe Unica la Dott.ssa Francesca Comellini.

## 4. ANALISI DEL CONTESTO

Come illustrato nel precedente paragrafo, la prima fase del processo di gestione del rischio consiste nell’analisi del contesto esterno ed interno ed è finalizzata ad acquisire le informazioni necessarie ad identificare il rischio corruttivo sia in relazione alle caratteristiche ambientali in cui l’Istituto opera (contesto esterno) sia con riferimento all’organizzazione dell’Istituto stesso (contesto interno).

### 4.1. Contesto esterno

Con l’analisi del contesto esterno si mira ad evidenziare come le caratteristiche dell’ambiente nel quale opera l’Istituto possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi, avendo riguardo anche alle relazioni esistenti con gli stakeholder e a come queste ultime possano influire sull’attività dell’Istituto, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

Come espressamente specificato dall’ANAC, l’analisi di contesto può beneficiare di attività di collaborazione tra amministrazioni che operano in uno stesso territorio o settore e, in tal senso, il presente paragrafo costituisce il prodotto di una collaborazione inter istituzionale, nell’ambito della “Rete per l’Integrità e la Trasparenza”, per condividere, tra tutti i RPCT degli enti aderenti, documenti e criteri di riferimento per la descrizione del contesto socio-economico e criminologico del territorio regionale emiliano-romagnolo.

L’analisi si suddivide in tre parti che trattano rispettivamente:

- Lo scenario economico-sociale regionale
- Il profilo criminologico del territorio regionale
- L’attività di contrasto sociale e amministrativo

## 1. Scenario economico-sociale regionale

(Fonte dei dati: Unioncamere- Ufficio studi)

Lo scenario economico-sociale è stato fortemente condizionato, nel 2020, dalle ricadute della pandemia Covid-19.

Il contesto economico è caratterizzato da una caduta del prodotto interno lordo nel 2020 che si prevede<sup>16</sup> prossima alle due cifre (-9,9 per cento). In termini reali dovrebbe risultare inferiore dell'1,5 per cento rispetto ai livelli minimi toccati al culmine della crisi nel 2009 e di poco superiore a quello del 2000 (+0,5 per cento).

L'andamento regionale risulta lievemente più pesante di quello nazionale.

La ripresa sarà forte, ma solo parziale, nel 2021 (+7,1 per cento).

Data l'elevata incertezza, nel 2020 **la caduta dei consumi dovrebbe risultare sensibilmente superiore a quella del Pil (-11,8 per cento)** e la loro ripresa nel 2021 non vi si allineerà (+6,9 per cento), anche per la necessità di ricostituire il livello dei risparmi.

Gli effetti della recessione sul tenore di vita sono evidenti: nel 2020 i consumi privati aggregati risulteranno inferiori del 9,2 per cento rispetto a quelli del picco del 2011, ma con un ulteriore aumento della disuguaglianza.

Nel 2020, sempre secondo le previsioni, si riducono pesantemente **gli investimenti fissi lordi (-12,9 per cento)** ed anche in questo caso nel 2021 la ripresa sarà sostenuta, ma solo parziale, grazie soprattutto ai massicci interventi pubblici.

I livelli di accumulazione nel 2020 saranno comunque inferiori del 28,3 per cento rispetto a quelli del precedente massimo risalente al 2008.

Nel 2020 la caduta del commercio mondiale, accentuata dallo sfasamento temporale della diffusione mondiale dalla pandemia, si riflette pesantemente anche sull'export regionale (-11,5 per cento), nel complesso, però, minori di quanto prospettato in precedenza e notevolmente inferiori a quelli sperimentati nel 2009 (-21,5 per cento).

Le vendite all'estero traineranno la ripresa nel 2021 con un pronto rimbalzo (+12,0 per cento). Al termine dell'anno 2020, in valore reale, le esportazioni regionali dovrebbero risultare superiori del 13 per cento al livello massimo precedente la crisi finanziaria, toccato nel 2007.

Nel 2020 **l'industria, in primo luogo, e le costruzioni** dovrebbero accusare il colpo più duro, **ma anche nei servizi** la recessione si profila pesante.

Nel 2021 la ripresa sarà solo parziale in tutti i settori, ma più pronta nell'industria.

In dettaglio, i blocchi dell'attività connessi al lock down e lo sfasamento temporale della diffusione mondiale dalla pandemia, nonostante la ripresa in corso, condurranno a una caduta del 13,7 per cento del valore aggiunto dell'industria in senso stretto regionale nel 2020.

La tendenza positiva riavviatasi con il terzo trimestre dovrebbe permettere una crescita sostenuta nel 2021 (+13,6 per cento) quando sarà l'attività industriale a trainare la ripresa.

Ma al termine dell'anno 2020, il valore aggiunto reale dell'industria dovrebbe risultare inferiore del 7,7 per cento rispetto al precedente massimo del 2007.

Anche **il valore aggiunto delle costruzioni** subirà una caduta notevole nel 2020 (-11,3 per cento), ma nel 2021 la tendenza positiva riprenderà con decisione (+12,2 per cento), grazie anche alle misure di incentivazione adottate dal governo a sostegno del settore, della sicurezza sismica e della sostenibilità ambientale. Nonostante ciò, con questo nuovo duro colpo al termine dell'anno 2020, **il valore aggiunto**

<sup>16</sup> Si tratta di previsioni, perché lo studio è stato predisposto prima della conclusione dell'anno di riferimento

**delle costruzioni risulterà inferiore del 46,1 per cento rispetto agli eccessi del precedente massimo del 2007.**

**Gli effetti negativi dello shock da coronavirus si faranno sentire più a lungo nel settore dei servizi.**

Se si prevede che nel 2020 il valore aggiunto subisca una riduzione più contenuta rispetto agli altri macro-settori (-8,7 per cento), la tendenza positiva che dovrebbe affacciarsi nuovamente nel 2021 non sarà forte come per gli altri settori (+4,4 per cento).

Al termine dell'anno 2020, il valore aggiunto dei servizi dovrebbe risultare inferiore del 5,5 per cento rispetto al precedente massimo toccato nel 2008.

### **Il mercato del lavoro in Emilia - Romagna**

**Le forze di lavoro si riducono, secondo le previsioni, sensibilmente nel 2020** (-1,4 per cento), per effetto dell'uscita dal mercato del lavoro di lavoratori non occupabili e scoraggiati. Nel 2021 la crescita dovrebbe riprendere, ma compensando solo parzialmente la perdita subita (+0,9 per cento).

Il tasso di attività, calcolato come quota sulla popolazione presente totale, si ridurrà al 47,9 per cento nel 2020 e si riprenderà parzialmente nel 2021 (48,2 per cento).

La pandemia inciderà sensibilmente sull'occupazione, nonostante le misure di salvaguardia adottate, colpendo particolarmente i lavoratori non tutelati e con effetti protratti nel tempo.

L'occupazione nel 2020 si prevede ridotta del 2,1 per cento, senza una ripresa sostanziale nel 2021 (+0,2 per cento).

**Il tasso di occupazione si riduce nel 2020 al 44,9 per cento** e non dovrebbe risalire nel 2021. A fine anno 2020 dovrebbe risultare inferiore di 2,4 punti rispetto al precedente massimo risalente al 2002.

Il tasso di disoccupazione era pari al 2,8 per cento nel 2007 ed era salito all'8,4 per cento nel 2013.

**Le misure di sostegno all'occupazione conterranno nel tempo e nel livello gli effetti negativi della pandemia sul tasso di disoccupazione, che per il 2020 salirà al 6,2 per cento e nel 2021 dovrebbe giungere sino al 6,9 per cento**, il livello più elevato dal 2016.

## **2. Profilo criminologico del territorio regionale**

(Fonte dei dati: estratto da uno studio del Gabinetto del Presidente della Giunta regionale- Settore sicurezza urbana e legalità)

Come ormai provato da diverse indagini delle forze investigative, anche in Emilia-Romagna si deve registrare una presenza criminale e mafiosa di lunga data, la cui pericolosità, per diverso tempo, è rimasta confinata nell'ambito dei mercati illeciti (soprattutto nel traffico degli stupefacenti), ma che in tempi recenti sembrerebbe esprimere caratteristiche più complesse.

Infatti occorre ricordare, in primo luogo, **la progressione delle attività mafiose nell'economia legale, specie nel settore edile e commerciale**, e, parallelamente, lo strutturarsi di un'area grigia formata da attori eterogenei, anche locali, con cui i gruppi criminali hanno stretto **relazioni al fine di sfruttare opportunità e risorse del territorio (appalti, concessioni, acquisizioni di immobili o di aziende, ecc.)**.

A rendere tale scenario ancora più complesso occorre considerare, inoltre, la presenza di gruppi criminali stranieri, i quali generalmente sono impegnati nella gestione di alcuni grandi traffici illeciti, sia in modo autonomo che in collaborazione con la criminalità autoctona (fra tutti, si ricorda il traffico degli stupefacenti e lo sfruttamento della prostituzione). Non vanno trascurati, da ultimo, il comparire della violenza e i tentativi di controllo mafioso del territorio, i cui segni più evidenti sono rappresentati dalle minacce ricevute da alcuni operatori economici, esponenti politici, amministratori locali o professionisti dell'informazione, oltre che dalla preoccupante consistenza numerica raggiunta dalle estorsioni, dai danneggiamenti e dagli attentati dinamitardi e incendiari (reati, questi, solitamente correlati fra di loro).

Secondo le recenti indagini giudiziarie, il nostro territorio oggi sembrerebbe essere quindi di fronte a un fenomeno criminale e mafioso in via di sostanziale mutamento: non più isolato dentro i confini dei traffici

illeciti come è avvenuto in passato, ma **ormai presente anche nella sfera della società legale e capace di mostrare, quando necessario, i tratti della violenza tipici dei territori in cui ha avuto origine.**

Le mafie di origine calabrese (l'ndrangheta) e campana (la camorra), come dimostrano i riscontri investigativi degli ultimi anni, sono senz'altro le organizzazioni criminali maggiormente presenti nel territorio dell'Emilia-Romagna.

Tuttavia va detto che esse agiscono all'interno di una realtà criminale più articolata di quella propriamente mafiosa, all'interno della quale **avvengono scambi e accordi reciprocamente vantaggiosi fra i diversi attori sia del tipo criminale che economico-legale, al fine di accumulare ricchezza e potere.**

A questa complessa realtà criminale, come è noto, partecipano anche singoli soggetti, i quali commettono per proprio conto o di altri soggetti, mafiosi e non, **soprattutto reati finanziari (si pensi al riciclaggio),** oppure offrono, sia direttamente che indirettamente, **sostegno di vario genere alle organizzazioni criminali.**

Di seguito, in modo sintetico, si descrivono l'intensità e gli sviluppi nella nostra regione di alcune attività e traffici criminali. Si tratta di attività caratterizzate da una certa complessità, realizzate, proprio per questa loro peculiarità, attraverso l'associazione di persone che perseguono uno scopo criminale comune.

La tabella 1, riporta il numero di persone denunciate o arrestate tra il 2010 e il 2018 perché sospettate di aver commesso questi reati per dieci reati dello stesso tipo con autore noto denunciati nel medesimo periodo di tempo.

A conferma di quanto si diceva prima, ciascuna fattispecie criminale presa in considerazione presenta un carattere inequivocabilmente associativo, visto che il rapporto che si riscontra fra il numero degli autori e quello dei delitti denunciati è regolarmente a favore dei primi.

#### **TABELLA 1:**

*Numero di persone denunciate o arrestate dalle forze di polizia ogni dieci reati denunciati con autore noto in Emilia-Romagna, in Italia e nel Nord-Est. Distinzione per alcune fattispecie delittuose. Periodo 2010-2018*

	Emilia-Romagna	Italia	Nord-Est
Associazione a delinquere	87	91	76
Omicidi di mafia	30	57	30
Estorsioni	17	20	17
Danneggiamenti, attentati	15	16	15
Produzione, traffico e spaccio di stupefacenti	19	20	20
Sfruttamento della prostituzione	27	27	26
Furti e rapine organizzate	21	21	20
Ricettazione	15	15	16
Truffe, frodi e contraffazione	14	16	14
Usura	24	27	21
Riciclaggio e impiego di denaro illecito	27	25	27

Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati SDI del Ministero dell'Interno.

Di ciascuno di questi reati, si esamineranno gli sviluppi e il peso che hanno avuto nella nostra regione e nelle sue province in un arco temporale di dieci anni: dal 2010 al 2019, che corrisponde al periodo più recente per cui i dati sono disponibili.

Nella tabella 2, sotto riportata, è indicata la somma delle denunce rilevate dalle forze di polizia tra il 2010 e il 2019, il tasso di variazione medio annuale e il tasso medio di delittuosità calcolato su 100 mila abitanti. Al fine di contestualizzare la posizione dell'Emilia-Romagna rispetto a tali fenomeni, nella tabella sono riportati anche i dati che riguardano l'Italia e il Nord-Est, ovvero la ripartizione territoriale di cui è parte.

**TABELLA 2:**

Reati denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria in Emilia-Romagna, in Italia e nel Nord-Est. Periodo 2010-2019 (nr. complessivo dei reati denunciati; tasso di variazione medio annuale; tasso di delittuosità medio per 100.000 abitanti).

	EMILIA-ROMAGNA			ITALIA			NORD-EST		
	Totale delitti denunciati	Tasso di variazione medio annuale	Tasso su 100 mila ab.	Totale delitti denunciati	Tasso di variazione medio annuale	Tasso su 100 mila ab.	Totale delitti denunciati	Tasso di variazione medio annuale	Tasso su 100 mila ab.
Truffe, frodi e contraffazione	114.171	7,9	258,1	1.533.289	8,2	254,5	274.894	9,8	237,1
Stupefacenti	25.841	2,4	58,4	355.472	2,1	59,0	58.959	2,4	50,8
Ricettazione e contrabbando	17.913	-3,5	40,5	230.420	-4,2	38,3	37.242	-3,8	32,1
Furti e rapine organizzate	6.106	-5,1	13,8	82.014	-6,9	13,6	11.334	-4,4	9,8
Estorsioni	5.768	11,4	13,0	80.529	5,2	13,4	11.538	9,3	10,0
Danneggiamenti, attentati	3.743	-2,1	8,5	95.934	-2,5	15,9	8.066	-2,3	7,0
Sfruttamento della prostituzione	1.072	-9,8	2,4	10.523	-11,4	1,7	2.166	-9,0	1,9
Riciclaggio	1.008	12,0	2,3	17.033	4,1	2,8	2.532	8,9	2,2
Usura	369	17,1	0,8	3.466	-5,5	0,6	635	4,7	0,5
Associazione a delinquere	321	5,3	0,7	8.370	-4,0	1,4	1.059	-3,1	0,9
Omicidi di mafia	1	-100,0	0,0	469	-4,7	0,1	1	-100,0	0,0
<b>Totale delitti associativi</b>	<b>176.313</b>	<b>5,0</b>	<b>398,6</b>	<b>2.417.519</b>	<b>4,8</b>	<b>401,3</b>	<b>408.426</b>	<b>6,4</b>	<b>352,2</b>

Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati SDI del Ministero dell'Interno.

Considerati complessivamente, questi reati nella nostra regione sono cresciuti in media di cinque punti percentuali ogni anno (**di 5,9 nell'ultimo biennio**), in Italia di 4,8 (di 6 nell'ultimo biennio) e nel Nord-Est di 6,4 punti (di 9,3 nell'ultimo biennio).

Più in particolare, limitando lo sguardo all'Emilia-Romagna, nel decennio esaminato, **il reato di usura è cresciuto in media di 17 punti percentuali all'anno (di 33 solo nell'ultimo biennio), quello di riciclaggio di 12 (di 38 nell'ultimo biennio)**, le estorsioni di 11 (benché nell'ultimo biennio siano diminuite di oltre 4 punti), le truffe, le frodi e i reati di contraffazione di 8 (di 13 nell'ultimo biennio), il reato di associazione a delinquere di 5 (benché nell'ultimo biennio sia diminuito di 22 punti), i reati riguardanti gli stupefacenti di oltre 2 punti (benché nell'ultimo biennio siano diminuiti di 2 punti percentuali).

Diversamente da questi reati, ancora nel decennio esaminato, i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi nel decennio considerato sono diminuiti in media di 2 punti percentuali all'anno (di 21 solo nell'ultimo biennio), i reati di ricettazione e di contrabbando di quasi 4 punti (di 22 nell'ultimo biennio), i furti e le rapine organizzate di 5 (di quasi 13 nell'ultimo biennio) e il reato di sfruttamento della prostituzione di 10 (anche se nell'ultimo biennio ha registrato una crescita di 6 punti).

Come si può osservare nella tabella 3, riportata di seguito, la tendenza di questi reati non è stata omogenea nel territorio della regione.

**TABELLA 3:**

Andamento dei reati denunciati dalle forze di polizia all'autorità giudiziaria nelle province dell'Emilia-Romagna. Periodo 2010-2019 (tasso di variazione medio annuale)

	ER	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN
Usura	<b>17,1</b>	0,0	93,2	0,0	7,8	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Riciclaggio	<b>12,0</b>	22,1	15,0	78,1	19,8	3,4	0,0	34,7	100,7	60,8
Estorsioni	<b>11,4</b>	15,3	11,6	17,7	12,9	17,7	12,3	12,9	12,8	11,0
Truffe, frodi e contraffazione	<b>7,9</b>	9,1	7,8	11,1	7,7	8,2	12,7	8,0	4,3	6,2
Associazione a delinquere	<b>5,3</b>	0,0	0,0	0,0	2,6	28,9	0,0	0,0	153,7	0,0

	ER	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN
Stupefacenti	<b>2,4</b>	11,3	8,8	1,4	2,7	1,9	7,0	3,9	2,2	0,2
Sfruttamento della prostituzione	<b>-9,8</b>	29,4	94,4	22,3	-6,3	-8,8	-4,3	6,9	-17,3	-18,8
Furti e rapine organizzate	<b>-5,1</b>	1,0	-2,1	-5,3	2,6	-4,6	1,1	-7,5	-8,1	-2,9
Ricettazione e contrabbando	<b>-3,5</b>	-1,0	-2,0	-4,2	0,9	-2,4	-1,7	-2,8	-4,7	-4,8
Danneggiamenti, attentati dinamitardi	<b>-2,1</b>	0,3	7,4	1,6	-0,7	-0,6	7,9	-2,1	-9,3	5,4
Omicidi di mafia	<b>-100,0</b>	0,0	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	<b>5,0</b>	6,7	6,1	6,5	5,5	5,2	8,6	4,5	2,1	2,5

Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati SDI del Ministero dell'Interno.

I rilievi esposti nella tabella, in cui sono esposti gli andamenti medi per provincia dei reati durante il decennio, si possono così sintetizzare:

1. **nella provincia di Piacenza** sono cresciute oltre la media regionale i **reati di riciclaggio**, le estorsioni, le truffe, le frodi e la contraffazione, i reati riguardanti gli stupefacenti, lo sfruttamento della prostituzione, i furti e le rapine organizzate e i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari (va fatto notare che riguardo a questi ultimi tre gruppi di reati, la tendenza della provincia è stata opposta a quella della regione: mentre infatti in regione questi reati sono diminuiti, qui sono aumentati sensibilmente);
2. **la provincia di Parma** ha avuto una crescita superiore alla media della regione rispetto ai reati di usura, di **riciclaggio**, a quelli riguardanti gli stupefacenti e, in controtendenza rispetto a quanto è avvenuto in generale nella regione, ai reati di sfruttamento della prostituzione e ai danneggiamenti;
3. **la provincia di Reggio Emilia** ha registrato una crescita superiore alla media regionale riguardo ai **reati di riciclaggio**, alle estorsioni e alle truffe, alle frodi e alla contraffazione; in controtendenza rispetto a quanto si è registrato in generale in regione, in questa provincia sono cresciuti anche i reati di sfruttamento della prostituzione e i danneggiamenti;
4. **la provincia di Modena** ha avuto una crescita più elevata di quella media regionale rispetto ai **reati di riciclaggio** e alle estorsioni; diversamente dall'andamento regionale, in questa provincia sono aumentati anche i furti e le rapine organizzate e i reati di ricettazione e di contrabbando;
5. **nella provincia di Bologna** si sono registrati valori superiori alla media regionale per i reati riguardanti il **riciclaggio** e le estorsioni;
6. **nella provincia di Ferrara** sono cresciuti in misura superiore alla media le estorsioni, le truffe e i reati riguardanti gli stupefacenti; in controtendenza all'andamento medio della regione, in questa provincia sono cresciuti anche i furti e le rapine organizzate e i danneggiamenti;
7. **la provincia di Ravenna** registra valori superiori alla media della regione relativamente ai **reati di riciclaggio**, alle estorsioni e a quelli che riguardano gli stupefacenti; diversamente di quanto si è registrato a livello regionale, in questa provincia è cresciuto anche il reato di sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione;
8. **la provincia di Forlì-Cesena** registra valori superiori alla media della regione relativamente ai **reati di riciclaggio**, alle estorsioni e al reato di associazione a delinquere;
9. **la provincia di Rimini** registra valori superiori alla media regionale riguardo ai **reati di riciclaggio** e, contrariamente alla tendenza media della regione, ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari.

Una sintesi utile, a fini interpretativi, di quanto è stato illustrato finora, è possibile ottenerla dalla tabella 3. La tabella illustra *tre diversi indici* che misurano l'incidenza della presenza della criminalità organizzata nel territorio della regione.

In particolare, gli indici sono stati ottenuti dai reati esaminati più sopra in modo dettagliato, i quali, seguendo quanto è noto in letteratura, sono stati raggruppati in tre diversi ambiti in cui agiscono i gruppi criminali:

- *l'ambito del controllo del territorio (Power Syndacate)*: vi ricadono una serie di reati-spia che attestano il controllo del territorio da parte delle organizzazioni criminali (come gli omicidi per motivi di mafia, i reati di associazione a delinquere mafiosa, le estorsioni, i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari); queste attività criminali generalmente sono consolidate e incidono in misura elevata nelle zone di origine delle mafie, o dove le mafie sono presenti da più tempo;
- *l'ambito della gestione dei traffici illeciti (Enterprise Syndacate)*: vi ricadono i reati riguardanti gli stupefacenti, lo sfruttamento della prostituzione, i furti e le rapine organizzate, i reati di ricettazione. Queste attività criminali risultano tendenzialmente più diffuse, sia nei territori di origine delle mafie che altrove, dove insistono grandi agglomerati urbani.
- *l'ambito delle attività criminali economiche-finanziarie*: vi ricadono i reati di riciclaggio, di usura, le truffe, le frodi e i reati di contraffazione. Queste attività criminali tendono a essere più diffuse nei territori economicamente e finanziariamente ricchi. Spesso coinvolgono una rete di soggetti afferenti spesso al mondo delle professioni, non necessariamente strutturati all'interno delle organizzazioni, ma per le quali questi offrono prestazioni specialistiche.

**TABELLA 3:**

*Presenza della criminalità organizzata nelle province dell'Emilia-Romagna secondo gli indici di "Controllo del territorio", "Gestione di traffici illeciti" e delle "Attività criminali economiche-finanziarie". Periodo 2010-2019 (tassi medi del periodo su 100 mila residenti; indice di variazione media annuale del periodo; indice di variazione del biennio 2018-2019).*

	Power Syndacate (Controllo del territorio)			Enterprise Syndacate (Gestione dei traffici illeciti)			Crimine Economico-Finanziario		
	Tasso su 100 mila ab.	Variazione media	Variazione 2018-2019	Tasso su 100 mila ab.	Variazione media	Variazione 2018-2019	Tasso su 100 mila ab.	Variazione media	Variazione 2018-2019
Italia	30,8	0,2	-7,0	112,9	-1,2	-6,0	258,5	8,1	11,2
Nord-est	17,9	3,0	-7,4	94,9	-0,6	-6,4	240,6	9,8	15,2
Emilia-Romagna	22,2	4,5	-10,1	115,2	-0,8	-9,1	261,3	7,9	12,7
Piacenza	16,7	6,5	-13,6	94,7	5,0	-5,9	205,4	8,8	7,0
Parma	23,0	7,2	-16,3	106,0	2,2	-6,6	264,1	7,9	16,9
Reggio nell'Emilia	19,1	6,9	-41,3	79,0	-2,0	3,9	204,4	11,2	15,6
Modena	16,3	4,3	-6,1	86,9	1,1	-2,2	219,9	7,8	12,3
Bologna	29,2	8,1	11,0	147,5	-1,3	-15,4	340,9	8,1	7,5
Ferrara	18,7	4,8	-5,5	95,8	2,1	-5,4	223,0	12,8	32,8
Ravenna	22,5	2,1	14,9	157,3	-0,6	-10,1	273,4	7,9	20,6
Forlì-Cesena	18,4	3,3	-4,6	93,8	-2,1	-29,8	236,2	4,3	9,9
Rimini	29,2	7,8	-38,6	157,3	-2,8	0,6	295,9	6,3	4,7

Fonte: Elaborazione Regione Emilia-Romagna su dati SDI del Ministero dell'Interno.

Come si può osservare nella tabella, il valore dell'indice che attesta il *"controllo del territorio"* da parte delle organizzazioni criminali **nella nostra regione è decisamente sotto la media dell'Italia, ma risulta più alta della media della ripartizione territoriale del Nord-Est.**

Per quanto riguarda invece **gli altri due ambiti di attività la nostra regione detiene tassi leggermente superiori a quelli medi dell'Italia e molti più elevati di quelli Nord-Est.**

In particolare, riguardo alla **gestione dei traffici illeciti** il tasso della regione è di 115,2 ogni 100 mila abitanti (quello dell'Italia di 112,9, mentre quello del Nord-Est di 94,9 ogni 100 mila abitanti), mentre per quanto riguarda l'ambito della **criminalità economica-finanziaria il tasso regionale è di 261,3 ogni 100 mila abitanti (quello dell'Italia di 258,5, mentre quello del Nord-Est 240,6).**

Osservando ora l'incidenza di queste attività all'interno della regione, emergono **quattro province dove i valori dei tassi risultano più elevati di quelli medi regionali: Parma, Bologna, Ravenna e Rimini.** In particolare, nella provincia di Parma risultano più elevati i tassi che afferiscono agli ambiti del controllo del territorio e delle attività criminali economiche-finanziarie, mentre nelle Province di Bologna, Ravenna e Rimini si registrano tassi più elevati della media rispetto a tutte e tre gli ambiti criminali.

Un tasso così elevato, nel nostro territorio, di reati da *"colletti bianchi"* (economico-finanziari) preoccupa anche perché, come hanno rilevato i giudici del processo Aemilia, i clan mafiosi presenti in Emilia presentano *"una strategia di infiltrazione che muove spesso dall'attività di recupero di crediti inesigibili per arrivare a vere e proprie attività predatorie di complessi produttivi fino a creare punti di contatto e di rappresentanza mediatico-istituzionale"*<sup>17</sup>.

Questo obbliga le Pubbliche amministrazioni a **rafforzare le proprie misure di contrasto alla corruzione e ai reati corruttivi in genere**, e ad attrezzarsi per evitare di collaborare, magari in modo ignaro, al riciclaggio, nell'economia legale, di proventi da attività illecite e quindi all'inquinamento dei rapporti economici, sociali e politici.

Ma anche per evitare, **in uno scenario economico-sociale in ginocchio a causa della pandemia, che le ingenti risorse finanziarie e le misure di sostegno messe o che saranno messe in campo a favore della imprese non siano intercettate e non costituiscano un'ulteriore occasione per la criminalità organizzata.**

### **3. Attività di contrasto sociale e amministrativo**

(Fonti dei dati: Gabinetto del Presidente della Giunta regionale- Settore sicurezza urbana e legalità; struttura di coordinamento della Rete per l'integrità e la Trasparenza-Giunta regionale)

Alla luce di questo scenario indubbiamente preoccupante, in ordine alla infiltrazione della criminalità organizzata nel territorio emiliano-romagnolo, nonostante anche autorevoli osservatori sostengano che la presenza delle mafie in regione, e più in generale nel Nord Italia, sarebbe stata trascurata o sottovalutata dalle classi dirigenti locali e dalla società civile, tanto le amministrazioni del territorio, quanto l'opinione pubblica e la società civile non solo sono consapevoli di questo pericoloso fenomeno, ma ormai da diverso tempo cercano di affrontarla nei modi e con gli strumenti che gli sono più consoni.

Oltre alla Legge Regione Emilia-Romagna 28 ottobre 2016, n. 18 *"Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili"*, (c.d. Testo Unico della Legalità), di cui parleremo a breve, infatti, molte altre attività volte a prevenire e contrastare le mafie e il malaffare, realizzate sia dalla Regione che da molti enti del territorio prima che questa legge fosse approvata, dimostrerebbero il contrario.

D'altra parte, nessuna sottovalutazione del problema sembrerebbe esserci stata da parte della società civile, considerati gli straordinari sviluppi registrati in questi anni dal fronte dell'antimafia civile, il quale ha

<sup>17</sup> Fonte: N. Gratteri e A. Nicaso, in *"Ossigeno illegale"*, pag. 74 (ed. Mondadori, 2020)

visto attivamente e progressivamente coinvolte numerose associazioni del territorio regionale fino a diventare fra i più attivi nel panorama italiano.

Allo stesso modo, non si può neppure negare che l'opinione pubblica oggi si dimostri disattenta, inconsapevole o, peggio ancora, indifferente di fronte a tale problema.<sup>18</sup>

Ritornando al Testo Unico della Legalità, con l'adozione di tale legge la Regione Emilia-Romagna ha dedicato una particolare attenzione ai progetti di promozione della legalità. Sono incentivate tutte le iniziative per la promozione della cultura della legalità sviluppate d'intesa con i diversi livelli istituzionali, ivi incluse le società a partecipazione regionale, che comprendono anche il potenziamento dei programmi di formazione del personale e lo sviluppo della trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

Numerose disposizioni sono volte a **rafforzare la prevenzione dei fenomeni di corruzione ed illegalità a partire dal settore degli appalti pubblici**. Tra le misure previste:

- la valorizzazione del rating di legalità delle imprese (art. 14);
- la creazione di elenchi di merito, a partire dal settore dell'edilizia ed in tutti i comparti a maggior rischio di infiltrazione mafiosa (art. 14);
- la diffusione della Carta dei Principi delle Imprese e dell'Elenco di Merito delle imprese e degli operatori economici (art. 14);
- il monitoraggio costante degli appalti pubblici, anche in collaborazione con l'Autorità anticorruzione (art. 24);
- la riduzione delle stazioni appaltanti, favorendo la funzione di centrale unica di committenza esercitata dalle unioni di comuni (art. 25);
- la promozione della responsabilità sociale delle imprese, al fine di favorire il pieno rispetto delle normative e dei contratti sulla tutela delle condizioni di lavoro (art. 26).

Ulteriori misure specifiche vengono adottate per il settore dell'autotrasporto e facchinaggio, con il potenziamento dell'attività ispettiva e di controllo negli ambiti della logistica, e in quelli del commercio, turismo, agricoltura e della gestione dei rifiuti, anche al fine di contrastare i fenomeni del caporalato e dello sfruttamento della manodopera (artt. 35-42).

Viene favorita poi una maggiore condivisione di informazioni sui controlli da parte dei corpi deputati alla protezione del patrimonio naturale, forestale e ambientale in genere, oltre al maggiore sostegno alle attività della rete del lavoro agricolo, cercando di prevenire l'insorgenza di fenomeni illeciti all'interno del contesto agricolo.

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

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

La Rete, a cui hanno aderito, ad oggi, ben **229 enti**, permette ai relativi Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza di affrontare e approfondire congiuntamente i vari e problematici aspetti

---

<sup>18</sup> Già nel 2012, quindi molto prima che le forze investigative portassero a compimento l'operazione "Aemilia", due cittadini su tre non avevano nessuna difficoltà ad ammettere la presenza delle mafie nella nostra regione e quattro su dieci nel proprio comune, indicando la 'ndrangheta e la camorra fra le organizzazioni più attive (secondo quanto risulta da una indagine demoscopica condotta nel 2012 nell'ambito delle attività del Settore sicurezza urbana e legalità della Regione Emilia-Romagna).

della materia, creando azioni coordinate e efficaci, pertanto, di contrasto ai fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione nel nostro territorio. È stato anche costituito un Tavolo tecnico sul tema dell'**antiriciclaggio**.

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

Continua l'attività dell'Osservatorio regionale dei contratti pubblici di lavori, servizi e forniture, che fornisce anche assistenza tecnica alle Stazioni Appaltanti, enti e soggetti aggiudicatori del territorio regionale, per la predisposizione dei bandi, di promozione del monitoraggio delle procedure di gara, della qualità delle procedure di scelta del contraente e della qualificazione degli operatori economici.

È stato realizzato l'aggiornamento dell'Elenco regionale dei prezzi delle opere pubbliche.

In relazione all'art. 34, della L.R. n. 18/2016, è continuata l'attività relativa all'aggiornamento dell'Elenco di merito degli operatori economici del settore edile e delle costruzioni.

Con l'approvazione della nuova legge urbanistica regionale (L.R. 21 dicembre 2017 n. 24 - Disciplina regionale sulla tutela e l'uso del territorio), sono state introdotte norme ed obblighi specifici di contrasto dei fenomeni corruttivi e delle infiltrazioni della criminalità organizzata nell'ambito delle operazioni urbanistiche. In particolare, l'articolo 2 (Legalità, imparzialità e trasparenza nelle scelte di pianificazione), oltre a ribadire che le amministrazioni pubbliche devono assicurare, anche nell'esercizio delle funzioni di governo del territorio, il rispetto delle disposizioni per la prevenzione della corruzione, la trasparenza e contro i conflitti di interesse, definite dalle leggi statali e dall'ANAC, introduce inoltre l'obbligo di acquisire l'informazione antimafia, disciplinata dall'articolo 84 del D. Lgs. 159/2011, relativamente ai soggetti privati che propongono alle amministrazioni comunali l'esame e l'approvazione di progetti urbanistici, nell'ambito dei diversi procedimenti regolati dalla legge (accordi operativi, accordi di programma e procedimento unico per i progetti di opere pubbliche e di interesse pubblico e per le modifiche di insediamenti produttivi).

A seguito di diversi incontri tematici e della deliberazione di Giunta n. 15 del 8 gennaio 2018, è stato sottoscritto il 9 marzo 2018 il Protocollo di intesa per la legalità negli appalti di lavori pubblici e negli interventi urbanistici ed edilizi, tra la Regione, il Commissario delegato per la ricostruzione e le nove Prefetture/Uffici territoriali del governo, operanti in Emilia-Romagna, volto ad incrementare le misure di contrasto ai tentativi di inserimento della criminalità organizzata nel settore delle opere pubbliche e dell'edilizia privata, migliorando l'interscambio informativo tra gli enti sottoscrittori, garantendo maggiore efficacia della prevenzione e del controllo, anche tramite l'estensione delle verifiche antimafia a tutti gli interventi finanziati con fondi destinati alla ricostruzione. Nell'ambito di tale Protocollo, volto ad aggiornare, integrare e rinnovare l'omologo accordo siglato il 5 marzo 2012, tra la Regione e le Prefetture, oltre a recepire il nuovo Codice degli appalti pubblici, con la deliberazione di Giunta n. 2032 del 14/11/2019, è stato approvato l'Accordo attuativo dell'Intesa per la legalità firmato il 9 marzo 2018 per la presentazione alle Prefetture-UTG, attraverso il sistema informativo regionale SICO della notifica preliminare dei cantieri pubblici, di cui all'art. 26 del Decreto Legge 4 ottobre 2018, n. 113 (convertito con modificazioni dalla legge 1 dicembre 2018, n. 132). Tale Accordo dà anche attuazione a quanto previsto dagli art. 30 e 31, della L.R. 18/2016, in materia di potenziamento delle attività di controllo e monitoraggio della regolarità dei cantieri.

Inoltre, si prevedono anche misure indirizzate ad agevolare l'attuazione dell'art. 32 della L.R. 18/2016 sul requisito della comunicazione antimafia per i titoli abilitativi edilizi relativi ad interventi di valore complessivo superiore a 150mila euro, nonché l'attuazione delle richiamate norme della nuova legge urbanistica regionale (L.R. n. 24 del 2017) inerenti all'obbligo di informazione antimafia per i soggetti privati proponenti progetti urbanistici.

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

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

Va rimarcato, inoltre, che le misure di prevenzione e contrasto ai tentativi di infiltrazione criminale e mafiosa sono estese non solo all’ambito pubblico, ma anche al settore dell’edilizia privata puntando a promuovere il rispetto delle discipline sull’antimafia, sulla regolarità contributiva, sulla sicurezza nei cantieri e sulla tutela del lavoro in tutte le sue forme.

La Regione poi ha sostenuto un ampio spettro di azioni nell’ambito della promozione della cultura della legalità.

Nel 2020 sono stati presentati 39 progetti alla Regione, da enti locali e università, per progetti e interventi per la diffusione della legalità sul territorio emiliano, da Piacenza a Rimini, per un investimento di circa 1,6 milioni di euro: questi progetti sono stati sostenuti dalla Regione con un contributo di quasi un milione di euro, nell’ambito delle proprie politiche per la legalità e la prevenzione del crimine organizzato.

I 39 progetti, il numero più alto mai registrato in questi anni, provengono da 29 Comuni, 5 Unioni, 1 Provincia e tutte 4 le Università della Regione (Bologna; Modena e Reggio Emilia; Parma e Ferrara).

Nell’ambito delle politiche della Regione per la legalità e la prevenzione del crimine organizzato, molteplici sono le iniziative culturali e i seminari proposti alle comunità, tra cui cinque corsi di formazione specialistica per operatori delle imprese e degli enti pubblici. E ancora, progetti per la costituzione di osservatori provinciali e comunali e cinque rilevanti progetti per il recupero di beni confiscati.

Si menzionano i cinque Accordi di programma con i Comuni di Calendasco (Pc), Maranello (Mo), Berceto (Pr), Forlì e l’Unione Reno Galliera nella pianura bolognese, per la riqualificazione di beni immobili confiscati alla criminalità organizzata, con un finanziamento regionale complessivo di oltre 433mila euro.

Per quanto riguarda l’oggetto dei cinque Accordi sui beni confiscati, si precisa che:

- quello con il Comune di Calendasco, intende trasformare il Capannone “Rita Atria” in una “Casa della cultura della legalità” per tutta la provincia di Piacenza, oltre che nella sede di varie associazioni del territorio e dell’Osservatorio Antimafia, gestito da Libera in collaborazione con il Liceo Gioia di Piacenza;
- il progetto del Comune di Maranello (Mo), riguarda la seconda fase di riqualificazione di un bene immobile confiscato, per farne il luogo di graduale avvio o ri-avvio al lavoro di donne socialmente deboli (disoccupate o inoccupate, sole con figli, vittime di violenza);
- quello con il Comune di Berceto (Pr) punta a valorizzare ulteriormente “Villa Berceto” con interventi di efficientamento energetico, struttura già trasformata negli anni scorsi, grazie al supporto della Regione, in piscina, centro idroterapico, palestra e biblioteca comunale, oltre ad ampliarne l’uso a favore degli anziani.
- quello con il Comune di Forlì prevede la riqualificazione e il riutilizzo di un fabbricato con la valorizzazione di spazi abbandonati caratterizzati da elevata valenza sociale, vista la connotazione del locale, fortemente aggregativa per la realtà del quartiere;
- infine quello, nella bassa pianura bolognese, con l’Unione Reno Galliera, intende dare continuità al recupero e riutilizzo per fini sociali del bene confiscato “Il Ponte”, già trasformato negli anni scorsi,

sempre con i finanziamenti regionali, in centro di accoglienza abitativa e presidio della Polizia Municipale di Pieve di Cento e Castello d'Argile.

Il dettaglio con cui si sono illustrati i progetti di cui sopra permette anche di dimostrare la sensibilità ai temi della legalità da parte delle diverse componenti della società emiliano-romagnola (istituzioni, associazioni private, cittadini).

A riprova di ciò, si ricorda anche che a fine luglio 2020, si è insediata in Regione Emilia-Romagna, la **Consulta regionale per la legalità e la cittadinanza responsabile**, organismo con funzioni conoscitive, propositive e consultive di cui fanno parte rappresentanti **delle istituzioni locali e statali, del mondo del lavoro e dei settori produttivi, della società civile ed esperti degli ambiti professionali, accademici e di volontariato**. Con i presidenti della Regione e dell'Assemblea legislativa regionale vi partecipano anche tutti i presidenti dei Gruppi consiliari presenti nella stessa Assemblea legislativa.

**Con la costituzione della Consulta si intende così compattare, a difesa della legalità e contro la criminalità organizzata, tutto il sistema istituzionale e socioeconomico dell'Emilia-Romagna.**

## 4.2. Contesto interno

### 4.2.1. Struttura organizzativa dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

L'Istituto Ortopedico Rizzoli è un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari a livello nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità. È l'unico Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico a livello nazionale la cui attività clinico-assistenziale abbraccia l'intero ambito ortopedico-traumatologico (patologie traumatiche e/o degenerative) e le funzioni riabilitative ad esso correlate. Ai Dipartimenti dell'Istituto afferiscono sia UU.OO. cliniche che Laboratori di Ricerca, con l'obiettivo principale di consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività assistenziale.

L'Istituto ha sviluppato, nell'ambito della patologia ortopedica, specifiche aree di particolare complessità che, per la necessità di elevate competenze professionali e tecnologiche, sono realizzabili solo in un ospedale altamente specializzato.

L'Istituto è parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Emilia-Romagna, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, ricerca e formazione.

A livello regionale sono sette le funzioni Hub riconosciute all'Istituto attraverso l'Accordo Regione-IOR:

- ortopedia oncologica;
- chirurgia vertebrale;
- ortopedia pediatrica;
- revisione e sostituzione di protesi;
- terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee;
- chirurgia del piede;
- chirurgia dell'arto superiore

L'Istituto è inoltre di riferimento per funzioni innovative di livello regionale quali:

- la Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM);
- il Centro di riferimento per le malattie rare scheletriche;

- la gestione del Registro Regionale di Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO).

L'Istituto è altresì riconosciuto Centro Coordinatore dell'European Reference Network (ERN) sulle Malattie Rare e Unità Partecipante all'ERN Rare Cancers and Tumors e nel maggio 2019 ha fondato insieme all'Istituto Ortopedico Galeazzi di Milano la Rete Apparato Muscolo-Scheletrico (RAMS) al fine di unire le competenze dei più grandi ospedali di ricerca italiani che operano in ambito ortopedico.

Per quanto concerne la ricerca, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, in quanto IRCCS, fa parte di un "sistema" di enti pubblici e privati impegnati a svolgere attività di ricerca traslazionale in campo biomedico e partecipa a Reti di livello nazionale e internazionale sulle tematiche di competenza.

Pertanto l'Istituto non ha un unico committente istituzionale: esso risponde allo Stato in quanto IRCCS, alla Regione Emilia-Romagna in quanto azienda sanitaria del SSR, committenza affiancata da quella esercitata dagli enti locali tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana (CTSSM) di Bologna, secondo il modello vigente nel Servizio Sanitario Regionale (L.R. n. 29/2004).

L'Istituto ricopre un ruolo di rilevanza in ambito ortopedico non solo nella nostra Regione, ma anche a livello nazionale. Alla luce di ciò, a seguito dell'Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Siciliana siglato nel 2011, IOR ha istituito il Dipartimento Rizzoli Sicilia a Bagheria (PA), il quale dal 2012 ha avviato l'attività ambulatoriale e di degenza ortopedica e fisiatrica, contribuendo così all'obiettivo della Regione Siciliana di ridurre la mobilità sanitaria verso le regioni del nord.

A questa committenza plurale, ancorché differenziata, si affianca una ancora più articolata situazione degli *stakeholders*:

- i pazienti, le rappresentanze dei pazienti (associazioni di tutela) e le associazioni di volontariato (generalmente istituzionalizzate tramite organismi quali il Comitato Consultivo Misto);
- il personale dipendente ed i collaboratori (anche coinvolti nel governo aziendale mediante i dispositivi della *clinical governance*), le organizzazioni sindacali;
- l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna, con cui collabora nel campo della formazione universitaria secondo uno specifico Accordo Attuativo Locale;
- il mondo della ricerca scientifica in campo biomedico, sia nazionale che internazionale, nel cui ambito l'Istituto ha da tempo sviluppato rapporti di collaborazione e *network* per progetti di ricerca, con particolare riferimento alla Rete Alta Tecnologia dell'Emilia-Romagna di cui l'Istituto fa parte dal 2009;
- i fornitori di beni e servizi, nonché i clienti di prestazioni di ricerca industriale.

In ambito metropolitano IOR si interfaccia con le Aziende USL di Bologna, di Imola e con l'AOU di Bologna nell'ambito degli indirizzi della CTSSM, la quale ha avviato già dal 2009 un percorso di riorganizzazione delle ortopedie in ambito metropolitano, con conseguente acquisizione della gestione da parte dell'Istituto del reparto di Ortopedia dell'Ospedale di Bentivoglio. In particolare, il percorso verso una sempre maggiore collaborazione con le Aziende dell'Area Metropolitana di Bologna ha visto:

- nel 2010, la centralizzazione delle funzioni di acquisto di beni e servizi con la nascita del Servizio Acquisti Metropolitano (SAM);
- nel 2015, l'unificazione dei servizi amministrativi in ambito metropolitano che ha portato all'istituzione del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Personale (SUMAP, ora SUMAEP e SUMAGP), del Servizio Unico Metropolitano Contabilità e Finanza (SUMCF) e del Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME);

- nel 2016, la cessione del ramo d'azienda e la contestuale partecipazione dello IOR al Laboratorio Unico Metropolitano (LUM);
- nel 2017, la creazione della Medicina del Lavoro Interaziendale;
- nel 2018, la cessione del ramo d'azienda e l'adesione al Servizio Trasfusionale Unico Metropolitano (TUM)

In tal modo ambiti di operatività relativi alla gestione degli acquisti di beni e servizi e di assunzione e gestione del personale sono stati conferiti ai servizi unificati centralizzati, facendo aprire comunque una riflessione sulla dimensione delle funzioni delegate e sul controllo e responsabilità nei procedimenti afferenti alle varie aree. Restano invece in capo all'Istituto funzioni quali l'acquisizione di beni e servizi per importi inferiori ai 40.000 euro, l'acquisizione di lavori e servizi tecnici connessi, la gestione dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa e gli incarichi libero-professionali per attività tecnica, professionale e di ricerca.

In una logica di massimizzazione delle economie di scala e di prevenzione dell'infiltrazione di associazioni di stampo mafioso, anche il Dipartimento Rizzoli-Sicilia beneficia dell'attività dei servizi centralizzati in area metropolitana e di quelli afferenti all'Istituto presso la sede di Bologna, tanto per il reclutamento del personale quanto per l'acquisizione di beni e servizi.

La partnership con le Aziende dell'Area Vasta Emilia Centrale (AVEC) e dell'Area Metropolitana di Bologna è esercitata anche attraverso tavoli di coordinamento delle direzioni le cui decisioni, assunte in linea con le Linee di Programmazione regionali, si concretizzano nelle sinergie già poste in essere volte alla migliore risposta ai bisogni di salute della popolazione e alle azioni di unificazione in corso di realizzazione finalizzate ad una migliore performance organizzativa di sistema e ad una innovazione nei processi produttivi di supporto. In particolare, nell'aprile 2018 si è proceduto al trasferimento di attività trasfusionale dall'Ausl di Bologna (SIMT-AMBO).

Come già precedentemente rilevato, *mission* dell'Istituto è anche l'integrazione tra Assistenza, Ricerca e Didattica: le attività assistenziali e di ricerca dell'Istituto si caratterizzano infatti anche per la stretta collaborazione con l'Alma Mater Studiorum Università di Bologna, con la quale IOR ha siglato l'Accordo Attuativo Locale ai sensi del Protocollo di Intesa Regione-Università. IOR è riconosciuto struttura di sede effettiva delle scuole di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia e Medicina e Fisica Riabilitativa di UNIBO; è anche unica sede di Ortopedia per Bologna per il triennio clinico di formazione della facoltà di medicina per le discipline connesse all'ortopedia e, in quanto tale, è riconosciuto come Azienda Mista, come previsto dagli Accordi sulla Mobilità per gli IRCCS monospecialistici che sono unica sede del territorio per il triennio clinico di formazione della facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'Istituto è impegnato altresì nello sviluppo di progetti di ricerca a potenziale ricaduta industriale e al trasferimento tecnologico dei risultati della ricerca stessa. A tal fine è inserito, come precedentemente accennato, nella "Rete Regionale dell'Alta Tecnologia" dell'Emilia Romagna, alla quale partecipa con il Dipartimento Rizzoli RIT – *Research, Innovation & Technology* che è l'articolazione organizzativa comprendente nuovi laboratori di ricerca che svolgono attività dedicate alla ricerca traslazionale nei seguenti ambiti: medicina rigenerativa, biomedica, farmaceutica, biomeccanica, informatica clinica, tecnologie biomediche.

Al proprio interno l'Istituto sviluppa un sistema di gestione della formazione per i propri dipendenti attraverso la rete dei referenti in tutte le aree aziendali e annualmente viene approvato un piano di formazione aziendale i cui contenuti sono in linea con gli obiettivi del Piano Strategico.

L'integrazione delle tre componenti sopra descritte (assistenza, ricerca e didattica) è quindi da sempre un obiettivo primario del Rizzoli e l'interazione con professionisti diversi ha permesso all'Istituto di avere una visione completa delle patologie oggetto di studio e ha richiesto al personale un lavoro di aggiornamento continuo e di formazione. Tra i risultati più significativi cui ha condotto la sinergia tra professionalità diverse, può citarsi l'organizzazione presso l'Istituto di diverse biobanche regionali a valenza nazionale: la Banca del Tessuto muscolo-scheletrico, la banca dei tumori muscolo-scheletrici e la biobanca genetica delle malattie rare.

Dal punto di vista meramente quantitativo il peso dell'Istituto in ambito provinciale e regionale è abbastanza contenuto. Al 31 dicembre 2020<sup>19</sup> l'Istituto è dotato di 308 posti letto a cui si aggiungono ulteriori 53 posti letto presso la sede di Bagheria (PA). Nel 2020 i casi dimessi complessivamente nelle due sedi sono stati circa 13.900.

All'attività di ricovero, inoltre, si affianca l'attività specialistica ambulatoriale e diagnostica: 106.600 prestazioni in regime di SSN nelle sedi bolognesi a cui si aggiungono più di 23.700 accessi di Pronto Soccorso; più di 9.500 prestazioni specialistiche ambulatoriali presso la sede di Bagheria in regime SSN.

Il bilancio economico preventivo per l'esercizio 2020<sup>20</sup> evidenzia un valore della produzione di 169.561.746 milioni di euro. La spesa per acquisto di beni e servizi è di circa 70,7 milioni di euro.

Per quanto concerne poi la dimensione organizzativa, in termini di dotazione di personale, l'Istituto conta 1.436 unità di personale, di cui 1.416 unità di personale dipendente. Il costo del personale dipendente (al netto dell'IRAP) è di circa 68,5 milioni di euro.

Si riportano di seguito i dati relativi al personale dell'Istituto al 31/12/2020.

Personale in servizio a tempo indeterminato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2020			31/12/2020			31/12/2020		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Personale ruolo sanitario medico	167	167		18	18		185	185	
<i>di cui COMANDI IN</i>	<u>1</u>	<u>1</u>	-	<u>0</u>	-	-	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
<i>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENTI RER/ASPETT.S.A</i>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>	-	<u>5</u>	<u>5</u>	<u>0</u>
Personale sanitario non medico	556	43	513	56		56	612	43	569
<i>di cui COMANDI IN</i>	<u>3</u>	-	<u>3</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>0</u>	<u>3</u>

<sup>19</sup> Si precisa che i dati riportati fanno riferimento all'anno 2020 pertanto riflettono la situazione dell'Istituto come incisa dall'emergenza sanitaria e dalla necessaria riorganizzazione che ne è conseguita.

<sup>20</sup> Il bilancio economico preventivo è stato approvato con delibera IOR n. 368 del 15/12/2020; a seguito dell'emergenza sanitaria e della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale, la predisposizione dei bilanci preventivi economici 2020 delle Aziende sanitarie ha infatti subito un rinvio dovuto anche alla inevitabile riconversione della programmazione sanitaria che si è dovuta adeguare a fronteggiare l'emergenza. Si è ritenuto di illustrare i dati rappresentati nel bilancio economico preventivo (BEP 2020), di cui alla delibera sopra richiamata, in quanto il Bilancio d'Esercizio 2020 dovrà essere deliberato, secondo quanto previsto dalle scadenze ministeriali, entro il 30 aprile. Si evidenzia che il Bilancio Economico Preventivo tiene conto di una serie di elementi che hanno caratterizzato l'esercizio 2020, quali:

- una sensibile riduzione dei ricavi dovuta alla sospensione delle attività di ricovero e ambulatoriali programmate (ad esclusione di quelle urgenti e non procrastinabili);
- costi in sensibile aumento che non trovano copertura nei decreti emergenziali: l'epidemia da Covid-19 ha infatti generato non solo i costi diretti strettamente legati alla gestione della fase pandemica (acquisti di DPI, personale, tamponi), ma anche tutti i costi indiretti comunque collegati alla mancata produzione nel periodo di lockdown, oltre ai costi connessi alla necessità di garantire il distanziamento, i percorsi di accesso separati alle strutture ospedaliere, ecc...

Personale in servizio a tempo indeterminato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2020			31/12/2020			31/12/2020		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
<i>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENT I RER/ASPETT.S.A</i>	<u>12</u>	-	<u>12</u>	<u>1</u>	-	<u>1</u>	<u>13</u>	<u>0</u>	<u>13</u>
<b>Totale personale ruolo sanitario</b>	<b>723</b>	<b>210</b>	<b>513</b>	<b>74</b>	<b>18</b>	<b>56</b>	<b>797</b>	<b>228</b>	<b>569</b>
Personale ruolo professionale	8	8		0			8	8	
<i>di cui COMANDI IN</i>	<u>0</u>	<u>0</u>	-	<u>0</u>	-	-	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
Personale ruolo tecnico	259	10	249	0			259	10	249
<i>di cui COMANDI IN</i>	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>0</u>	-	-	<u>1</u>	<u>0</u>	<u>1</u>
<i>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENT I RER/ASPETT.S.A</i>	<u>7</u>	<u>2</u>	<u>5</u>	<u>0</u>	-	-	<u>7</u>	<u>2</u>	<u>5</u>
Personale ruolo amministrativo	203	7	196	1		1	204	7	197
<i>di cui COMANDI IN</i>	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>0</u>	-	-	<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>
<i>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENT I RER/ASPETT.S.A</i>	<u>8</u>	<u>0</u>	<u>8</u>	<u>0</u>	-	-	<u>8</u>	<u>0</u>	<u>8</u>
<b>Totale personale a tempo indeterminato</b>	<b>1193</b>	<b>235</b>	<b>958</b>	<b>75</b>	<b>18</b>	<b>57</b>	<b>1268</b>	<b>253</b>	<b>1015</b>

Personale in servizio a tempo determinato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2020			31/12/2020			31/12/2020		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Personale ruolo sanitario medico	12	12		2	2		14	14	
Personale sanitario non medico	36		36	7		7	43	0	43
Personale sanitario della ricerca	53		53				53	0	53
<b>Totale personale ruolo sanitario</b>	<b>101</b>	<b>12</b>	<b>89</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>110</b>	<b>14</b>	<b>96</b>
Personale ruolo professionale	0			0			0	0	
Personale ruolo tecnico	34		34	0			34	0	34
Personale ruolo amministrativo	4		4	0			4	0	4
<b>Totale personale a tempo determinato</b>	<b>139</b>	<b>12</b>	<b>127</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>7</b>	<b>148</b>	<b>14</b>	<b>134</b>

Personale Universitario	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2020			31/12/2020			31/12/2020		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Personale ruolo sanitario medico	16	16		0			16	16	
Personale sanitario non medico	0			0			0	0	0
<b>Totale personale ruolo sanitario</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>16</b>	<b>16</b>	<b>0</b>
Personale ruolo professionale	1	1		0			1	1	
Personale ruolo tecnico	2		2	0			2	0	2
Personale ruolo amministrativo	1		1	0			1	0	1
<b>Totale personale universitario</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>3</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>17</b>	<b>3</b>

Nell'ambito delle misure adottate dall'Istituto ai fini di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica, si evidenzia che, in attuazione di quanto previsto dall'art. 2 comma 1 del DPCM 8 marzo 2020 in materia di lavoro agile, per ridurre la mobilità dei dipendenti e i contatti che accrescono il rischio di diffusione del Covid, è stata attivata la modalità di lavoro agile straordinario, cioè in assenza degli accordi individuali previsti dalla precedente normativa di riferimento (Legge 81/2017). Già a partire da marzo 2020 e nell'ambito di tutte e quattro le aziende metropolitane sono stati attivati, mediante apposita procedura semplificata, rapporti di lavoro agile in via emergenziale.

Per concludere l'analisi si riporta una breve descrizione dell'articolazione organizzativa dell'Istituto.

La struttura organizzativa dell'Istituto è descritta nell'Atto Aziendale (sesta edizione, approvato con delibera n. 1 del 15/01/2021), nel Regolamento Organizzativo Rizzoli (sesta edizione, approvato con delibera n. 164 del 13/05/2020) e nel Regolamento dei Dipartimenti (approvato con delibera n. 131 del 05/06/2018).

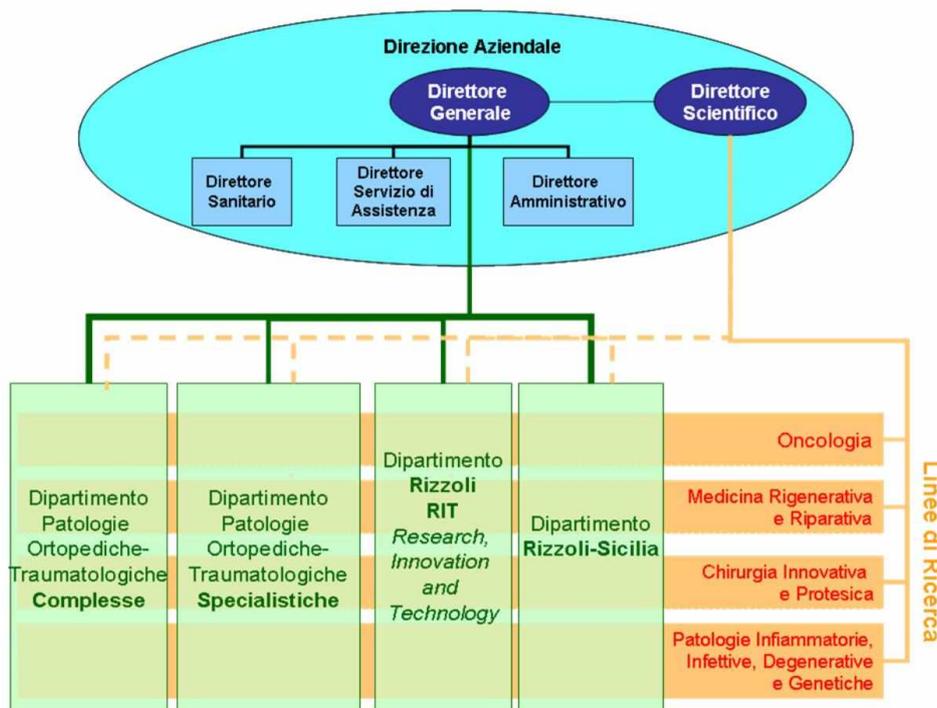
Nell'Atto Aziendale sono presenti i principi generali dell'assetto di governo dell'Istituto mentre il Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR) descrive il modello organizzativo a livello macro (articolazione per Dipartimenti e loro integrazione con le Linee di Ricerca triennali approvate dal Ministero della Salute), i meccanismi operativi di governo clinico e di governo organizzativo e il sistema documentale.

I Dipartimenti rappresentano la struttura organizzativo-gestionale dell'Istituto e sono la sede in cui si esercitano il governo clinico e la ricerca. Essi hanno la caratteristica di gestire le risorse loro attribuite, sia in termini di personale che di beni e servizi, e perseguono finalità di integrazione professionale, organizzativa e logistica. La struttura dipartimentale adottata dall'Istituto risponde all'esigenza di un alto livello di integrazione tra ricerca e assistenza tipica di un IRCCS, nonché tra componente ospedaliera e universitaria, favorendo il rapido passaggio delle conoscenze e delle metodologie dall'ambito della ricerca alla pratica clinica nel rispetto delle professionalità acquisite dagli operatori. In particolare, i Dipartimenti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli sono:

- Dipartimento Patologie Ortopediche e Traumatologiche Complesse: orientato in particolare alla cura in urgenza ed in elezione delle patologie ortopediche e traumatologiche complesse; al suo interno trovano spazio anche i processi clinici e di ricerca in ambito rigenerativo
- Dipartimento Patologie Ortopediche e Traumatologiche Specialistiche: orientato in particolare allo sviluppo in ambito ortopedico e traumatologico di diverse specializzazioni sia nel campo della protesica che in quello della patologia neoplastica, nonché rispetto ad ambiti particolari cui afferiscono UU.OO. con finalità dedicate
- Dipartimento Rizzoli RIT – Research, Innovation & Technology: la sua specifica *mission* è orientata prevalentemente alla Ricerca e al Trasferimento Tecnologico dei risultati della stessa nell’area delle Scienze della Vita e Tecnologie per la Salute; non svolge attività clinica e ad esso afferiscono Laboratori di Ricerca che si occupano di attività di ricerca traslazionale

A questi si affianca inoltre il Dipartimento Rizzoli – Sicilia, con sede a Bagheria: in ragione della sua specifica *mission* e di quanto previsto nel “Protocollo di Intesa tra Regione Sicilia e Regione Emilia – Romagna”, pur essendo composto unicamente da Strutture a prevalente indirizzo clinico – assistenziale svolge anche attività di ricerca traslazionale; pur non configurandosi come DAI può prevedere la presenza di personale IOR e personale universitario.

La macro-struttura organizzativa IOR sopra descritta è rappresentata dalla figura di seguito, nella quale le linee gerarchiche verticali (rappresentate dalla filiera Direzione Generale, Dipartimenti, Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali) e le linee di ricerca (con valenza prevalentemente funzionale e trasversale) vanno a costituire una struttura a matrice.



#### 4.2.2. Mappatura dei processi

Attraverso la mappatura dei processi si procede alla individuazione e analisi dei processi organizzativi dell'Istituto al fine di esaminare l'attività svolta e identificare quali sono le aree maggiormente esposte ai rischi corruttivi.

Il PNA attribuisce alla mappatura la capacità di individuare i processi aziendali, le loro diverse fasi e le relative responsabilità e di elaborare il catalogo dei processi e dei rischi: a tal fine il Responsabile, in stretta collaborazione con i Direttori/Responsabili e loro Referenti ha avviato fin dal 2013 un percorso di mappatura allo scopo di individuare le attività entro cui sviluppare la valutazione del rischio.

Per una più adeguata ponderazione dei potenziali rischi si è proceduto alla disamina della documentazione predisposta dall'Istituto quale l'Atto aziendale, i regolamenti, le procedure, le delibere e di ogni altra documentazione ritenuta utile al fine di collegare correttamente i rischi di corruzione ai processi organizzativi. In particolare a seguito dell'adozione, con delibera n. 164 del 13/05/2020, del nuovo Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR), sesta edizione, nel corso del 2020 è stato avviato un nuovo percorso di mappatura dei processi aziendali di competenza delle articolazioni organizzative dell'IRCCS.

Sulla scorta di tale ricognizione, nei prossimi mesi, compatibilmente con la situazione pandemica in atto, saranno avviate le interlocuzioni con i responsabile di tali articolazioni organizzative e dei rispettivi referenti aziendali, al fine di valutare la completezza e la correttezza dei dati elaborati e di avviare la successiva fase di analisi del rischio propedeutica all'individuazione dei processi che prioritariamente necessitano di revisione e/o di nuova valutazione del relativo rischio corruttivo. Questa attività è propedeutica al raggiungimento dell'obiettivo principale che rimane quello di mappare ed esaminare in maniera graduale tutte le attività dell'Istituto al fine di identificare le attività che risultino, anche in maniera potenziale, esposte a rischio corruttivo.

Fin dall'introduzione della L. 190/2012 si è costituito in Istituto un primo nucleo di Dirigenti dell'area sanitaria, amministrativa e scientifica e dei Referenti che, approfondendo le tematiche in materia di prevenzione del rischio, hanno sviluppato e aumentato la sensibilità e l'attenzione anche di tutti i collaboratori e colleghi nei confronti delle condotte corruttive.

La metodologia adottata, sin dall'adozione del primo Piano 2014-2016, è stata condivisa dal Collegio di Direzione, dall'Organismo Aziendale di Supporto, dal Collegio Sindacale e dal Consiglio di Indirizzo e Verifica e risulta in linea con le disposizioni normative, le indicazioni regionali e le determinazioni assunte all'interno del Tavolo permanente in materia di Prevenzione della Corruzione dell'Area Vasta Emilia Centro.

Alla luce delle modifiche normative e organizzative intervenute nel corso degli ultimi anni, quali l'unificazione di alcuni servizi amministrativi e sanitari a livello metropolitano, già dal 2019 è stato avviato il percorso di rilettura e aggiornamento della mappatura relativa alle aree a rischio generali e specifiche interessate da tali processi.

In particolare si specifica che:

- a seguito della intervenuta valutazione positiva relativamente ai progetti di consolidamento dell'assetto organizzativo e di funzioni dei Servizi Unici Metropolitan Amministrazione del Personale (nelle due SC dedicate l'una all'Amministrazione Giuridica e l'altra all'Amministrazione Economica), Contabilità e Finanza ed Economato, e al recepimento delle relative convenzioni specifiche, si intende proseguire con l'analisi e la mappatura delle relative attività, in collaborazione con gli RPCT dell'area metropolitana; in particolare sono in corso riflessioni in merito alle funzioni conferite all'Azienda USL

di Bologna, alle deleghe e alle correlate responsabilità in capo a tutte le aziende, nonché ai rispettivi RPCT. Tali problematiche richiedono un'attività distribuita nel tempo al fine di effettuare una corretta analisi dei processi ed individuare modalità comuni di lavoro. Nel corso del 2020 ci si è concentrati, per quanto possibile in relazione all'emergenza COVID-19, sulla attivazione di una modalità di monitoraggio unica e condivisa tra le quattro Aziende Metropolitane convenzionate con i Servizi Unici Metropolitani Amministrazione del Personale. L'occasione è stata spunto di riflessione sulla necessità di avviare percorsi di integrazione degli strumenti di mappatura e monitoraggio in uso nelle diverse aziende;

- l'attività di monitoraggio effettuata nel corso del 2020 sui processi inerenti la Libera Professione, anche a seguito della individuazione nel nuovo ROR di uno specifico Ufficio ALP dedicato, ha evidenziato la necessità di definire un nuovo procedimento per la valutazione del conflitto di interessi laddove la prestazione a cura di medici o sanitari dirigenti dello IOR venga richiesta da soggetti privati produttori di dispositivi medici/farmacologici utilizzati nell'ambito dell'attività clinica/chirurgica dell'Istituto. Nel presente Piano si è provveduto alla corretta assegnazione all'Ufficio ALP dei processi "Convenzioni con soggetti privati per l'erogazione di consulenze sanitarie specialistiche di équipe", "Convenzioni con Enti pubblici e privati per l'erogazione di prestazioni sanitarie" e "Convenzioni con soggetti privati dirette a fornire, a titolo oneroso, consulenze o servizi aggiuntivi rispetto a quelli ordinari ai sensi dell'art. 43 c. 3 L. 27/12/1997 n. 449". Sempre a seguito della modifica organizzativa intervenuta si valuterà la necessità di ulteriori aggiornamenti della mappatura dei processi di competenza dell'Ufficio Libera Professione;
- la gestione del contenzioso e delle richieste di risarcimento verrà aggiornata alla luce dell'avvenuto ingresso dell'Istituto nel programma regionale di gestione diretta dei sinistri e dell'ultimo adeguamento della procedura "Percorso operativo di gestione diretta dei sinistri – responsabilità civile verso terzi" effettuato a marzo 2020, ciò al fine di ponderare i rischi specifici prodotti da tale tipo di gestione; la Struttura responsabile, ora SC Affari Legali e Generali, è attualmente interessata da un profondo processo di riorganizzazione, al termine del quale procederà a rivalutare i processi affidati ed i relativi rischi;
- nel corso del 2020, anche in relazione all'emergenza COVID-19, particolare attenzione è stata posta ai processi gestiti dal Servizio Unico Metropolitan Economico. In una logica di economicità e in ossequio al principio di non duplicazione dei procedimenti, è stata acquisita la mappatura dei processi in capo al SUME facenti parte dell'area generale contratti pubblici e la relativa analisi del rischio già effettuata dall'Azienda Capofila (AUSL Bologna). Inoltre, è stata avviata insieme al servizio competente, la mappatura dei processi di Cassa Economale e Inventario e sarà analizzato e valutato il relativo rischio.

Le schede dei processi aziendali mappati e corredati delle relative valutazioni del rischio e misure di presidio sono contenute nell'Allegato 1 al presente Piano. Ciascuna scheda di processo mappato presenta una parte descrittiva del processo in oggetto così predisposta:

- individuazione delle diverse fasi in cui si sviluppa il processo;
- descrizione dei possibili rischi correlati alle diverse fasi;
- relative responsabilità;
- livello di rischio complessivo derivante dalla presa in considerazione della probabilità e dell'impatto organizzativo;
- individuazione delle misure di presidio in essere, di quelle da attuare e relativa tempistica;
- responsabilità in merito ai controlli e indicatori di monitoraggio.

## 5. IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Una volta mappati i processi aziendali si individuano quei comportamenti o fatti che possono verificarsi nell'ambito dei processi stessi e tramite i quali può concretizzarsi il fenomeno corruttivo: a partire da ciò si procede quindi all'analisi e valutazione del rischio al fine di individuare le più efficaci misure da adottare.

La gestione del rischio deve essere strutturata, sistematica, basata sulle migliori informazioni possibili e deve tenere conto dei fattori umani e culturali nonché organizzativi di contesto. Ciò assume particolare significato nell'amministrazione di un istituto come IOR che, in quanto IRCCS, deve perseguire finalità di ricerca, formazione, organizzazione e gestione dei servizi sanitari insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

In considerazione dell'organigramma e funzionigramma aziendali e alla luce degli aggiornamenti dei PNA succedutisi nel tempo, l'attenzione è stata focalizzata sui processi, procedimenti e procedure, unitamente alle responsabilità delle attività amministrative, delle seguenti Aree di Rischio Generali e Specifiche:

### AREE GENERALI

- Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario;
- Contratti pubblici;
- Acquisizione e gestione del personale;
- Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;
- Incarichi e nomine;
- Affari legali e contenzioso

### AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

- Attività libero professionale;
- Liste di attesa;
- Rapporti con soggetti erogatori;
- Farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;
- Attività conseguenti al decesso in ambito intraospedaliero.

L'analisi condotta nel corso degli anni ha preso in considerazione i possibili rischi, le misure preventive già in atto e quelle da attuare ai fini di prevenzione e/o contenimento del fenomeno corruttivo, i tempi di attuazione, le responsabilità e il monitoraggio. A tutt'oggi sono stati mappati n. 33 processi delle aree sopra citate e annualmente viene condotta dal RPCT una verifica congiunta con i Responsabili delle strutture interessate, anche attraverso audit, su ciascun processo mappato, sul grado di adeguatezza delle misure adottate e sul monitoraggio messo in atto. Dal momento che occorre calare all'interno del lavoro quotidiano, ovvero all'interno delle numerose procedure già in essere, le misure preventive previste dalla normativa, si è ritenuto di procedere con gradualità di interventi al fine di integrare le nuove disposizioni con quelle già esistenti.

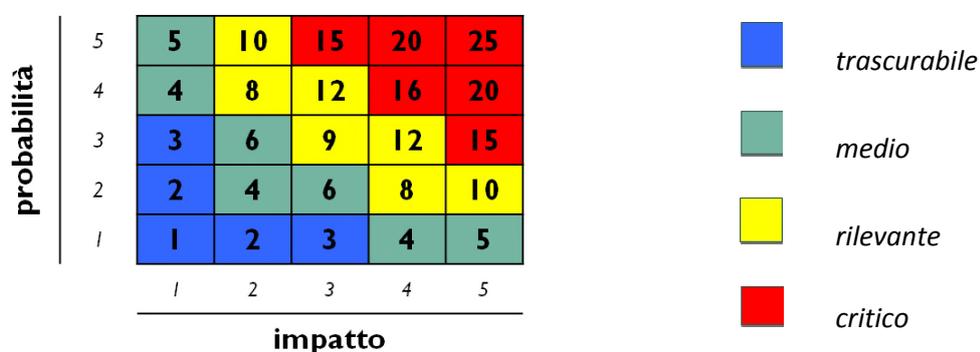
Quanto alla valutazione dei processi, ai fini della catalogazione dei rischi, si è seguita in un primo momento la metodologia contenuta nell'allegato 5) del PNA 2013 che, dettagliando gli indici di *probabilità* e di

*impatto* e fornendo la graduazione sia per il primo sia per il secondo, unitamente all'attribuzione di un punteggio a ciascuna risposta fornita, consente una consequenziale graduazione del rischio delle attività riconducibili alle aree individuate.

L'applicazione di tale metodologia al settore sanità presenta diverse criticità dal momento che le attività analizzate non sempre sono riconducibili ai punteggi delle variabili previsti nel PNA e smi, con conseguente sottovalutazione del rischio.

In alternativa alla media aritmetica, si è preferito utilizzare, fin dal 2015, seguendo gli orientamenti assunti in sede del Tavolo tecnico permanente di Area Vasta Emilia Centro per la prevenzione e la trasparenza, il "criterio del valore massimo" delle due dimensioni (impatto e probabilità) che nell'analisi del processo riportano il punteggio più alto.

Il livello di rischio (probabilità x impatto) è stato correlato al seguente schema:



Tale approccio metodologico è stato confermato anche per il presente Piano, in quanto la nuova metodologia è in fase di valutazione e dovrà essere condivisa con la Direzione Strategica e gli Organi di vertice dell'Istituto. L'utilizzo di una nuova metodologia è necessario anche per allinearsi agli indirizzi e alle nuove indicazioni per la gestione dei rischi presenti nel PNA 2019.

Al fine di adattare la metodologia di valutazione e gestione dei rischi alle indicazioni presenti nell'allegato 1 del PNA 2019 e facilitare le unità coinvolte ad identificare e trattare i rischi secondo le stesse, nel corso del 2020, si è proceduto a redigere, in via sperimentale, uno schema di procedura che i singoli uffici dovranno utilizzare per l'aggiornamento della mappatura dei processi dell'Istituto, per l'individuazione degli eventi rischiosi, per una puntuale analisi dei fattori abilitanti: ossia i fattori di contesto che rendono più agevole il verificarsi di eventi di corruzione, per distinguere chiaramente le misure di trattamento del rischio in generali e specifiche e per mettere in evidenza, per tutte le fasi dei processi, tempi e indicatori per la programmazione e la gestione delle misure. Questo determinerà anche una sostanziale e graduale rimodulazione di tutte le matrici di mappatura dei processi.

Tale attività, da svolgersi con la necessaria gradualità, è legata alla possibilità di coinvolgimento e partecipazione dei servizi responsabili dei processi e potrà svolgersi una volta terminata la fase emergenziale correlata all'emergenza pandemica che sta coinvolgendo, anche se con modalità differenti, tutte le articolazioni e servizi dell'Istituto.

## 6. INDIVIDUAZIONE E PROGETTAZIONE DELLE MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Le misure per il trattamento del rischio corruttivo si distinguono in misure generali e misure specifiche: le prime intervengono in maniera trasversale sull'intera amministrazione e si caratterizzano per la loro incidenza sul sistema complessivo della prevenzione della corruzione; le seconde, invece, agiscono in maniera puntuale su alcuni specifici rischi individuati in fase di valutazione del rischio e si caratterizzano pertanto per la loro incidenza su problemi specifici.

Per il trattamento del rischio corruttivo aziendale si è proceduto all'identificazione di misure di contrasto il più possibile concrete, sostenibili e verificabili attraverso il fattivo coinvolgimento dei dirigenti e degli operatori, atteso che solo chi opera quotidianamente sul campo è in grado di individuare puntualmente non solo il rischio, ma anche il grado dello stesso e quindi le misure più efficaci per la sua prevenzione e/o contenimento.

### 6.1. Misure Generali

Le misure generali per la prevenzione e riduzione del rischio corruttivo che l'Istituto ha attivato nello svolgimento della propria attività istituzionale sono sinteticamente illustrate di seguito. Per ciascuna misura vengono indicati sia lo stato di attuazione che la programmazione delle relative azioni future.

#### 6.1.1. Codice di Comportamento

Tra le misure di prevenzione della corruzione i codici di comportamento rivestono nella strategia delineata dalla L. 190/2012 un ruolo importante, costituendo lo strumento che più di altri si presta a regolare le condotte dei dipendenti e dei collaboratori dell'ente e a orientarle alla miglior cura dell'interesse pubblico.

A tal fine, in attuazione dell'art. 54, c.1, del D.lgs. 165/2001, il Governo ha approvato il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, recante il "Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici" che individua un ventaglio molto ampio di principi di comportamento dei dipendenti di derivazione costituzionale, nonché una serie di comportamenti negativi (vietati o stigmatizzati) e positivi (prescritti o sollecitati), tra cui, in particolare, quelli concernenti la prevenzione della corruzione e l'osservanza degli obblighi di trasparenza (artt. 8 e 9). Tale codice rappresenta la base giuridica di riferimento per le singole amministrazioni.

Esso si applica ai dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, c. 2, del D.lgs. n. 165/2001, il cui rapporto è disciplinato contrattualmente, ai sensi dell'art. 2 commi 2 e 3 del medesimo decreto. Gli obblighi di condotta sono estesi anche a tutti i collaboratori o consulenti, con qualsiasi tipologia di contratto o incarico e a qualsiasi titolo, ai titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, nonché nei confronti dei collaboratori a qualsiasi titolo di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore dell'amministrazione.

In attuazione del medesimo articolo, le singole amministrazioni sono tenute poi a dotarsi di propri codici di comportamento, definiti con "procedura aperta alla partecipazione e previo parere obbligatorio dell'OIV". Detti codici, che costituiscono parti essenziali dei PTPCT delle amministrazioni, rivisitano i doveri del codice nazionale al fine di integrarli, specificarli e adattarli alle peculiarità dell'amministrazione interessata.

Per quanto concerne il codice di comportamento dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, occorre premettere che, a seguito delle linee guida ANAC agli enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'aggiornamento dei Codici di Comportamento, la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna

ha attivato, tramite il Tavolo Regionale Permanente Anticorruzione e Trasparenza e coordinato dall'OIV regionale (prot. n. 18565 del 18/02/2016 e prot. n. 5965 del 24/05/2018) apposito sottogruppo di lavoro volto all'elaborazione di un Codice di Comportamento unico regionale per tutti i professionisti che operano nel Sistema Sanitario Regionale, finalizzato ad omogeneizzare i comportamenti, pur nel rispetto delle particolarità delle singole aziende. Molti articoli del nuovo Codice sono dedicati ai comportamenti da rispettare nello svolgimento di alcune attività esposte a rischio corruttivo nello specifico ambito sanitario (libera professione, gestione delle liste di attesa, sponsorizzazioni e attività formativa, attività conseguenti al decesso, rapporti con società farmaceutiche, sperimentazioni).

Il testo uniforme per tutte le aziende del servizio sanitario regionale così elaborato è stato condiviso con tutte le direzioni aziendali; con deliberazione n. 96/2018 la Regione ha approvato lo “Schema tipo di Codice di Comportamento per il personale presso le Aziende Sanitarie della RER” e il Responsabile ha pertanto proceduto alla predisposizione del Codice di comportamento dell’Istituto Ortopedico Rizzoli e ha messo a punto azioni congiunte con gli altri RPCT delle aziende sanitarie AVEC per la massima diffusione del nuovo documento e per la consultazione con *stakeholders* interni ed esterni individuati in ambito AVEC. Il testo definitivo del “Codice di Comportamento dell’Istituto Ortopedico Rizzoli” è stato quindi approvato con delibera IOR n. 127 del 30 maggio 2018 ed è disponibile, in formato aperto, nella sezione “Amministrazione Trasparente” del sito istituzionale.

L’obbligo di osservanza del Codice grava su tutti i dipendenti, comandati e collaboratori a qualsiasi titolo; con riferimento ai collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per i titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni o servizi o opere a favore dell’istituto, queste ultime devono predisporre o modificare gli schemi di incarico, contratto, bando, inserendo la condizione di osservanza dei codici di comportamento con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal presente codice.

Ai fini della sua conoscibilità l’Istituto, al momento della costituzione del rapporto, rende noti i contenuti del Codice e il relativo obbligo di osservanza, tramite e-mail e pubblicazione sul sito istituzionale (in apposita sezione dedicata ai neoassunti), a tutti i dipendenti e ai titolari di contratti di consulenza o collaborazione a qualsiasi titolo, anche professionale, nonché collaboratori di imprese fornitrici di servizi in favore delle Aziende sanitarie.

Nel PTPCT 2020-2022 era stata programmata per l’anno 2020 la predisposizione di eventi formativi per la sensibilizzazione del personale sulle ricadute applicative dei doveri previsti dal Codice: a causa dell’emergenza sanitaria non è stato possibile rispettare questa programmazione e si prevede di posticipare l’organizzazione di occasioni formative specificamente dedicate al Codice di comportamento a seguito dell’eventuale adozione, in base alle indicazioni ANAC, di un aggiornamento del Codice di Comportamento IOR.

Si evidenzia infatti che ANAC, con delibera n. 177 del 19 febbraio 2020, ha emanato le nuove Linee guida in materia di Codici di comportamento delle amministrazioni pubbliche e che, su iniziativa della Rete regionale per l’Integrità e la Trasparenza, è in corso la costituzione di un gruppo di lavoro inter-istituzionale per approfondire il tema dei codici di comportamento.

Per il 2021 si prevede quindi di confermare le azioni per la diffusione del codice di comportamento già in essere, in particolare

- Corsi di formazione specificamente dedicati al contenuto del Codice di comportamento: comunicare i contenuti del codice e aumentare nei destinatari la consapevolezza delle disposizioni in esso contenute attraverso una formazione costante è parte di una strategia complessiva in materia di integrità tesa ad assicurare che il dipendente pubblico sia posto nella condizione di affrontare le questioni etiche che insorgono nello svolgimento delle funzioni lui affidate;
- Predisposizione all'interno degli schemi di incarico, contratto o bando con soggetti esterni all'Istituto della condizione di osservanza dei codici di comportamento con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice;
- Diffusione da parte dell'Istituto, al momento della costituzione del rapporto di lavoro, dei contenuti del Codice e del relativo obbligo di osservanza tramite e-mail e pubblicazione sul sito istituzionale (in apposita sezione dedicata ai neoassunti).

Per quanto concerne poi l'attività di vigilanza sull'effettiva attuazione delle regole contenute nel codice di comportamento, questa viene svolta all'interno dell'Istituto mediante la cooperazione di diversi soggetti che, a diversi livelli, esercitano forme di controllo finalizzate a garantire il concreto rispetto degli obblighi e doveri contenuti nel codice. In particolare:

- La vigilanza è posta in primo luogo in capo ai dirigenti responsabili di ciascuna struttura (art. 54 c. 6 d.lgs. 165/2001, artt. 13 e 15 D.P.R. 62/2013); in particolare il dirigente riceve le comunicazioni dei dipendenti assegnati al proprio ufficio relative ai rapporti intercorsi con soggetti privati e alle situazioni di conflitto di interesse e decide sull'obbligo di astensione, adottando i provvedimenti conseguenti; in caso di infrazioni di minore gravità, attiva le azioni disciplinari di competenza dandone comunicazione all'UPD (art. 55-bis d.lgs. 165/2001, art. 13 D.P.R. 62/2013); segnala tempestivamente all'UPD i casi di violazione del codice per i quali è prevista l'irrogazione di sanzioni superiori al rimprovero verbale; provvede anche a comunicare l'illecito all'autorità giudiziaria penale o alla Corte dei Conti (art. 13 c. 8 D.P.R. 62/2013); infine, nella valutazione individuale del dipendente tiene conto anche delle eventuali violazioni del codice di comportamento emerse in sede di vigilanza
- Funzioni di vigilanza sono svolte anche con il coinvolgimento dell'UPD, cui spetta il compito di esaminare le segnalazioni di violazione del codice e di attivare il procedimento in contraddittorio con il dipendente (art. 55-bis d.lgs. 165/2001)
- Strumentale all'attività di vigilanza è poi quella di monitoraggio periodico sull'attuazione del codice, la cui responsabilità è in capo al RPCT in raccordo con l'Ufficio procedimenti disciplinari: in particolare annualmente l'UPD provvede a raccogliere ed inviare al RPCT i dati relativi ai casi di condotte illecite accertate e sanzionate dei dipendenti; l'analisi di questi dati consente di acquisire importanti elementi conoscitivi in merito alle violazioni commesse, alle sanzioni disciplinari applicate e alle aree maggiormente interessate dalle violazioni.

#### **6.1.2. Disciplina del conflitto di interessi: dichiarazioni e obblighi di astensione**

La tutela anticipatoria dei fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La nozione di conflitto di interesse deve essere intesa in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse di un soggetto interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici e in contrasto con quanto stabilito dal Codice di comportamento aziendale. In sanità, in particolare, il conflitto di interessi si verifica quando un professionista "si trova in una condizione dove il giudizio relativo a un interesse primario tende ad essere influenzato da un interesse secondario, quale guadagno economico o altro vantaggio personale". L'entità del conflitto di interesse dipende dalla slealtà dell'influenza esterna, a prescindere dalle conseguenze che possano derivarne. Il conflitto di interesse emerge quando la rilevanza degli interessi secondari tende a

prevalere su quelli primari rappresentati in sanità dai doveri etici, deontologici e legali di tutti i professionisti: la salute delle persone, l'integrità della ricerca, la formazione dei professionisti sanitari, l'informazione equilibrata e corretta dei pazienti. Il conflitto può essere:

- Attuale: ovvero presente al momento dell'azione o decisione del soggetto tenuto al rispetto del Codice;
- Potenziale: ovvero che potrebbe diventare attuale in un momento successivo;
- Apparente: ovvero che può essere percepito dall'esterno come tale;
- Diretto: ovvero che comporta il soddisfacimento di un interesse del soggetto;
- Indiretto: ovvero che attiene a individui o soggetti giuridici diversi dalla persona tenuta al rispetto del Codice e dell'etica, ma ad esso collegati.

L'Istituto ha da tempo prestato molta attenzione al tema del conflitto di interessi, prevedendo una modalità di approccio unica per tutte le articolazioni da attivare al verificarsi di tali situazioni di conflitto.

Al fine di permettere un tempestivo intervento di prevenzione o di risoluzione di eventuali conflitti di interesse, il dipendente comunica al Responsabile, secondo l'organigramma aziendale, la presenza di una situazione in attuale o potenziale conflitto e si astiene dal metterla in atto. Il destinatario si astiene quindi dal partecipare all'adozione di decisioni o ad attività in situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, e in situazioni che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente, ovvero quando esistano importanti ragioni di convenienza. L'astensione va comunicata per iscritto al soggetto individuato come competente il quale decide sull'astensione fornendo una risposta scritta tempestiva, anche attraverso modalità informatizzate.

L'Istituto ha previsto un'apposita procedura di rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi potenziale o reale: tutti i dipendenti (comparto, dirigenza e personale Universitario integrato) devono fornire la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, e aggiornarla annualmente, avente ad oggetto tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti. Detta dichiarazione specifica per ciascun rapporto tutti gli eventuali emolumenti percepiti e/o benefici goduti, sia direttamente che indirettamente, e inoltre: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti; b) se siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio, limitatamente alle attività a lui affidate. La dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, è rilasciata in forma completa, utilizzando il modulo predisposto dall'Istituto disponibile sul Portale del Dipendente nella sezione del menù "Dichiarazioni codice di comportamento". Nel corso del 2017 la RER ha infatti provveduto, in corrispondenza con la redazione del Codice di comportamento unico per i professionisti del SSR, all'implementazione del sistema informatizzato delle dichiarazioni attraverso il software di Gestione Risorse Umane (GRU) con la realizzazione di moduli relativi alle dichiarazioni sul conflitto di interesse, sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni, sull'astensione ecc... da compilare tempestivamente ogniqualvolta intervengano dei cambiamenti. La funzionalità del sistema è stata sperimentata nel corso del 2017, con i moduli relativi alle dichiarazioni

patrimoniali e reddituali dei dirigenti. La modulistica e le funzionalità del software sono state implementate nel corso del 2018 rendendo disponibili sul Portale del dipendente i moduli utili al rilascio della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, con obbligo di compilazione da parte di tutto il personale. Per agevolare l'adempimento in oggetto, ogni anno viene predisposta apposita informativa sulle modalità di compilazione delle predette dichiarazioni, diffusa sia tramite mail che mediante il Portale del dipendente, contenente anche le risposte alle domande più frequenti.

Inoltre, da ottobre 2019, è stata resa disponibile nel portale una nuova funzionalità: accedendo alla suddetta sezione "Dichiarazioni codice di comportamento" è possibile confermare le dichiarazioni dell'anno precedente e quelle già rese.

Nel 2020 sono state ulteriormente implementate le funzionalità dell'applicativo che permette, tramite una *query*, di gestire e controllare i dati in maniera massiva e aggregata. Questa modifica permette di programmare in maniera puntuale le attività di controllo e di definizione degli obiettivi di risultato attesi. L'attività di controllo si articola nel modo di seguito descritto.

Dal 1° ottobre al 30 settembre viene data al dipendente la possibilità di confermare le dichiarazioni rilasciate nell'anno precedente. Indicativamente nei primi giorni di gennaio l'ufficio del RPCT procede ad un primo controllo individuando e contattando i soggetti ancora inadempienti. Nel corso dell'anno, con una cadenza almeno semestrale, l'ufficio RPCT esegue ulteriori controlli sui dati coinvolgendo anche i dirigenti/responsabili delle varie unità organizzative per garantire il raggiungimento del risultato previsto, ovvero non meno del 90% delle conferme da parte delle categorie di dipendenti interessati.

Sempre durante l'anno con cadenza almeno semestrale l'ufficio effettua degli ulteriori controlli sulle dichiarazioni rilasciate dai dipendenti neoassunti i quali, in base a quanto stabilito nel codice di comportamento, devono adempiere all'obbligo di compilazione delle dichiarazioni entro tre mesi dalla data di assunzione.

Al 30/09 l'Ufficio del RPCT analizza, attraverso un'estrazione dal portale, i dati e redige un report per determinare il numero dei dipendenti che non hanno reso le dichiarazioni. Lo stesso report viene inviato ai singoli dirigenti/responsabili che lo utilizzeranno come strumento utile alla valutazione delle performance dei dipendenti.

L'obiettivo per il triennio 2021-2023 è quello di sfruttare tutte le potenzialità dell'applicativo WHR e dare ai singoli dirigenti/responsabili la possibilità di controllare in autonomia tutte le dichiarazioni rese dal personale a loro afferente e di lasciare all'Ufficio del RPCT un controllo di secondo livello.

Tutte le dichiarazioni sono solo acquisite a sistema e non sono oggetto di nessuna pubblicazione. La mancata compilazione dei moduli sull'assenza dei conflitti d'interesse costituisce comportamento contrario ai doveri d'ufficio e al Codice di Comportamento IOR, è fonte di responsabilità disciplinare del dipendente e incide sull'attribuzione degli incarichi e sul sistema premiante.

### **6.1.3. Rotazione ordinaria del personale**

Nell'ambito delle misure generali dirette a prevenire il rischio di corruzione, la Legge 190/2012 attribuisce particolare rilievo all'applicazione del principio di rotazione del personale alle figure dirigenziali e al personale con funzioni di responsabilità operante nelle aree a più elevato rischio corruttivo.

La rotazione deve essere in ogni caso correlata all'esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell'azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo

svolgimento di specifiche attività, in particolare quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto, come specificato da ANAC, si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle necessarie competenze e tra i condizionamenti all'applicazione di tale misura vi può essere quello della cd. infungibilità derivante dall'appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

Data tale premessa, con specifico riferimento all'Istituto Ortopedico Rizzoli, la previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree nel cui ambito sia individuato un rischio di corruzione trova un limite oggettivo in considerazione dei seguenti elementi:

- a. le dimensioni dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- b. la specifica e spesso univoca competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree oggetto di mappatura del rischio, che non permette una fungibilità nei ruoli professionali e quindi rotazione nei servizi medesimi, stante anche l'unicità non solo di figure apicali, ma anche di personale del comparto amministrativo;
- c. l'ineludibilità, di conseguenza, di dover garantire non solo la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale e indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, ma la stessa garanzia degli standard prestazionali gravanti sugli apicali preposti alle medesime funzioni nelle aree a rischio.

In sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni, nella seduta del 24.7.2013, venivano definiti alcuni criteri ed indicazioni in materia di rotazione degli incarichi di cui si è comunque tenuto conto nella predisposizione del presente Piano, ovvero:

- “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”;
- “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”;
- “ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel PTPCT con adeguata motivazione”;
- “l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni. In quest'ottica, la Conferenza Unificata Stato-Regioni, si impegna a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli enti interessati, finalizzate all'attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti nelle diverse amministrazioni”.

Nonostante i sopra illustrati vincoli oggettivi alla realizzazione della rotazione, l'Istituto ha comunque adottato misure atte ad evitare che, laddove non si possa dare piena applicazione alla rotazione, non vi siano soggetti che hanno il controllo esclusivo dei processi, soprattutto di quelli più esposti al rischio di corruzione.

Pertanto, in sintesi:

- si sono registrati numerosi avvicendamenti di incarichi dirigenziali come diretta conseguenza dei numerosi collocamenti a riposo avvenuti nell'ultimo triennio;
- quale misura preventiva è stata attuata puntualmente la rotazione dei funzionari in tutte le Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza, nonché nelle gare per lavori, beni e servizi (rotazione RUP);
- l'unificazione dei servizi amministrativi delle Aziende sanitarie di Bologna con creazione di uffici centrali concentrati nella stessa sede fisica e un'unica direzione, ha dato vita ad una rotazione non solo per la modifica di sede e di funzioni, ma anche per l'avvio di un percorso di rivisitazione trasversale delle funzioni e dell'assegnazione dei compiti dei dipendenti delle aziende sanitarie coinvolte nel progetto, producendo già di fatto una rotazione dei professionisti.

#### **6.1.4. Rotazione straordinaria del personale**

L'art. 16 comma 1 lett. l-quater del D.Lgs. 165/2001 dispone che i dirigenti degli uffici dirigenziali generali *“provvedono al monitoraggio delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio corruzione svolte nell'ufficio a cui sono preposti, disponendo, con provvedimento motivato, la rotazione del personale nei casi di avvio di provvedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva”*. Da tale disposizione si desume l'obbligo per l'amministrazione di assegnare il personale sospettato di condotte di natura corruttiva, che abbiano o meno rilevanza penale, ad altro servizio. La rotazione straordinaria è pertanto una misura di natura non sanzionatoria, ma eventuale e cautelare, finalizzata a garantire che nell'area in cui si sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

Al fine di dare piena attuazione a tale misura preventiva, l'ufficio del RPCT, con il supporto e la collaborazione del Responsabile dell'Ufficio Procedimenti Disciplinari, monitorerà le eventuali ipotesi in cui si verificano i presupposti per l'applicazione della rotazione straordinaria, ovvero i casi di avvio di procedimenti penali o disciplinari nei confronti del dipendente (ivi inclusi i dirigenti) per condotte qualificabili come *“corruttive”* ai sensi dell'art. 16 comma 1 lett. l-quater del d.lgs. 165/2001.

La misura della rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, ma, al fine di fornire adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione, si prevede per l'anno 2021 la predisposizione e adozione di apposite linee guida. All'interno di tali Linee guida, al fine di agevolare le attività di verifica e monitoraggio, verrà previsto il dovere per i dipendenti dell'Istituto di comunicare all'ente la sussistenza nei propri confronti di provvedimenti di rinvio a giudizio in procedimenti penali<sup>21</sup>.

#### **6.1.5. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione**

L'articolo 35 bis del d.lgs. 165/2001 impone il divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di assumere i seguenti incarichi:

- Far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- Essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;

<sup>21</sup> Come rilevato da ANAC nel PNA 2019, infatti, in molti casi i dipendenti non comunicano la sussistenza di procedimenti penali a loro carico.

- Far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici

Con riferimento alla disposizione sopra richiamata, l'Istituto richiede il rilascio di una dichiarazione di insussistenza di condanne, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II del Libro II del codice penale (delitti dei pubblici ufficiali contro la P.A.) da parte dei membri delle commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego e delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi.

#### **6.1.6. Conferimento incarichi extra-istituzionali**

L'art 53 del D.Lgs. 165/2001 disciplina lo svolgimento di incarichi e prestazioni non compresi nei doveri d'ufficio da parte dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1 c. 2, nonché del personale in regime di diritto pubblico di cui all'art. 3 del decreto.

In via generale i dipendenti pubblici con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato non possono intrattenere altri rapporti di lavoro dipendente o autonomo o svolgere attività che presentino i caratteri dell'abitudine e professionalità o esercitare attività imprenditoriali, secondo quanto stabilito agli articoli 60 e ss. del d. P.R. 10 gennaio 1957, n. 3; si tratta del cd. dovere di esclusività del pubblico dipendente, che trova addentellato costituzionale all'art 97 e 98 della Costituzione, rispondendo ai principi di imparzialità e buon andamento dell'azione amministrativa.

Tuttavia, il predetto dovere non è stato concepito in senso inderogabile dal Legislatore, essendo presenti nell'ordinamento eccezioni alla sua operatività. Al pubblico dipendente viene infatti concessa dalla legge la possibilità di esercitare un'attività secondaria, a condizione che l'interessato ottenga un'autorizzazione dall'amministrazione di appartenenza sulla base di una serie di criteri oggettivi e predeterminati che tengano conto della specifica professionalità e del principio di buon andamento della pubblica amministrazione.

A tal fine, l'Istituto Ortopedico Rizzoli con deliberazione n. 47 del 30 gennaio 2014 ha adottato un regolamento aziendale che definisce i criteri e disciplina le procedure per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali del personale dell'Istituto, che abbiano carattere di temporaneità, saltuarietà e occasionalità e che non presentino profili di incompatibilità o conflitto di interesse; nello stesso regolamento sono poi individuate le attività che sono assolutamente vietate al dipendente.

Nell'ambito dell'istruttoria relativa al rilascio dell'autorizzazione da effettuarsi sulla base dei criteri individuati dal regolamento, assume un rilievo centrale, attesa la natura di IRCCS dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, la valutazione circa la possibilità di crescita professionale, culturale e scientifica, nonché di valorizzazione di un'opportunità personale del dipendente che potrebbe avere ricadute positive sullo svolgimento delle funzioni istituzionali dell'Istituto.

Si dà infine atto che il suddetto Regolamento per lo svolgimento degli incarichi extraistituzionali è in corso di revisione, attesa l'esigenza dell'Istituto di aggiornare la disciplina alla luce delle modifiche organizzative e normative medio tempore intervenute, nonché alla luce del Codice di Comportamento dello IOR, ai fini di una chiara e organica regolamentazione in materia. Tra le modifiche che interverranno nel corso del 2021 vi sarà la ridefinizione della procedura di presentazione della richiesta di autorizzazione e del rilascio della stessa, atteso lo spostamento della relativa competenza dal servizio unificato all'ufficio interno dell'Istituto

(Affari Legali e Generali); verrà di conseguenza aggiornata la modulistica per le richieste di autorizzazione degli incarichi, che sarà resa disponibile nel sito istituzionale alla sezione “modulistica e documenti”.

#### **6.1.7. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro: divieti *post – employment* (cd. *pantouflage o revolving doors*)**

La legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell’art. 53 del D.lgs. 165 del 2001 stabilendo che “i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”<sup>22</sup>.

Tale istituto è diretto a contenere il rischio che durante il periodo di servizio il dipendente pubblico possa preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose e così sfruttare a proprio fine la sua posizione e il suo potere all’interno dell’amministrazione, al fine di ottenere un lavoro per lui attraente presso il soggetto privato con cui entra in contatto.

L’Istituto, allo scopo di evitare tale rischio corruttivo, prevede che il servizio unificato di gestione del Personale provveda, all’atto di cessazione del rapporto di lavoro, ad informare del divieto sussistente per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto dell’azienda sanitaria.

#### **6.1.8. Inconferibilità di incarichi dirigenziali e incompatibilità**

Il decreto legislativo n. 39/2013 ha disciplinato il tema del conferimento degli incarichi anche in ambito sanitario. L’ANAC è intervenuta con delibera n. 149 del 22 dicembre 2014 per sottolineare come, nella nozione di “ASL” cui fa riferimento la legge, vanno ricomprese tutte le strutture preposte all’organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, inclusi quindi gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, come l’Istituto Ortopedico Rizzoli.

In particolare, la delibera ANAC stabilisce che le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di Direttore Generale, Direttore Amministrativo e Direttore Sanitario (l’applicabilità anche al Direttore Scientifico si considera implicita).

È pertanto fatto obbligo a tali soggetti di rilasciare:

- all’atto di nomina, una dichiarazione sull’insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal decreto: tale dichiarazione è condizione di efficacia dell’incarico (art. 20 D.Lgs. 39/2013);

---

<sup>22</sup> Il PNA 2019 ha chiarito che devono considerarsi dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, ai sensi dell’art. 53 comma 16 ter D.Lgs. 165/2001, i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i predetti poteri, attraverso l’emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell’ente. Secondo il PNA il rischio di preconstituirsì situazioni lavorative favorevoli può configurarsi non solo in capo ai dirigenti o ai funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ma anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all’istruttoria, ad esempio attraverso l’elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

- con cadenza annuale, una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità alla carica ricoperta.

Le dichiarazioni, una volta acquisite dall'Istituto, vengono trasmesse per conoscenza anche al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, il quale, in virtù della delibera ANAC n. 833/2016, è tenuto ad un'apposita verifica. È cura altresì del RPCT monitorare che le predette dichiarazioni vengano pubblicate sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente".

La vigilanza interna sull'osservanza delle norme in materia di inconfiribilità e incompatibilità è demandata al Responsabile della prevenzione della corruzione, il quale effettua un monitoraggio annuale sulle dichiarazioni e sulla loro corretta pubblicazione su Amministrazione Trasparente; dalle verifiche effettuate dal RPCT sulle dichiarazioni rese dai Direttori nel 2020 non sono emerse situazioni di inconfiribilità/incompatibilità con riferimento agli incarichi dirigenziali di vertice all'interno dell'Istituto.

#### 6.1.9. Tutela del *whistleblower*

In Italia l'istituto giuridico c.d. *whistleblowing* è stato introdotto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 mediante l'art. 1 c. 51 che ha inserito l'art. 54-bis all'interno del Testo Unico sul Pubblico Impiego, prevedendo un regime di tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro. In sostanza, il dipendente pubblico con le proprie segnalazioni può richiamare l'attenzione delle autorità (interne all'ente di propria appartenenza, ma anche esterne) su condotte di illegalità, non necessariamente riconducibili nell'ambito della corruzione esclusivamente penalistica, ma intesa come comprensiva dei comportamenti di *maladministration*, allo scopo di riportare le procedure amministrative e i comportamenti dei dipendenti pubblici sui binari della legalità. Si tratta di un comportamento etico e virtuoso, che contribuisce all'emersione e alla prevenzione di situazioni pregiudizievoli per l'amministrazione, non avendo nulla a che fare con i comportamenti di slealtà o tradimento di patti di fiducia motivati da tornaconti personali. È per questo motivo che la segnalazione non può essere anonima, ancorché la normativa garantisca la riservatezza dell'identità del segnalante (tranne nelle ipotesi tassativamente indicate dalla legge), mentre è rimessa alla scelta dell'amministrazione la valutazione delle segnalazioni anonime.

La normativa applicabile in materia di *whistleblowing* è stata recentemente riformata con la legge n. 179 del 30 novembre 2017, la quale ha avuto il merito di ampliare l'ambito soggettivo di applicazione dell'istituto, valorizzare il ruolo del RPCT nella gestione delle segnalazioni e migliorare il sistema generale di tutela del segnalante.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli con delibera n. 468 del 12 dicembre 2014 ha approvato il "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e relative forme di tutela". Il documento, in attuazione di quanto previsto dall'art.54-bis del D.lgs n. 165/2001 dal DPR 62/2013 "Codice di comportamento dei dipendenti della pubblica amministrazione", fornisce ai dipendenti, comandati e collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto, tutte le indicazioni e informazioni necessarie per segnalare le condotte illecite. Le segnalazioni devono essere inviate - utilizzando l'apposita modulistica - al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso l'e-mail dedicata prevenzione.corruzione@ior.it. Il Responsabile assicura la riservatezza dell'identità del segnalante, tutelandolo altresì da eventuali ritorsioni e comportamenti discriminatori a carico del *whistleblower*; lo stesso ha poi l'onere di informare la Direzione Generale, mentre è compito del Direttore del servizio aziendale interessato valutare la fondatezza della segnalazione e indicare al RPCT le proposte di eventuali misure correttive.

Si evidenzia che il 24 luglio 2019 ANAC, in attuazione di quanto previsto dalla l. n. 179 del 2017, ha emanato delle Linee Guida - ancorché sia un documento in consultazione non ancora approvato - che specificano le procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni, alla luce della modifica legislativa intervenuta. A partire dal 15 gennaio 2019 ha inoltre reso disponibile il software in modalità open source per l'acquisizione e la gestione - nel rispetto delle garanzie di riservatezza previste dalla normativa vigente - delle segnalazioni di illeciti da parte dei pubblici dipendenti, così come raccomandato dal disposto dell'art. 54 bis, comma 5, del d.lgs. n. 165/2001 e previsto dalle Linee Guida di cui alla Determinazione n. 6 del 2015. La piattaforma consente la compilazione, l'invio e la ricezione delle segnalazioni di presunti fatti illeciti nonché la possibilità per l'ufficio del Responsabile della prevenzione corruzione e della trasparenza (RPCT), che riceve tali segnalazioni, di comunicare in forma riservata con il segnalante senza conoscerne l'identità. Quest'ultima, infatti, viene segregata dal sistema informatico ed il segnalante, grazie all'utilizzo di un codice identificativo univoco generato dal predetto sistema, potrà "dialogare" con il RPCT in maniera personalizzata tramite la piattaforma informatica.

Lo sviluppo di tale piattaforma per l'Istituto Ortopedico Rizzoli è stato avviato dal servizio ICT e sarà reso operativo nel corso dell'anno 2021, in quanto si ritiene di fondamentale importanza disporre di uno strumento efficace e sicuro per le segnalazioni. Si segnala sul punto che la piena operatività della piattaforma è slittata all'anno 2021 a causa dell'ingente carico di lavoro cui è stato sottoposto il servizio ICT a causa della pandemia e della conseguente necessità del servizio di dare priorità alle attività legate alle nuove esigenze informatiche scaturenti dall'emergenza sanitaria.

Infine, allo scopo di adeguare la procedura di gestione delle segnalazioni di fatti illeciti alle novità introdotte dalla legge n. 179, l'Istituto adotterà un nuovo protocollo operativo non appena le Linee guida ANAC ad oggi in corso di pubblicazione saranno oggetto di approvazione definitiva. Fino ad allora continuerà a trovare applicazione il Protocollo IOR precedentemente adottato.

#### **6.1.10. Formazione**

La formazione costituisce uno degli strumenti principali per creare un contesto sfavorevole alla corruzione, alla luce di ciò la formazione dedicata alla prevenzione della corruzione è compresa nelle attività previste dal Piano Aziendale della Formazione.

La formazione dei dipendenti in materia di anticorruzione e di codici di comportamento e la procedura di selezione degli stessi avvengono, in accordo con i dirigenti, in relazione alle aree maggiormente esposte al rischio di corruzione.

I criteri di selezione dei dipendenti sono:

1. l'afferenza diretta all'attività individuata come potenzialmente esposta al rischio di fenomeni corruttivi;
2. la rilevanza del ruolo gerarchico/funzionale del dipendente nell'area prescelta in cui si è individuato il procedimento o l'attività a rischio.

Tuttavia, considerata la notevole e cogente importanza del tema della formazione dei dipendenti prevista dalla legge n. 190/2012, le cui disposizioni in materia richiedono di essere tradotte in specifici percorsi formativi, omogenei a livello regionale, l'Istituto ha aderito, sin dal 2014, alle indicazioni regionali in previsione di un "Piano formativo regionale" in grado di garantire uniformità di approccio alle problematiche in esame e aderirà ad eventuali ulteriori iniziative eventualmente proposte a livello regionale e da altri enti.

Alla luce dell'emergenza sanitaria e delle conseguenti limitazioni disposte al fine di garantire il distanziamento sociale, nonché del carico di attività non programmate abbattutosi sul personale delle aziende sanitarie a causa della pandemia, tutti gli eventi formativi in presenza programmati per il 2020 sono stati sospesi; si è proceduto pertanto ad una rimodulazione dell'attività formativa con modalità a distanza e i dipendenti IOR sono stati invitati a partecipare in particolare all'iniziativa formativa AVEC "Antiriciclaggio: strumenti di mappatura, mitigazione e rivalutazione del rischio" (13/11/2020 e 04/12/2020) e alla Giornata della Trasparenza e dell'Anticorruzione della Regione Emilia-Romagna, degli enti regionali Arpa, Arl, Er.Go e delle aziende del sistema sanitario regionale (originariamente programmata per dicembre 2020 e successivamente rinviata al 12/01/2021).

Si ritiene che anche per il 2021 la programmazione dell'attività formativa in materia di anticorruzione e trasparenza sarà orientata sulla modalità FAD e l'individuazione delle tematiche di maggiore interesse per i dipendenti verrà effettuata dal RPCT in collaborazione col Gruppo Aziendale anticorruzione e trasparenza.

#### **6.1.11. Patti di integrità**

Le pubbliche amministrazioni e le stazioni appaltanti, in attuazione dell'art. 1 c. 17 della legge n. 190/2012 predispongono e utilizzano patti di integrità per l'affidamento di commesse. Si tratta di strumenti negoziali che integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite.

I patti d'integrità costituiscono presupposto necessario e condizionante la partecipazione degli operatori economici alle gare per l'affidamento di lavori, beni e servizi per le esigenze dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di competenza dello stesso IOR, del SAM (Servizio Acquisti Metropolitan) e dell'Agenzia INTERCENT- ER.

Tali documenti stabiliscono la reciproca, formale obbligazione delle committenti, delle aziende sanitarie contraenti e delle imprese concorrenti di conformare i propri comportamenti ai principi di lealtà, trasparenza e correttezza nonché l'esplicito impegno anti-corruzione di non offrire, accettare o richiedere somme di denaro o qualsiasi altra ricompensa, vantaggio o beneficio, sia direttamente che indirettamente tramite intermediari, al fine dell'assegnazione dell'appalto. A titolo esemplificativo e non esaustivo, le imprese partecipanti si impegnano a:

- rispettare tutte le previsioni contenute nel Disciplinare di gara e suoi allegati;
- non concludere con altri operatori economici alcun tipo di accordo volto ad alterare o limitare la concorrenza, ovvero a determinare un unico centro decisionale ai fini della partecipazione alla gara e nella formulazione dell'offerta;
- segnalare qualsiasi tentativo di turbativa, irregolarità o distorsione nelle fasi di svolgimento della procedura di gara e/o durante l'esecuzione dei contratti, da parte di ogni interessato o addetto o di chiunque possa influenzare le decisioni relative alla gara in oggetto.

Il mancato rispetto degli impegni anticorruzione assunti con i Patti di Integrità comporta l'esclusione dalla procedura di gara con escussione della cauzione provvisoria, nonché la risoluzione della Convenzione, fatto salvo in ogni caso il risarcimento per maggior danno.

#### **6.1.12. Trasparenza**

Per le misure in materia di trasparenza si rinvia a quanto indicato nella Sezione Trasparenza del presente documento.

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
<b>CODICE DI COMPORTAMENTO:</b> strumento finalizzato a regolare le condotte dei dipendenti e dei collaboratori dell'ente e a orientarle alla miglior cura dell'interesse pubblico	Corsi di formazione specificamente dedicati al contenuto del Codice di Comportamento	Fase 1: raccolta delle richieste formative da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza Fase 2: programmazione delle attività formative da parte del RPCT	Triennio 2021-2023	RPCT + Dirigenti/responsabili di ciascuna struttura + Referenti Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza	Svolgimento dei corsi
	Predisposizione all'interno degli schemi di incarico, contratto o bando con soggetti esterni all'Istituto della condizione di osservanza dei codici di comportamento con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	Tutti i servizi che predispongono incarichi, contratti o bandi con soggetti esterni	Presenza delle clausole di risoluzione/decadenza negli schemi di incarico, contratto o bando con soggetti esterni
	Diffusione da parte dell'Istituto, al momento della costituzione del rapporto di lavoro, dei contenuti del Codice e del relativo obbligo di osservanza tramite e-mail e pubblicazione sul sito istituzionale (in apposita sezione dedicata ai nuovi assunti)	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	SUMAGP	Numero di dipendenti informati su numero di dipendenti neoassunti

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
	Vigilanza sull'effettiva attuazione delle regole contenute nel codice da parte dei dirigenti responsabili di ciascuna struttura	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	Dirigenti/responsabili di ciascuna struttura	Informativa al RPCT da parte del dirigente in caso di violazione/manca ta attuazione delle regole del codice all'interno della propria struttura
	Vigilanza sulle violazioni del codice da parte dell'UPD	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	UPD	Invio di report semestrale al RPCT con numero e tipologia di violazioni del codice
<b>PROCEDURA DI RILEVAZIONE DELLE SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI:</b> acquisizione informatizzata delle dichiarazioni concernenti il conflitto di interessi, con obbligo di deposito delle stesse annuale e/o ad ogni variazione contrattuale da parte di tutti i dipendenti	Raccolta e controllo delle dichiarazioni concernenti il conflitto di interessi rilasciate dai dipendenti	Fase 1: al 30/09 di ogni anno, analisi dei dati da parte dell'Ufficio del RPCT attraverso un'estrazione dal portale e redazione di un report per determinare il numero dei dipendenti che non hanno reso le dichiarazioni Fase 2: successivo invio del report ai singoli dirigenti reponsabili che lo utilizzeranno anche come strumento per la valutazione della performance dei dipendenti Fase 3: verifica delle dichiarazioni in	Fasi 1 e 2: in attuazione Fase 3: da attuare - obiettivo per il triennio 2021-2023	RPCT (per le fasi 1 e 2 e in ordine alle valutazioni sulle dichiarazioni da cui emergono particolari criticità) + Dirigenti/responsabili di ciascuna struttura (per la fase 3 di verifica sulle dichiarazioni, quando sarà attuata)	Numero di dichiarazioni confermate su numero totale di dichiarazioni da confermare

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
		autonomia da parte dei dirigenti/responsabili di ciascuna struttura			
	Predisposizione di apposita informativa sulle modalità di compilazione delle dichiarazioni contenente anche le risposte alle domande più frequenti	Diffusione tramite mail contestualmente alla richiesta annuale di compilazione e pubblicazione sul Portale del dipendente nella sezione "Comunicazioni"	In attuazione (con aggiornamenti in corrispondenza di eventuali mutamenti normativi)	RPCT (per la predisposizione/aggiornamento e la diffusione tramite mail/Portale) + dirigenti/responsabili di ciascuna struttura	Invio dell'informativa ai dipendenti
<b>ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE:</b> misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione; l'effettiva rotazione degli incarichi si rende particolarmente necessaria negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruttivo	Rotazione dei funzionari componenti nelle Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	SUMAGP	Numero di procedure concorsuali soggette a rotazione
	Rotazione dei funzionari nelle Commissioni di gare per lavori, beni e servizi	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	Servizi coinvolti nella gestione di gare (SAM/SUME/SC Patrimonio e attività tecniche)	Numero di procedure di gara soggette a rotazione
	Monitoraggio sulle misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	RPCT	Numero di misure alternative monitorate su numero di misure totali progettate

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
					in alternativa alla rotazione
<b>ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE:</b> rotazione del personale nei casi di avvio di provvedimenti penali o disciplinari per condotte di natura corruttiva	Adozione di asposite Linee guida sulla rotazione straordinaria	Fase 1: analisi normativa della materia Fase 2: predisposizione di una bozza di Linee guida Fase 3: adozione delle Linee guida sulla rotazione straordinaria	Entro la fine del 2021	RPCT	Adozione delle Linee guida e pubblicazione sul sito istituzionale
<b>COMMISSIONI E CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA:</b> divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego, di essere assegnati ad uffici che si occupano di gestione delle risorse finanziarie/acquisto beni e servizi/erogazione provvedimenti attributivi di vantaggi economici, di far parte di commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici	Raccolta delle dichiarazioni rilasciate dal personale ex art. 35 bis D.lgs. 165/2001	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	Servizi coinvolti nella formazione delle commissioni di concorso/gara	Numero di dichiarazioni raccolte su numero di membri di commissione nominati
<b>CONFERIMENTO INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI:</b> procedura per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali del personale dell'Istituto che abbiano carattere di temporaneità, saltuarietà e occasionalità e che non presentino profili di incompatibilità o conflitto di interessi	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti dell'Istituto	Fase 1: approvazione del nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti dell'Istituto Fase 2: applicazione dei criteri previsti dal nuovo regolamento nel rilascio delle autorizzazioni	Da attuare - dalla data di adozione del nuovo Regolamento	SC Affari legali e generali	Numero di autorizzazioni rilasciate nel rispetto dei criteri su numero totale di autorizzazioni rilasciate

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
	Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati	Fase 1: raccolta delle eventuali segnalazioni pervenute Fase 2: inoltro delle eventuali segnalazioni pervenute al RPCT per una sua verifica e valutazione	In attuazione	SC Affari legali e generali + RPCT	Numero di segnalazioni esaminate su numero di segnalazioni pervenute
<b>DIVIETI POST-EMPLOYMENT - PANTOUFLAGE:</b> misura per ridurre il rischio che durante il periodo di servizio il dipendente pubblico possa preconstituirsì situazioni lavorative vantaggiose e sfruttare la sua posizione all'interno dell'amministrazione al fine di ottenere un lavoro presso il soggetto privato con cui entra in contatto	Informativa fornita all'atto di cessazione del rapporto di lavoro circa il divieto di pantouflage per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Istituto	Misura da attuare continuamente nel corso dell'intera annualità 2021	In attuazione	SUMAEP	Numero di dichiarazioni acquisite su numero di dipendenti cessati dal servizio che devono rendere la dichiarazione
<b>INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA':</b> obbligo per i soggetti ricoprenti incarichi di vertice (DG, DA, DS, DirScient) di rilasciare all'atto di nomina una dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013; obbligo di rilasciare con	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale di vertice già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai Direttori titolari di nuovi incarichi	Fase 1: invio della richiesta annuale Fase 2: acquisizione e pubblicazione della dichiarazione su Amministrazione Trasparente	In attuazione	SC Affari legali e generali/RER/Miur	Presenza delle dichiarazioni nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
cadenza annuale una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità alla carica ricoperta	Monitoraggio e verifica annuale delle dichiarazioni di incompatibilità/inconferibilità e della loro pubblicazione su Amministrazione Trasparente	Fase 1: trasmissione al RPCT delle dichiarazioni al momento della loro acquisizione da parte del servizio competente Fase 2: monitoraggio e verifica da parte del RPCT delle dichiarazioni rese	In attuazione	SC Affari legali e generali (fase 1) + RPCT (fase 2)	Pubblicazione sul sito istituzionale; numero di dichiarazioni riscontrate in aderenza al dettato di legge su numero di dichiarazioni rese
<b>WHISTLEBLOWING:</b> procedura per la tutela del dipendente pubblico che segnala condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza in ragione del rapporto di lavoro	Adozione di un nuovo protocollo operativo IOR per la gestione delle segnalazioni	Fase 1: analisi e studio delle nuove Linee guida ANAC per la tutela del <i>whistleblower</i> (attualmente in fase di approvazione) Fase 2: predisposizione della bozza di Protocollo operativo Fase 3: adozione e diffusione del nuovo Protocollo operativo	Entro la fine del 2021 (si specifica che in ogni caso l'adozione del nuovo Protocollo operativo è vincolata ai tempi di adozione delle nuove Linee guida da parte di ANAC)	RPCT	Adozione del nuovo Protocollo operativo e sua pubblicazione su Amministrazione Trasparente

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione	Responsabili della sua attuazione	Indicatori di monitoraggio
<b>FORMAZIONE:</b> strumento fondamentale per la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione	Approfondimenti specialistici in materia di anticorruzione e trasparenza/contrattualistica pubblica	Fase 1: raccolta delle richieste formative di interesse del proprio servizio da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza Fase 2: programmazione delle attività formative da parte del RPCT	Triennio 2021-2023	RPCT + Dirigenti/responsabili di ciascuna struttura + Referenti Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza	Svolgimento dei corsi
<b>TRASPARENZA:</b> strumento posto a presidio della realizzazione di buona amministrazione e misura atta a prevenire la corruzione e promuovere l'integrità e la cultura della legalità	Per la misura generale della trasparenza si rinvia alla specifica sezione dedicata del PTPCT				
<b>PATTI DI INTEGRITA':</b> strumenti negoziali che nell'ambito delle gare integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite	Applicazione alle procedure di gara	Inserimento nelle procedure bandite della documentazione contenente i patti d'integrità	In attuazione	Servizi coinvolti nella gestione delle procedure di gara (SAM/SUME/SC Patrimonio e attività tecniche)	Numero di patti di integrità inseriti negli avvisi, bandi di gara o lettere di invito su numero di procedure di gara

## 6.2. Misure Specifiche

Per quanto riguarda le misure specifiche per i vari processi si rinvia all'Allegato 1 contenente la Mappatura dei processi a rischio.

Di seguito si riportano in maniera sintetica gli interventi adottati nelle aree di rischio specifico di maggior rilievo per l'Istituto.

- Gestione delle liste d'attesa

Da gennaio 2020 è attivo il nuovo sistema informativo ospedaliero (SIR2020) in grado di supportare in maniera più efficiente e trasparente le varie attività correlate alla produzione sanitaria. L'ufficio di programmazione chirurgica (DGR 272 del 13/03/2017) ha come obiettivo il coordinamento e monitoraggio del processo produttivo di sala operatoria, il quale permette un'analisi costante sullo stato dell'arte delle liste d'attesa in termini di consistenza, reclutamento e pulizia.

- Gestione dell'attività libero professionale

Nell'ambito della messa in produzione del nuovo gestionale amministrativo della libera professione è stato sviluppato un modulo di gestione dell'attività relativa alle convenzioni con soggetti privati per l'erogazione di consulenze sanitarie specialistiche d'équipe nel quale vengono raccolti tutti i dati di convenzionamento e di produzione, nonché i compensi erogati a fronte degli incassi. Questo modulo rende uniforme e trasparente la gestione delle attività ed è in grado in qualsiasi momento di esporre tutti i dati necessari per eventuali controlli sui professionisti, le tariffe applicate, le quote riconosciute.

- Gestione degli atti di liberalità

Ai sensi dell'art. 99 del D.L. 17 marzo 2020 n. 18 le aziende sanitarie sono tenute a rendicontare tutti gli acquisiti di forniture e servizi finanziati da specifiche donazioni a sostegno dell'emergenza Covid-19, con apposita rendicontazione separata, per la quale è autorizzata l'apertura di un conto corrente dedicato presso il proprio tesoriere, assicurandone la completa tracciabilità. Tale separata rendicontazione deve essere pubblicata sul proprio sito internet sulla base di un format fornito dalla Regione per la rilevazione uniforme delle donazioni da parte delle aziende sanitarie; l'Istituto ad oggi ha provveduto alla pubblicazione all'interno di tale format di sole donazioni di beni in quanto non sono pervenute donazioni in denaro a sostegno dell'emergenza Covid.

Si specifica che la stesura del Regolamento AVEC relativo a donazioni di beni e denaro, comodati d'uso e conto visione è stata conclusa, ma non si è ancora proceduto alla sua adozione in quanto, alla luce dell'impatto dell'emergenza sanitaria sulla diffusione di raccolte fondi a sostegno dell'emergenza Covid, il regolamento stesso è in fase di implementazione con un capitolo dedicato al *fund raising*. Nel corso del 2021 sarà portata a termine dalla SC Patrimonio e Attività tecniche un'apposita istruzione operativa aziendale sul tema donazioni.

- Presenza in Istituto di fornitori di ausili e presidi ortopedici e protesici

All'interno dell'Istituto, anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 17 del Codice di Comportamento IOR, è necessario assicurare una corretta e trasparente gestione della fornitura di ausili e presidi ortopedici e protesici ai pazienti al fine di garantire all'assistito la piena libertà di scelta e ridurre al minimo eventuali comportamenti volti a favorire indebitamente determinati soggetti. In linea con tali finalità l'Istituto ha adottato con delibera n. 313 del 29/10/2019 il "Regolamento sulla presenza nell'Istituto Ortopedico Rizzoli di fornitori di ausili e presidi ortopedici e protesici". La SC Patrimonio e Attività Tecniche ha provveduto alla predisposizione dell'Elenco dei fornitori di protesi, presidi ed ausili ortopedici e, nel corso del 2020, la Direzione Sanitaria

assicurerà la diffusione e corretta applicazione del suddetto Regolamento, anche mediante la eventuale predisposizione di informative e istruzioni operative.

## **7. MONITORAGGIO SUL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO**

Il PTPCT è un documento di programmazione, pertanto alla sua adozione deve seguire logicamente un adeguato monitoraggio e controllo della corretta e continua attuazione delle misure. In tal senso il monitoraggio rappresenta sia uno strumento di verifica che il mezzo idoneo ad identificare quelle aree suscettibili di miglioramento all'interno del complessivo sistema di gestione del rischio.

Ferma la responsabilità del monitoraggio in capo al RPCT, all'interno dell'Istituto si è ritenuto di prevedere anche per il 2021 un sistema di monitoraggio, sull'attuazione del PTPCT e sull'attuazione e idoneità delle misure di prevenzione della corruzione, su più livelli, in particolare:

- Monitoraggio di primo livello: trova attuazione mediante un'attività di autovalutazione da parte dei referenti e dei responsabili afferenti alla struttura tenuta ad attuare la misura oggetto di monitoraggio
- Monitoraggio di secondo livello: viene attuato dal RPCT e consiste nel verificare l'osservanza, da parte dei singoli servizi coinvolti, delle misure di prevenzione del rischio previste nel PTPCT

### **Esiti monitoraggio 2020**

Per quanto concerne il 2020, la situazione di emergenza sanitaria non ha consentito di dare corso a tutti i momenti di verifica programmati; si è in ogni caso proceduto al monitoraggio annuale e ad una costante attività di controllo e implementazione del sito Amministrazione Trasparente, anche attraverso un lavoro di monitoraggio comparativo effettuato in seno al Tavolo RPCT Avec.

In particolare, il PTPCT 2020-2022 è stato oggetto di un monitoraggio annuale (al 23 novembre 2020) effettuato tramite la raccolta presso i singoli servizi delle relazioni annuali dettagliate sulle misure e adempimenti previsti dal Piano per le aree di rispettiva competenza, fornendo ai Responsabili/Referenti apposita scheda riassuntiva. Tale forma di monitoraggio non ha un esclusivo fine di verifica ma mira anche ad implementare l'interlocuzione con le singole strutture incentivando la collaborazione e partecipazione attiva al processo di gestione del rischio corruttivo, con l'obiettivo di accertare la corretta applicazione delle misure predisposte e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi.

Le operazioni di monitoraggio hanno visto la partecipazione, sotto la supervisione del RPCT, dei dirigenti responsabili dei singoli servizi e dei referenti del Gruppo anticorruzione e trasparenza IOR, e hanno riguardato lo stato di attuazione sia delle misure di carattere generale che di quelle specifiche.

Da tale monitoraggio è emerso, per l'anno 2020, un buon grado complessivo di attuazione delle misure anticorruptive contenute nel PTPCT. Il principale punto di debolezza (riscontrato anche durante la riunione col Gruppo anticorruzione e trasparenza del 25/11/2020) emerge invece nella fase di programmazione delle misure stesse: vi è infatti una oggettiva difficoltà nell'identificazione di fasi, tempi e indicatori di determinate misure che sarà superabile solo in sede di revisione delle mappature e fornendo il necessario supporto alla corretta compilazione delle schede.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella relazione annuale del RPCT per l'anno 2020 di cui all'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito IOR.

Con specifico riferimento all'area Gestione e acquisizione del personale, nel corso del 2020 gli RPCT di Area Metropolitana hanno avviato un monitoraggio congiunto sull'attuazione delle misure anticorruptive per i processi di titolarità del SUMAGP e del SUMAEP, anche al fine di verificare lo stato di attuazione delle azioni di miglioramento proposte in occasione dell'audit svolto nel corso del 2019.

Dal monitoraggio è emerso che, a causa della pandemia e degli straordinari carichi di lavoro che hanno interessato i succitati servizi, non è stato possibile dare completa attuazione a tutte le azioni di miglioramento.

Per quanto concerne infine il monitoraggio specificamente dedicato alla misura delle trasparenza, si rinvia alla sezione Trasparenza del presente Piano (paragrafo 7 – Vigilanza sull'attuazione degli obblighi di trasparenza e misure di monitoraggio).

### **Pianificazione monitoraggio 2021**

Per l'anno 2021, al fine di verificare sia l'osservanza delle misure di trattamento del rischio che la loro effettiva idoneità, si prevede un piano di monitoraggio annuale così articolato:

- Monitoraggio sull'attuazione generale del PTPCT
  - Attività di monitoraggio di primo livello da parte dei responsabili dei servizi e dei Referenti del Gruppo anticorruzione e trasparenza effettuata tramite compilazione della relazione annuale che verrà richiesta dal RPCT nel mese di novembre;
  - Convocazione di almeno due incontri annuali del Gruppo anticorruzione e trasparenza IOR;
  - Su richiesta o nel caso emergano specifiche esigenze, incontri con i diversi servizi e strutture dell'Istituto coinvolti nell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione e di implementazione della trasparenza, allo scopo non solo di effettuare un'attività di verifica ma anche di evidenziare e fare emergere eventuali criticità.
- Monitoraggio specifico sull'attuazione e idoneità delle misure di prevenzione della corruzione
  - Con riferimento alle misure generali, è stato elaborato un documento di sintesi nel quale, per ogni misura, sono indicati gli interventi idonei a garantirne l'attuazione, le fasi/attività, i tempi e i soggetti responsabili dell'attuazione, nonché i relativi indicatori di monitoraggio. Per ogni misura generale il RPCT provvederà con cadenza annuale a verificare la corretta attuazione sulla base delle informazioni richieste e fornite dai singoli servizi/soggetti responsabili e tramite l'analisi degli indicatori di monitoraggio; compatibilmente con l'andamento dell'emergenza sanitaria, tale verifica verrà effettuata anche tramite la programmazione di incontri dedicati con i Responsabili e Referenti dei singoli servizi coinvolti;
  - Con riferimento alle misure specifiche, è in corso la predisposizione di nuove schede di mappatura dei rischi per una più puntuale individuazione degli eventi rischiosi e dei fattori abilitanti, nonché per una chiara distinzione delle misure di trattamento del rischio in generali e specifiche al fine di mettere in evidenza tempi e indicatori per la programmazione delle misure. In tali schede saranno previste nuove modalità di monitoraggio delle misure specifiche, sia di primo che di secondo livello. Fino al completamento della nuova metodologia di mappatura, da svolgersi con la gradualità resa necessaria dall'attuale emergenza pandemica, si procederà al monitoraggio delle misure specifiche attraverso la richiesta e compilazione di apposita relazione annuale da parte dei servizi coinvolti.

Il monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di anticorruzione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio viene effettuato altresì mediante la programmazione delle attività dell'OAS dell'Istituto e del RPCT correlate a quelle dell'OIV-SSR: laddove una o più misure dovessero rivelarsi non idonee a prevenire il rischio, il RPCT dovrà intervenire per ridefinirle. Tale programmazione vede per l'anno 2021 la seguente articolazione:

<b>Attività</b>	<b>Scadenza</b>
Attestazione Trasparenza ANAC	Da definire in base alle indicazioni ANAC
Verifica relazione annuale RPCT	Entro il 31/03/2021
Segnalazione all'OIV-SSR di eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, inclusi gli obblighi di pubblicazione	Tempestivamente
Segnalazione all'OIV-SSR di criticità specifiche emerse	Tempestivamente

## **8. PUBBLICITA' DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA**

Il PTPCT dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, con la connessa documentazione, è pubblicato in formato aperto (pdf/a) in un'apposita sezione del sito IOR ([www.ior.it](http://www.ior.it)) all'interno dell'area "Amministrazione Trasparente", con l'evidente scopo di favorire quanto più possibile la diffusione dello stesso e dei principi in esso contenuti.

Al fine della predisposizione del PTPCT per il triennio 2021-2023, il RPCT ha avviato nel mese di ottobre 2020 la consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori di interessi sul Piano 2020-2022 per raccogliere eventuali contributi degli *stakeholders* interni ed esterni e di tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati dall'Istituto attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti utili all'aggiornamento del Piano. Il Piano è inoltre stato reso disponibile sulla Intranet aziendale.

Il testo vigente del PTPCT è stato pubblicato sul sito istituzionale [www.ior.it](http://www.ior.it) (sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Piano triennale di prevenzione della corruzione") dal 16/10/2020 al 15/11/2020, con indicazione di come e dove inviare le eventuali osservazioni/suggerimenti.

## SEZIONE TRASPARENZA

### PREMESSA

La disciplina sulla trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni è oggetto, da diversi anni, di interventi normativi continui che ne hanno notevolmente ampliato la portata, rendendola uno strumento adeguato sia a presidio della corruzione che a tutela delle posizioni dei singoli cittadini e operatori che si relazionano con le amministrazioni pubbliche.

L' "Aggiornamento 2015 al PNA" dell'ANAC aveva già previsto che il Programma Triennale della Trasparenza e Integrità divenisse sezione del Piano triennale di prevenzione della corruzione e ciò è stato confermato dal D.lgs. 97/2016, che ha dato vita ad una definitiva unificazione del testo come Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT).

All'interno della presente sezione del PTPCT dell'Istituto Ortopedico Rizzoli sono state individuate misure e strumenti attuativi degli obblighi di trasparenza e di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, ivi comprese quelle di natura organizzativa, intese ad assicurare la regolarità e la tempestività dei flussi informativi ai sensi degli articoli 10 e 43, c. 3 del d.lgs. n. 33/2013.

Essendo la trasparenza, come si dirà nel paragrafo successivo, configurata dalla Legge 190/2012 e s.m.i. quale "livello essenziale" delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione nonché di tutela e coinvolgimento dei cittadini, l'Istituto Ortopedico Rizzoli, attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale "amministrazione trasparente", persegue dunque la finalità di piena apertura verso l'esterno, di partecipazione degli interessati all'attività amministrativa. A tal fine, salvo i limiti previsti dalla normativa e, nello specifico, per la tutela delle categorie di dati particolari di cui all'art. 9 del Regolamento Europeo n. 679/2016) in materia di privacy, vengono pubblicati sul sito <http://www.ior.it/il-rizzoli/amministrazione-trasparente> tutti i dati, gli atti e le informazioni previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. nonché da altre disposizioni di legge, secondo l'Allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310/2016, seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione.

La griglia sugli adempimenti relativi alla trasparenza allegata al presente PTPCT (All.2), è stata predisposta sulla base del documento inviato dall'OIV-SSR con Prot. 11/03/2021.0214656.U (a sua volta predisposto sulla base della delibera ANAC 1310/2016 e alla luce di quanto emerso nell'ambito del Tavolo regionale di coordinamento dei RPCT), adattandone i contenuti alle specifiche esigenze aziendali, sicuramente per quanto attiene all'individuazione delle specifiche responsabilità rispetto ai diversi obblighi di pubblicazione. Rispetto all'anno passato, è stata compilata anche la colonna "Termini di effettivo aggiornamento" contenente tempistiche di aggiornamento standard definite sulla base di quanto l'OIV-SSR ha rilevato in questi anni.

### 1. LA NOZIONE DI TRASPARENZA

Il D.lgs. n. 97/2016, nel novellare il d.lgs n. 33/2013, ha modificato la nozione generale di "trasparenza" intesa oggi come "accessibilità totale ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni" (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all'organizzazione e all'attività

delle pubbliche amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa. Tale accezione deve esser letta alla luce del nuovo istituto di accesso introdotto dal decreto legislativo n. 97 del 2016, il cd. *Freedom of Information Act* (FOIA), consistente nella possibilità per il cittadino di chiedere alla P.A. tutti gli atti che quest'ultima possiede, nel rispetto dei "limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti" indicati dalla legge. Oggi, dunque, la trasparenza è anche regola per l'organizzazione, per l'attività amministrativa e per la realizzazione di una moderna democrazia. In tal senso si è espresso anche il Consiglio di Stato laddove ha ritenuto che «la trasparenza viene a configurarsi, ad un tempo, come un mezzo per porre in essere una azione amministrativa più efficace e conforme ai canoni costituzionali e come un obiettivo a cui tendere, direttamente legato al valore democratico della funzione amministrativa». Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa, inoltre, integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, co. 2, lett. m), della Costituzione (art. 1, co. 3, d.lgs. 33/2013). La trasparenza assume, così, rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come già l'art. 1, co. 36 della legge 190/2012 aveva sancito. La stessa Corte Costituzionale ha considerato che con la legge 190/2012 «la trasparenza amministrativa viene elevata anche al rango di principio-argine alla diffusione di fenomeni di corruzione» e che le modifiche al d.lgs. 33/2013, introdotte dal d.lgs. n. 97/2016, hanno esteso ulteriormente gli scopi perseguiti attraverso il principio di trasparenza, aggiungendovi la finalità di «tutelare i diritti dei cittadini» e «promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa».

Tuttavia, fermo restando il valore riconosciuto alla trasparenza, l'incisività di tali interventi normativi ha richiamato l'attenzione sulla tutela dei diritti e delle libertà fondamentali concernenti la riservatezza e la protezione dei dati personali, con l'obiettivo di contribuire a declinare con equilibrio il rapporto tra esigenze di trasparenza della Pubblica Amministrazione e le garanzie poste a tutela di tali diritti.

È dunque compito della Pubblica Amministrazione delimitare le sfere di possibile interferenza tra disciplina della trasparenza e protezione dei dati personali, in modo da realizzare un bilanciamento tra i valori che esse riflettono in sede di concreta applicazione.

## 2. TRASPARENZA E PRIVACY

Le pubblicazioni dei dati, delle informazioni e dei documenti prevista dalla normativa sulla trasparenza deve avvenire nel rispetto delle disposizioni in materia di protezione dei dati personali (Regolamento UE 2016/679 e Dlgs n. 196/2003). Le novità introdotte dal D.Lgs. 33/2013 e l'intervento ancora più incisivo operato dal D.Lgs. 97/2016 hanno richiesto degli approfondimenti in tema di trattamento dei dati personali. L'Istituto ha pertanto posto particolare attenzione alla normativa che richiede la tutela della riservatezza cercando di coniugarla con la *disclosure* sottesa ai concetti di trasparenza e accessibilità.

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (cd GDPR) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del

Regolamento (UE) 2016/679. Peraltro, il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

L'attività di pubblicazione dei dati sui siti web, oltre ad essere effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, avviene pertanto nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati ("minimizzazione dei dati"), rendendo non intellegibili o anonimi i dati in caso contrario.

In sintesi, le strutture e gli uffici aziendali dello IOR responsabili della pubblicazione dovendo pertanto effettuare un'attività di bilanciamento di interessi tra i due diritti coinvolti (il diritto all'informazione del cittadino da una parte il diritto alla riservatezza della persona fisica dall'altra) prima di procedere alla pubblicazione sul sito web devono:

- individuare se esiste un presupposto di legge o di regolamento che legittima la diffusione del documento che contiene dati personali;
- verificare, caso per caso, se i dati personali contenuti nel documento sono necessari rispetto alle finalità della pubblicazione ed eventualmente oscurare determinate informazioni, tenendo sempre presente il principio di minimizzazione dei dati personali espresso nel Regolamento UE 2016/679.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli, alla luce dell'applicazione dei nuovi disposti normativi, relativi alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali e alla libera circolazione di tali dati, con Deliberazione n. 320 del 21 dicembre 2018 ha provveduto a rivedere l'assetto organizzativo nell'ambito del trattamento dei dati personali, al fine di definire l'organigramma delle responsabilità privacy e designare i soggetti autorizzati al compimento delle operazioni di trattamento dati e i referenti privacy.

I diversi livelli di responsabilità definiti sono:

1. Titolare del trattamento dei dati personali che è l'Istituto Ortopedico Rizzoli e che agisce per il tramite del Direttore Generale.
2. Referente aziendale Privacy presso il Servizio Affari Legali e Generali, Dott.ssa Laura Mandrioli
3. Referenti Privacy: figure aziendali che in considerazione della natura gestionale e della complessità delle strutture organizzative dirette hanno il compito di porre in atto le procedure e le linee guida aziendali in tema privacy, assicurandone la capillare diffusione. I referenti privacy individuati per l'area clinica, della ricerca e assistenza nonché dell'area amministrativa sono i Direttori delle Strutture Complesse e i Responsabili delle Strutture Semplici Dipartimentali
4. Gruppo Aziendale Privacy (GAP): di supporto ai referenti privacy, coordinato dal Referente Aziendale privacy e composto inoltre dal Responsabile ICT, della SSD Accesso ai Servizi, nonché da un componente per l'area clinica, uno per l'area Direzione Scientifica e uno per l'Area Assistenza
5. Autorizzati al trattamento dei dati personali: tutti i dipendenti e collaboratori dell'Istituto, ognuno per il proprio specifico abito di competenza professionale

Con Delibera n. 160 del 29.06.2018 l'Istituto ha inoltre provveduto a nominare il Responsabile della protezione dati (DPO) nella persona della Dott.ssa Federica Banorri in condivisione con l'Azienda USL di Bologna, Azienda Ospedaliera Universitaria – Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Azienda USL di Imola e Montecatone Rehabilitation Institute SPA.

## 2.1. Deposito e pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti

Si ritiene infine opportuno illustrare, attenendo al sopracitato tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali e libertà di accesso dei cittadini ai dati e alle informazioni detenute dalle pubbliche amministrazioni, l'attuale situazione riguardante il deposito e la pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti.

Con la sentenza n.20 del 2019 la Corte Costituzionale, ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'art. 14, comma 1-bis del D.lgs. 33/2013 nella parte in cui prevede che le pubbliche amministrazioni pubblichino le dichiarazioni dei redditi e le dichiarazioni sulla situazione patrimoniale di tutti i titolari di incarichi dirigenziali anziché solo per i titolari di incarichi dirigenziali di vertice della dirigenza statale, affidando al legislatore il compito di realizzare un più corretto bilanciamento tra riservatezza e trasparenza prevedendo modalità meno pervasive di pubblicazione per i titolari di incarichi dirigenziali.

L'ANAC, alla luce della Sentenza della Corte Costituzionale, con Delibera n. 586 del 26 giugno 2019, ha fornito nuove indicazioni sull'applicazione dell'articolo 14 del Decreto Trasparenza e, in particolare, in relazione alla dirigenza sanitaria a cui fa riferimento l'art 41, affermando che i dirigenti del SSN che rivestono le posizioni di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, responsabile di dipartimento e di strutture complesse, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero al vertice di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali generali e non sono assoggettati all'art 14, comma 1, ivi compresa la lett. f). I dirigenti di strutture semplici e tutti gli altri dirigenti rimangono invece esclusi dall'applicazione della normativa in oggetto.

L'interpretazione estensiva della sentenza fornita da tale Delibera ANAC ha creato per le amministrazioni interessate difficoltà applicative non di poco conto. Alcune organizzazioni sindacali hanno affidato le amministrazioni ad applicare le disposizioni contenute nella delibera ANAC.

In questo scenario piuttosto complesso e incerto, sulla scorta di quanto indicato dalla Regione Emilia-Romagna con nota del 23 dicembre 2019 (PG IOR 16382/2019), si è pertanto ritenuto opportuno sospendere temporaneamente l'acquisizione e l'aggiornamento delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti, sinora raccolte sul Portale del Dipendente (alla voce Dichiarazioni codice di comportamento\_Dichiarazioni Patrimoniali).

Successivamente è intervenuta peraltro la sentenza del Tar Lazio, Sez. I, n.12288 del 7 ottobre 2020 depositata il 20 novembre scorso con la quale i giudici amministrativi sono nuovamente intervenuti su tale *vexata quaestio* che concerne la pubblicazione dei dati reddituali e patrimoniali dei dirigenti pubblici sui siti istituzionali delle amministrazioni. I dirigenti medici responsabili di struttura complessa non ricoprendo ruoli di vertice non sono tenuti a fornire all'amministrazione di appartenenza per la conseguente pubblicazione sul web i dati dei redditi percepiti e dei patrimoni posseduti. Così ha deciso il Tar Lazio, annullando la delibera Anac n.586 del 26 giugno 2019 nonché il provvedimento di una Azienda sanitaria locale che, in esecuzione del citato atto dell'Anac, aveva imposto la pubblicazione di questa tipologia di dati ai dirigenti sanitari titolari di struttura complessa.

Da ultimo, si evidenzia come il D.L. 162/2019 (cd. Decreto Mille Proroghe) è stato adottato il d.l. 30 dicembre 2019, n.162"(c.d. decreto "Milleproroghe") che all'art.1, comma 7 ha sospeso, inizialmente sino al 31 dicembre 2020, prorogando poi ulteriormente il termine, l'applicazione delle sanzioni previste agli artt. 46 e 47 del d.lgs. 33/2013 nei confronti dei soggetti di cui all'art. 14, comma 1-bis (titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo comunque denominati, salvo che siano attribuiti a

titolo gratuito; titolari di incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione), «nelle more dell'adozione dei provvedimenti di adeguamento alla sentenza della Corte costituzionale 23 gennaio 2019, n. 20».

Il citato provvedimento demandava, poi, ad un regolamento interministeriale l'individuazione dei dati di cui all'art.14, comma 1 che le pubbliche amministrazioni sono tenute a pubblicare con riferimento «ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali comunque denominati, ivi comprese le posizioni organizzative» stabilendo che l'emanando regolamento avrebbe dovuto “graduare gli obblighi di pubblicazione dei dati contenuti all'art.14, comma 1, lett. a), b) c) ed e) in relazione al rilievo esterno dell'incarico svolto, al livello di potere gestionale e decisionale esercitato correlato all'esercizio della funzione dirigenziale”. Relativamente invece ai dati patrimoniali e reddituali di cui all'art.14, comma 1, lett. f) la norma precisava che essi avrebbero dovuto essere «oggetto esclusivamente di comunicazione all'amministrazione di appartenenza”.

Nonostante all'atto di conversione il Decreto-legge 30 dicembre 2019, n. 162 abbia subito significative modifiche, il testo finale non sembra aver del tutto recepito alcune segnalazioni dell'ANAC (in merito ai destinatari e all'oggetto delle pubblicazioni) e neppure le indicazioni della sentenza della Consulta.

Il testo dell'art.1, comma 7 del suddetto decreto come risultante dalle modifiche di cui alla legge di conversione n. 8 del 28 febbraio 2020, nel confermare la sospensione delle misure sanzionatorie dettate dagli artt.46 e 47 del Codice della trasparenza, per tutti i soggetti di cui all'art.14, comma 1-bis (e non per i soli titolari di incarichi dirigenziali, come suggerito dall'ANAC), esclude da tale disposizione i titolari di incarichi dirigenziali apicali delle amministrazioni statali ex art.19, commi 3 e 4 del d.lgs.165/2001 per i quali «continua a trovare piena applicazione la disciplina di cui all'articolo 14 del citato decreto legislativo n. 33 del 2013» e quindi l'obbligo di pubblicazione di tutti i dati di cui all'art.14, comma 1 del d.lgs.33/2013, ivi compresi quelli reddituali e patrimoniali.

Spetterà ad un regolamento di delegificazione (e non più interministeriale come previsto nel testo originario del D.l.) da adottarsi entro il 30 aprile 2021, sentito il Garante per la privacy, l'individuazione dei dati che le amministrazioni sono tenute a pubblicare con riferimento ai titolari amministrativi di vertice e di incarichi dirigenziali e assimilati, nonché ai dirigenti sanitari (direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo, nonché responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse) delle aziende sanitarie ed ospedaliere.

In sintesi, la situazione normativa, rispetto allo scorso anno, è rimasta invariata e pertanto in via precauzionale, la maggior parte delle aziende sanitarie, non pubblica né acquisisce i dati patrimoniali e reddituali dei dirigenti sanitari.

### **3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE**

Il Responsabile per la Trasparenza, che per l'Istituto Rizzoli coincide con il soggetto Responsabile per la Prevenzione della Corruzione, è il soggetto preposto all'applicazione di quanto prescritto dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e dal Decreto Legislativo n. 33/2013 e s.m.i, i quali assegnano allo stesso i seguenti compiti:

- svolgere stabilmente un'attività di controllo sull'adempimento da parte dell'Amministrazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, assicurando la completezza, la chiarezza e l'aggiornamento delle informazioni pubblicate;
- aggiornare la sezione Trasparenza;
- prevedere all'interno della sezione specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico e generalizzato sulla base di quanto stabilito dalla vigente normativa;
- segnalare, in relazione alla loro gravità, i casi di inadempimento o di adempimento parziale degli obblighi in materia di pubblicazione previsti dalla normativa vigente: o alla Direzione Generale dell'Istituto e all'Organismo Aziendale di Supporto, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità, o all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;

Accanto al Responsabile, in conformità a quanto disposto dal Decreto del 2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016, i Direttori/Dirigenti responsabili degli uffici interessati dall'obbligo di pubblicazione hanno il compito di collaborare e dare piena attuazione, per quanto di propria competenza, agli obblighi di pubblicazione secondo il seguente schema riassuntivo:

	<b>DESCRIZIONE OBIETTIVO</b>	<b>SOGGETTI COINVOLTI</b>	<b>TEMPI</b>	<b>INDICATORI</b>
	Aggiornamento sezione Trasparenza	RPCT	Contestualmente al PTPCT	Deliberazione di approvazione
2	Diffusione sezione Trasparenza	Ufficio Comunicazione	A seguito della pubblicazione del PTPCT	Numero di comunicazioni sulla newsletter aziendale e sulla intranet
3	Adempimento obblighi pubblicazione	Tutti i Responsabili	come da Allegato 2 al PTPCT	Dati pubblicati e aggiornati
4	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili	scadenze definite nella sezione	Report/relazioni
		RPCT e Responsabile pubblicazione IOR	scadenze definite nella sezione	Report/relazioni
5	Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Responsabile Marketing Sociale	entro 31.12	Rilevazione accessi alla sezione  "Amministrazione Trasparente"

Inoltre, in base all'art. 10, c.1, D.Lgs. 33/2013 e alle disposizioni ANAC, sono stati individuati i Referenti Aziendali per la Trasparenza, i quali garantiscono il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare per il rispetto dei termini di legge.

Più in particolare, al soggetto Referente competono le seguenti responsabilità all'interno della struttura di appartenenza:

- garantire il tempestivo e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti, atti e documenti;
- garantire il rispetto dei termini stabiliti dalla legge per la pubblicazione sul sito internet di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti di propria competenza.

A tal proposito occorre evidenziare che, come previsto dal Piano Nazionale Anticorruzione, l'Istituto ha provveduto, con delibera n. 387/2019, alla formalizzazione del Gruppo Aziendale Anticorruzione – Trasparenza, composto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, dal Referente per l'Accesso e dai Referenti Anticorruzione e Trasparenza.

A causa dell'emergenza sanitaria, che ha obbligato l'Istituto rivalutare le priorità e a differire alcune attività, non è stato possibile riunire il Gruppo nel primo semestre del 2020. La prima convocazione del Gruppo è avvenuta perciò il 25 novembre 2020, durante la quale è stato possibile svolgere un confronto su ogni dubbio interpretativo sull'adempimento degli obblighi di pubblicazione su Amministrazione Trasparente.

I Referenti per la Trasparenza, nonché il soggetto responsabile della pubblicazione dei dati sono:

<b>RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE</b>	
Andrea Paltrinieri	
SUMAGP e SUMAEP PER DATI PERSONALE	
<b>RESPONSABILE DELLA TRASMISSIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI</b>	
<b>STRUTTURA</b>	<b>NOMINATIVI</b>
SC ICT	Margherita Pierantoni
SC PATRIMONIO E ATTIVITÀ TECNICHE	Francesca Comellini
SSD AFFARI LEGALI E GENERALI	Laura Mandrioli
SSD ACCESSO AI SERVIZI	Angelo Giordano
DIPARTIMENTO RIZZOLI SICILIA	Stefania Casamichele
AMMINISTRAZIONE DELLA RICERCA	Chiara Kolletzek
SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Pamela Pedretti
SS FORMAZIONE	Patrizia Suzzi
SSD STRUTTURA DI SUPPORTO DIREZIONALE/RPCT	Daniela Vighi
DIREZIONE SANITARIA	Ennio Rustico
DIREZIONE SAITER	Giovanna Gabusi
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (SUMAGP e SUMAEP)	Tiziana Dovesi
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO CONTABILITÀ E FINANZE (SUMCF)	Pierpaolo Duranti
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO ECONOMATO (SUME)	Carla Bartolini
SERVIZIO ACQUISTI METROPOLITANO (SAM)	Antonella Montanari
MARKETING SOCIALE	Andrea Paltrinieri
LIBERA PROFESSIONE	Mara Moretti
CLINICAL TRIAL CENTER	Simonetta Gamberini

#### 4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE

IOR ispira la propria attività ed il proprio sistema di gestione dell'organizzazione del lavoro alla garanzia della trasparenza anche attraverso la pubblicazione sul sito web di documenti atti a rappresentare gli aspetti dell'attività amministrativa, dell'organizzazione aziendale e delle varie fasi del ciclo di gestione della valutazione dei risultati. La pubblicazione online è finalizzata a consentire a tutti i cittadini un'effettiva conoscenza dell'azione dell'Istituto con il fine di sollecitare e agevolare la partecipazione e il coinvolgimento della collettività.

L'Istituto garantisce la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e la riutilizzabilità. La sezione Trasparenza, in quanto parte integrante del Piano di Prevenzione della Corruzione, viene infatti aggiornata contestualmente e con la stessa procedura, su proposta del RPCT.

L'attuazione delle misure di Trasparenza è in capo ai Direttori e Responsabili delle strutture aziendali competenti per materia, che hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del singolo dato ai fini della sua pubblicazione sul sito aziendale, all'interno dell'area dedicata "Amministrazione trasparente".

Il RPCT monitora l'attuazione della sezione e, qualora rilevi eventuali ritardi o inadempienze, riferisce alla Direzione Generale dell'Istituto per l'adozione delle necessarie misure correttive. Riferisce inoltre di tali inadempienze all'Organismo aziendale di Supporto (OAS) ai fini della valutazione degli obiettivi individuali correlati alla corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio.

Come detto nel paragrafo precedente, sono inoltre stati individuati i **Referenti Aziendali per la Trasparenza** allo scopo di favorire la tempestiva e corretta trasmissione dei flussi di dati da pubblicare, e di coadiuvare il RPCT.

#### 5. AGGIORNAMENTO 2021 – 2023 – NUOVI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE

L'aggiornamento tiene conto delle modifiche normative intervenute a livello regionale e nazionale tra cui il D.L. 18/2020 (Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19) e il D.L.16 luglio 2020, n. 76 (Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale), delle indicazioni inviate dall'OIV-SSR in merito a diversi temi relativi all'applicazione della normativa sulla trasparenza, nonché delle modifiche organizzative sopraggiunte all'interno dell'Istituto.

**Di seguito, le principali novità normative e applicative in materia di trasparenza di cui l'Istituto ha tenuto/terrà conto nell'adempimento degli obblighi di pubblicazione:**

- Linee guida inviate dall'OIV- SSR su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D. Lgs.52/2019: sulla base di un approfondito confronto sul tema (grazie ad un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione dell'Agenzia sanitaria regionale, del Servizio Amministrazione SSR e di alcuni RPCT e referenti per la ricerca aziendali) il 17/12/2019 (Prot. PG/2019/0915511) sono state inviate alle Aziende

specifiche Linee guida che sono state recepite nei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione e per la Trasparenza 2020-2022 e nei siti Amministrazione trasparente aziendali, garantendo così un'applicazione chiara ed omogenea alla normativa.

- Indicazioni applicative inviate dall'OIV-SSR sulle innovazioni legislative novità in materia di trasparenza introdotte all'art.19 del D.Lgs. 33/2013: a fronte delle modifiche introdotte dalla L. 160/2019 (legge di bilancio 2020) agli obblighi di pubblicazione in Amministrazione trasparente per i Bandi di concorso, il 9/4/2020 (Prot. PG/2020/0283076) sono state inviate alle Aziende indicazioni applicative predisposte congiuntamente con il settore Governo delle risorse umane del sistema degli enti del SSR, Organizzazione e Affari generali della DG Sanità, al fine di garantire un'omogenea applicazione facilitando così l'accessibilità alle informazioni da parte degli utenti e l'attività di monitoraggio e attestazione da parte dell'OIV-SSR.
- Indicazioni inviate dall'OIV-SSR in merito alla pubblicazione delle informazioni relative ai "Servizi in rete" (art. 7 c. 3 D.Lgs. 82/2005): a seguito di diverse richieste di chiarimento, il 27/4/2020 sono state fornite indicazioni applicative della norma citata con riferimento alle specificità delle Aziende.
- Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi adottati nell'ambito dell'emergenza da Covid19: obblighi di pubblicazione di cui all'art. 42 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante "Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente", a cui sono tenute anche le Aziende sanitarie che, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, in virtù del Decreto presidenziale 20 marzo 2020, n. 42, hanno agito quali Strutture operative del Soggetto attuatore, per l'acquisto di beni e servizi e per la realizzazione di lavori in ambito sanitario, interventi per i quali è stato possibile avvalersi, seppure motivatamente, delle deroghe di cui all'art. 3 dell'Ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020 del Capo del dipartimento della Protezione civile e s.m.i. Inoltre, è stato introdotto l'obbligo di pubblicazione inerente all'utilizzo delle liberalità in denaro introitate nell'ambito dell'emergenza (cfr. art. 99, comma 5, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27). Su tale tema il 15/9/2020 (Prot. 0599043) il Servizio Amministrazione SSR ha fornito indicazioni sulle informazioni da pubblicare nella voce "Interventi straordinari e di emergenza", predisposte con la collaborazione dell'OIV-SSR, con riferimento sia ai provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, sia alle informazioni relative all'utilizzo delle liberalità in denaro introitate nell'ambito dell'emergenza (art.99, c.5, D.L.18/2020). Sono in corso di formalizzazione indicazioni ulteriori dalla Regione sulla rendicontazione delle donazioni in denaro.
- Obblighi di pubblicazione concernenti gli elenchi dei progetti di investimento pubblico: il DL 16 luglio 2020, n. 76, convertito in Legge 120/2020, all'art. 41 dispone l'integrazione dell'articolo 11 della Legge 3/2003 in tema di monitoraggio degli investimenti pubblici; nello specifico prevede che "i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico diano notizia, con periodicità annuale, in apposita sezione dei propri siti web istituzionali, dell'elenco dei progetti finanziati, indicandone il CUP, l'importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale. Anche su tale tema L'OIV-SSR ha inviato alle Aziende specifiche indicazioni applicative, garantendo così un'applicazione chiara ed omogenea alla normativa.

## Obiettivi Trasparenza 2021

E' confermato l'obiettivo dell'Istituto, in ragione della complessità di applicazione del D.Lgs. n.33, di proseguire nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, per arrivare gradualmente al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati, dell'aggiornamento e apertura dei formati. Altro obiettivo è quello del rispetto dei termini di risposta alle istanze di accesso che pervengono in Istituto.

Di seguito è riportata invece una tabella riassuntiva dei principali obiettivi operativi in materia di trasparenza che si intendono raggiungere nel corso dell'anno 2021.

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Rivisitazione e aggiornamento della tabella di ricognizione dei procedimenti amministrativi secondo il nuovo assetto organizzativo	fase 1: individuazione dei procedimenti del servizio di propria afferenza in base al nuovo ROR; fase 2: modifica della tabella attualmente pubblicata	misura attuata continuativamente	tutte le articolazioni amministrative/responsabile pubblicazione	numero procedimenti aggiornati/numero procedimenti da aggiornare
Assolvimento del nuovo obbligo di pubblicazione inerente alla pubblicazione su AT dell'elenco dei progetti finanziati, indicandone il CUP e una serie di altre informazioni previste dalla norma	fase 1: selezione CUP attivi all'anno 2020; fase 2: creazione della relativa sottosezione su "altri contenuti"; fase 3: pubblicazione dei CUP	In prima attuazione con riferimento al 31/12/2020: entro 31/3/2021 Successivamente con riferimento al 31/12: entro 28/2 dell'anno successivo	SC PAT; Amm. Ricerca/ICT/altri servizi coinvolti/responsabile pubblicazione	pubblicazione dell'elenco progetti finanziati attivi al 2020 su AT; aggiornamento del sito nei tempi previsti
Riorganizzazione e aggiornamento delle pubblicazioni in formato tabellare sulle procedure di affidamento ai sensi dell'art. 1, comma 32 l. 190/2012,	fase 1: individuazione di maggiori risorse che seguano tale complesso adempimento fase 2: individuazione, insieme ad ICT, di possibili meccanismi di estrazione automatizzata di alcuni dati; fase 3:	entro luglio 2021	SC PAT / altri servizi coinvolti nelle procedure/responsabile pubblicazione	pubblicazione su AT delle procedure di affidamento in tabelle riassuntive complete di tutte le informazioni richieste da ANAC

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
	aggiornamento tempestivo dei dati			
Implementazione della pubblicazione delle informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci di cui all'art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 attraverso il superamento delle difficoltà organizzative all'interno del servizio competente	fase 1: individuazione di risorse ad hoc che si occupino di tale complesso adempimento; fase 2: aggiornamento delle informazioni in maniera tempestiva	entro luglio 2021	CTC – Amm. Ricerca /responsabile pubblicazione	pubblicazioni su AT entro il termine di effettivo aggiornamento previsto dalla griglia sulla trasparenza
Aggiornamento delle pubblicazioni inerenti gli interventi straordinari e di emergenza adottati durante l'emergenza sanitaria da Covid-19	fase 1: richiesta ai servizi competenti circa la adozione di provvedimenti straordinari e di emergenza; fase 2: richiesta ai servizi competente di estrapolazione dati da pubblicare; fase 3: pubblicazione delle informazioni oggetto di pubblicazione; fase 4: eventuale pubblicazione del costo sostenuto dalla p.a. se diverso da quello previsto	misura attuata periodicamente fino alla fine dell'emergenza sanitaria	Supporto Direzionale-RPCT/AALLGG/SUME /SC PAT/SAM e tutti gli altri servizi che potrebbero aver emanato tali provvedimenti	numero provvedimenti pubblicati/numero provvedimenti straordinari adottati

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Approfondimenti in materia di trasparenza/accesso	fase 1: raccolta delle richieste formative di interesse del proprio servizio da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza fase 2: programmazione delle attività formative da parte del RPCT	Triennio 2021-2023	RPCT / Dirigenti/responsabili di ciascuna struttura/ Referenti Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza	numero corsi attivati/ numero corsi previsti
Monitoraggio adempimento obblighi di pubblicazione ex D.lgs 33/2013	Ogni semestre. fase 1: richiesta dell'RPCT ai Responsabili dei flussi informativi/Responsabile della pubblicazione di appositi report/relazioni/questionari sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione; fase 2: verifica del RPCT, per ciascun obbligo di pubblicazione, circa l'effettiva presenza di dati, documenti e informazioni all'interno delle sezioni e sottosezioni di "Amministrazione Trasparente"; fase 3: per i casi di mancato adempimento o adempimento parziale valutazione e accordo con RPCT sulle azioni e la tempistica per il rientro	semestrale + singoli controlli a campione nel corso del semestre	RPCT	realizzazione del monitoraggio: moduli attestazioni e relazioni compilati/moduli attestazioni e relazioni richiesti

## 6. DATI DA PUBBLICARE

Devono essere pubblicati i dati di cui al d.lgs. 33/2013 nella sezione denominata “Amministrazione trasparente”: documenti, informazioni e dati la cui pubblicazione è prevista espressamente dalla vigente normativa confluiscono tutti all’interno di tale sezione, accessibile da chiunque direttamente ed immediatamente dal sito istituzionale. La sezione “Amministrazione Trasparente” è suddivisa in sottosezioni, individuate seguendo lo schema predisposto dall’ANAC. Qualora sia necessario pubblicare nella sezione “Amministrazione Trasparente” informazioni, documenti o dati già pubblicati in altre parti del sito, è attivo un collegamento ipertestuale ai contenuti stessi, onde evitare duplicazioni di informazioni. Sono poi presenti più sotto-sezioni relative ad “altri contenuti” (Prevenzione della corruzione, Accesso civico, Accessibilità e catalogo dei dati, metadati e banche, Punti di consegna NSO) per consentire alle amministrazioni di inserirvi documenti, informazioni e dati, per i quali sussistono specifici obblighi di pubblicazione ai sensi di norme ulteriori rispetto al d.lgs. n. 33/2013 e che non risultano riconducibili ad alcuna delle sotto-sezioni previste dall’allegato A del predetto decreto.

Nella sotto-sezione “dati ulteriori” sono pubblicati i dati per i quali non sussiste uno specifico obbligo di trasparenza, nel rispetto della normativa sulla tutela dei dati personali.

In sintesi, devono essere pubblicati nel sito istituzionale:

- documenti;
- informazioni;
- dati riguardanti l’attività dell’Ente.

A partire dal 2017, con l'introduzione del nuovo sistema di Gestione Risorse Umane (GRU), alcuni dati relativi al personale vengono gestiti direttamente dal Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAGP e SUMAEP).

Fermo restando l’assoluto divieto di pubblicare i dati inerenti lo stato di salute e le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d’ufficio e di segreto statistico, ogni informazione è pubblicata previa valutazione dell’applicabilità della normativa inerente la protezione dei dati personali, al fine di realizzare il giusto temperamento tra i due valori costituzionalmente garantiti: trasparenza e riservatezza.

L’Istituto garantisce, tramite le strutture competenti, l’aggiornamento periodico delle pubblicazioni effettuate, secondo le scadenze dal medesimo previste. I dati pubblicati sono contestualizzati mediante apposizione della data a cui gli stessi fanno riferimento.

Nel corso del 2016, è stato implementato un nuovo sistema di gestione documentale (BABEL), al fine di digitalizzare il processo relativo alle delibere, determine e protocollo informatico. All'introduzione del sistema di gestione documentale è seguito lo sviluppo del software che permette l'automatizzazione della pubblicazione di alcune sottosezioni di “Amministrazione Trasparente” (provvedimenti e Profilo del committente) e lo sviluppo di un nuovo sistema informatico di gestione dei procedimenti amministrativi (GIPI) che a partire dalla sua entrata in vigore (luglio 2018) ha consentito, anche mediante integrazione con i diversi flussi documentali, la semplificazione nella gestione dei documenti e degli obblighi di pubblicazione, al momento limitatamente al “registro degli accessi”.

Nel prossimo triennio il software sarà ulteriormente esteso ad altri procedimenti amministrativi gestiti dall’Ente e sarà migliorata la gestione documentale e la relativa trasparenza con particolare attenzione alle esigenze e peculiarità dei servizi unificati.

## 6.1. Durata e decorrenza della pubblicazione

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria rimangono pubblicati per un periodo di cinque anni, decorrente dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, salvo termini diversi previsti dalla normativa in materia di trattamento dei dati personali e quanto previsto dagli artt. 14, c. 2 e 15, c. 4 del d. lgs. N. 33/2013.

L'introduzione della nuova figura di accesso civico generalizzato ha determinato modifiche anche rispetto alla pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti oltre i termini previsti dalla legge. Infatti, se prima, decorsi i 5 anni di durata dell'obbligo di pubblicazione o diversa data prevista, i dati dovevano essere comunque conservati e resi disponibili in un'apposita sezione archivio di "Amministrazione trasparente", il D.lgs. n. 97/2016 ha previsto che i termini della pubblicazione, i relativi dati e documenti pubblicati siano accessibili tramite accesso civico generalizzato (art. 5 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016). A partire dal 2018 si è attivato il monitoraggio e la rimozione manuale dei dati in eccesso, in ottemperanza ai termini stabiliti dalla legge.

Va ricordata, infine, l'introduzione nel nostro ordinamento del cosiddetto "diritto all'oblio" da parte del Regolamento europeo (UE) 2016/679, ora disciplinato anche dagli articoli 2 undecies e ss. del d.lgs. 196 del 2003 (Codice privacy). Nello specifico, il diritto all'oblio consentirà agli interessati di ottenere la cancellazione dei propri dati personali, anche on line e anche da parte delle amministrazioni, in presenza di determinate condizioni, tra cui quella per cui "i dati non sono più necessari per gli scopi rispetto ai quali sono stato raccolti". I dati dovranno essere "dimenticati" dalle banche dati, dai mezzi di informazione e dai motori di ricerca.

Quanto invece alla cadenza dell'aggiornamento delle pubblicazioni (annuale, semestrale, trimestrale, tempestivo), essa è stata rivista da ANAC con la deliberazione n. 1310 del 2016 per una più corretta definizione dei tempi di aggiornamento in base ai singoli adempimenti. Tuttavia, nemmeno con tale determinazione è stato definito il concetto di tempestività; recentemente, con la delibera n. 1074 del 21 novembre 2018 – aggiornamento al Piano Nazionale Anticorruzione 2018 – l'ANAC si è espressa ritenendo di non vincolare le amministrazioni in tal senso, preferendo rimettere all'autonomia organizzativa degli enti l'interpretazione del concetto di tempestività, sulla base delle caratteristiche dimensionali di ciascun ente e con riferimento allo scopo della norma. All'uopo, è il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto che per "tempestivo" intende il tempo di pubblicazione e di aggiornamento entro la fine del mese successivo ad ogni trimestre.

## 6.2. Qualità dei dati pubblicati

I dati, le informazioni e i documenti vengono pubblicati sul portale web dell'Istituto secondo i seguenti requisiti:

- integrità;
- completezza;
- aggiornamento;
- tempestività;
- comprensibilità;
- semplicità di consultazione;

- omogeneità;
- accessibilità;
- conformità agli originali;
- indicazione della provenienza;
- riutilizzabilità, senza altre restrizioni diverse dall'obbligo di citare la fonte e rispettarne l'integrità;
- forma "aperta" dei file pubblicati (ex articolo 68 del D.Lgs. n. 82/2005 e s.m.i.).

### 6.3. Forma dei dati di tipo "aperto"

In merito ai dati da pubblicare si precisa che per forma "aperta" si intende che gli stessi debbano essere resi disponibili e fruibili on-line in formati non proprietari, per permetterne il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la redistribuzione senza ulteriori restrizioni d'uso, di riuso o di diffusione diverse dall'obbligo di citare la fonte e di rispettarne l'integrità.

Gli obblighi di pubblicazione dei dati personali, diversi dai dati sensibili e dai dati giudiziari comportano la possibilità di diffusione attraverso siti istituzionali, nonché il trattamento secondo modalità che ne consentono l'indicizzazione e la rintracciabilità tramite motori di ricerca e il loro riutilizzo nel rispetto dei principi sul trattamento di tali dati.

In tale contesto, con periodicità almeno annuale, l'Agenzia per l'Italia Digitale (A.G.I.D.) istruisce e aggiorna un repertorio dei formati aperti utilizzabili nelle Pubbliche Amministrazioni, secondo quanto disposto dal Codice dell'Amministrazione digitale.

Dal repertorio dei formati aperti utilizzabili nelle pubbliche amministrazioni sono esclusi i formati proprietari, in sostituzione dei quali è possibile utilizzare sia software Open Source (quali ad esempio OpenOffice) sia formati aperti (quali, ad esempio, .rtf per i documenti di testo e .csv per i fogli di calcolo). Per quanto concerne il PDF – formato proprietario il cui reader è disponibile gratuitamente – se ne suggerisce l'impiego esclusivamente nelle versioni che consentano l'archiviazione a lungo termine e indipendenti dal software utilizzato (ad esempio, il formato PDF/A i cui dati sono elaborabili mentre il ricorso al file PDF in formato immagine, con la scansione digitale di documenti cartacei, non assicura che le informazioni siano elaborabili). Un'alternativa ai formati di documenti aperti è rappresentata anche dal formato ODF –OpenDocument Format, che consente la lettura e l'elaborazione di documenti di testo, di dati in formato tabellare e di presentazioni.

### 6.4. Banche dati

Tra le modifiche apportate dal D.Lgs. n. 97/2016, significativa è stata l'introduzione dell'art. 9bis "Pubblicazione delle banche dati". Tale articolo ha come finalità principale la semplificazione, per le pubbliche amministrazioni, degli obblighi di pubblicazione attraverso il collegamento ipertestuale alle banche dati nazionali, nonché lo scopo di evitare duplicazioni di dati e informazioni discordanti sui diversi siti.

La normativa ha posto in capo alle amministrazioni l'adeguamento della sezione "Amministrazione Trasparente" entro un anno dall'entrata in vigore del decreto legislativo 97/2016, adeguamento ancora in corso in quanto, come sottolineato da ANAC nell'atto di segnalazione n. 5/2017, si è "riscontrato un disallineamento o solo una parziale coincidenza tra i dati acquisiti nelle banche dati e gli atti o documenti

che le amministrazioni sono tenute a pubblicare ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013". Il motivo di tale disallineamento risiede sicuramente nel diverso scopo per cui sono nate le banche dati, le quali contengono solo dati e non documenti e informazioni richieste invece dal Decreto Trasparenza.

Dal 2017, si è proceduto alla verifica delle banche dati e della completezza e correttezza dei dati comunicati rispetto a quelli pubblicati e si è deciso di attendere allineamenti nei contenuti. A seguito di una ricognizione operata anche dall'OIV-SSR, in sede di Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle aziende e enti del SSR si è deciso di ottemperare all'obbligo con alcune specifiche:

- collegamento ipertestuale alle banche dati che hanno comunicato il link di riferimento, pur continuando con la pubblicazione manuale dei documenti, al fine di evitare eventuali inadempienze per la non completezza dei dati (PerlaPA, BDAP, ARAN/CNEL e Soldi Pubblici);
- pubblicazione manuale per le restanti banche dati che risultano particolarmente disallineate con i dati presenti sul sito (SICO, Patrimonio PA, REMS);
- pubblicazione manuale e collegamento ipertestuale alle tre banche dati nazionali e alla banca dati regionale per la sezione relativa ai contratti pubblici.

Si ritiene importante sottolineare che, nonostante la decisione di iniziare ad allinearsi alle banche dati presenti la sostituzione completa dell'obbligo di pubblicazione attraverso la banca dati, finalità dell'art. 9bis, potrà realizzarsi solo quando vi sarà una totale coincidenza tra i dati, così come sostenuto da ANAC.

## **7. VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA E MISURE DI MONITORAGGIO**

Il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza effettua, a cadenza di norma semestrale, le necessarie verifiche dei dati contenuti nelle sezioni di "Amministrazione Trasparente" ai fini di assicurare che la pubblicazione sia conforme alla normativa sulla trasparenza e suggerire eventuali modifiche o integrazioni alle strutture competenti.

### **Esiti monitoraggio 2020**

Per quanto concerne il 2020, la situazione di emergenza sanitaria e le conseguenti limitazioni disposte dalla normativa d'urgenza per garantire il distanziamento sociale, nonché l'attività non programmata, ma resa necessaria per affrontare la situazione contingente, non ha consentito di rispettare in maniera puntuale la cadenza semestrale dei monitoraggi programmata.

Ciò nonostante, oltre ad una costante attività di controllo e implementazione del sito Amministrazione Trasparente, è stato possibile svolgere due attività di monitoraggio:

1. In occasione del monitoraggio annuale (al 23 novembre 2020) effettuato tramite la raccolta presso i singoli servizi delle relazioni annuali dettagliate sulle misure anticorruzione e adempimenti previsti dal Piano per le aree di rispettiva competenza, fornendo ai Responsabili/Referenti apposita scheda riassuntiva nella quale, tra le altre, veniva chiesto sinteticamente di indicare se le pubblicazioni in materia di trasparenza fossero state regolarmente effettuate. Tale forma di monitoraggio non ha

un esclusivo fine di verifica ma mira anche ad implementare l'interlocuzione con le singole strutture incentivando la collaborazione e partecipazione attiva al processo di gestione del rischio corruttivo. Le operazioni di monitoraggio hanno visto la partecipazione, sotto la supervisione del RPCT, dei dirigenti responsabili dei singoli servizi e dei referenti del Gruppo anticorruzione e trasparenza IOR. Da tale monitoraggio è emerso, per l'anno 2020, un buon grado complessivo di adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal cd. Decreto sulla Trasparenza. Le uniche perplessità emerse (delle quali si è preso atto anche durante la riunione col Gruppo anticorruzione e trasparenza del 25/11/2020) sono state di natura interpretativa di alcune normative complesse, come ad esempio quelle riguardanti la pubblicazione in formato tabellare dei dati afferenti alle procedure di scelta del contraente per lavori, servizi e forniture, o come quella sulla pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniale e reddituali dei dirigenti, superate tuttavia anche grazie al supporto dell'OIV regionale.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella relazione annuale del RPCT per l'anno 2020 di cui all'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito IOR.

2. A gennaio 2021, in vista della adozione del presente PTPCT, si è ritenuto utile integrare le modalità di monitoraggio semestrale sul rispetto degli obblighi di pubblicazione tramite la produzione al RPCT di una attestazione, da parte dei Responsabili dei servizi, ognuno per gli obblighi di propria competenza, sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza secondo un modello appositamente predisposto. Questi hanno dichiarato per ciascun obbligo di competenza (per agevolare il lavoro il RPCT ha inviato a ciascuno le parti della griglia sulla trasparenza in cui sono stati estrapolati gli obblighi afferenti al servizio), di aver o meno adempiuto, evidenziando eventuali criticità riscontrate nell'adempimento. Anche da tale monitoraggio è emerso, per l'anno 2020, un buon grado complessivo di adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal cd. Decreto sulla Trasparenza. Alcuni Responsabili hanno poi informato il RPCT di non essere più a capo, a seguito di modifiche organizzative, di alcuni obblighi di pubblicazione, permettendo a questo ultimo di aggiornare la griglia sulla trasparenza allegata al presente PTPCT (All.2). Per i casi di mancato adempimento o adempimento parziale sono state poi valutate e concordate con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza le azioni e la tempistica per il rientro.

In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione da parte del RPCT di una relazione annuale sullo stato di attuazione della Trasparenza alla Direzione Strategica dell'Istituto, all'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) unico regionale e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

L'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) verifica:

- la coerenza tra gli obiettivi previsti nella sezione Trasparenza;
- l'adeguatezza dei dati pubblicati in coerenza con la programmazione triennale.

Per tutti i processi di verifica e controllo viene utilizzata la griglia di rilevazione degli obblighi di pubblicazione, con riferimento ai parametri della completezza, dell'aggiornamento e dell'apertura del formato.

I Dirigenti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OAS secondo le indicazioni dell'OIV regionale, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini

della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzative che individuali del Responsabile e dei Dirigenti dei singoli uffici titolati della trasmissione dei dati.

Un'altra occasione di monitoraggio è avvenuta in sede di **Tavolo AVEC**: nel corso del 2020 è stato infatti costituito un gruppo di lavoro per procedere all'analisi delle singole sezioni di "Amministrazione Trasparente" attraverso comparazione dei siti di tutte le aziende con il fine di giungere ad un elaborato dal quale poter desumere punti di forza e di debolezza di ciascuna realtà, condividere modalità di pubblicazioni omogenee che riguardino le Aziende appartenenti all'AVEC e l'AUSL della Romagna e garantire omogeneità di esposizione delle informazioni. Anche da tale lavoro comparativo è emerso un ottimo grado complessivo di adempimento degli obblighi di pubblicazione da parte dello IOR.

Su un piano più complessivo, invece, spettano **all'Organismo indipendente di valutazione (OIV)** compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall'ANAC nonché di promozione ed attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Infine, compete all'OIV assolvere agli obblighi di comunicazione all'ANAC e di comunicazione delle criticità riscontrate ai competenti organismi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalle norme vigenti. Per consentire all'OIV di assolvere alle verifiche previste dall'ANAC, il RPCT fornisce i dati all'OAS in tempo utile, secondo le scadenze previste. Nel 2020, l'Istituto Ortopedico Rizzoli è stata infatti oggetto della verifica annuale, ex art.14, c 4, lett. g) del D.lgs. n. 150/2009, operata dall'OIV sulla pubblicazione, completezza, aggiornamento e apertura del formato di ciascun documento, a seguito della pubblicazione della Delibera ANAC 213/2020, Sulla base dei risultati emersi dalle verifiche condotte su tutti i siti delle Aziende (e formalizzati in data 21/7/2020, come riscontrabile in tutti i siti Amministrazione Trasparente delle Aziende), è stato prodotto dall'OIV il report "Obblighi di pubblicazione in Amministrazione trasparente. Analisi delle attestazioni dell'OIV-SSR effettuate secondo quanto indicato dalla delibera ANAC 213/2020" inviato alle Aziende il 20/10/2020 (Prot.0674319.U). Tale documento presenta un'analisi dei risultati rilevati, articolata per Azienda e per tipologia di obbligo, allo scopo di offrire elementi di confronto e di valutazione per un ulteriore e progressivo miglioramento dei risultati stessi e di omogeneizzazione delle informazioni pubblicate. Per quanto riguarda lo IOR, sono emersi ottimi risultati nella totalità degli ambiti di oggetto di verifica (la percentuale di adempimento complessivo è infatti pari a 100) a conferma del buon lavoro svolto in questi anni.

### **Pianificazione monitoraggio trasparenza 2021**

Per l'anno 2021, al fine di verificare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento, si prevede un piano di monitoraggio annuale così articolato:

- trasmissione al RPCT, con cadenza semestrale di una attestazione sui risultati delle attività svolte e dello stato di attuazione delle misure sulla trasparenza adottate, con l'indicazione degli eventuali scostamenti rispetto a quanto prescritto dalla legge e dal Piano. Si prevede che a tal fine, verrà prodotto dal RPCT, sulla base del modello predisposto questo anno, un questionario specifico, strutturato tenendo conto le riorganizzazioni aziendali, volto a verificare per ciascun obbligo di pubblicazione, l'effettiva presenza di dati, documenti e informazioni all'interno delle sezioni e sottosezioni di "Amministrazione Trasparente";
- verifiche a campione da parte del RPCT e del suo ufficio di supporto i cui esiti;
- esecuzione di audit interno che, dopo l'esperienza sui processi aziendali, proseguirà sui Servizi Unici Metropolitan di acquisizione beni e servizi, amministrazione del personale e contabilità, in collaborazione con le altre aziende coinvolte.

## 8. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

Con la sezione Trasparenza 2020 - 2022, l'Istituto, in considerazione della propria mission, ha scelto di focalizzare la propria attenzione sui cittadini, sugli utenti e sui familiari dei pazienti, fornendo informazioni utili agli stakeholders aziendali (M.I.U.R., Regione Emilia-Romagna, Regione Sicilia, altre Aziende del SSR e SSN, Università degli Studi di Bologna, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Volontariato, C.C.M., Ditte appaltatrici, Fornitori, Società scientifiche, ecc.).

Così come avvenuto precedentemente, verrà data continuità all'organizzazione di iniziative su temi relativi all'etica e alla trasparenza, anche in collaborazione con le altre aziende sanitarie ed enti dell'area metropolitana di Bologna.

### Il sito web aziendale

Il sito web ([www.ior.it](http://www.ior.it)) rappresenta il principale e più immediato strumento di comunicazione con il mondo dei cittadini e degli utenti. Consente di fornire informazioni utili sui servizi offerti e sulle modalità di accesso agli stessi, sulle strutture aziendali e sull'organizzazione e gestione dell'Istituto.

Il programma della trasparenza costituisce l'occasione per procedere ad una nuova analisi del sito, al fine di migliorarne la lettura ed accessibilità.

A tal fine IOR opera anche attraverso i social network (quali facebook, twitter).

Si specifica che è in corso l'attività di rinnovo del sito web aziendale.

### Monitoraggio dei dati di accesso al sito

Al fine di rilevare il livello di interesse dei cittadini in merito a quanto pubblicato sul sito Internet, l'Istituto procede periodicamente al monitoraggio dei dati di accesso alle diverse sezioni del sito, avendo cura di eliminare quegli accessi realizzati direttamente dalle apparecchiature dell'Istituto.

### La Carta dei Servizi

La Carta dei Servizi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli è uno strumento volto alla tutela dei diritti degli utenti al fine di garantire agli stessi una scelta consapevole, basata su un'informazione corretta e trasparente, così come dichiarato nella Legge 273 dell'11 luglio 1995.

In quest'ottica, la Carta dei Servizi rappresenta l'impegno dichiarato dell'Amministrazione all'erogazione delle proprie prestazioni istituzionali, secondo prefissati standard di qualità. Con delibera n. 27 del 15/02/2017 è stato approvato il nuovo testo aggiornato della Carta dei Servizi IOR, disponibile nella sezione Servizi Erogati del sito "Amministrazione Trasparente".

## Le guide e il materiale informativo per il paziente

Da molti anni l'Istituto redige opuscoli in grado di fornire ai pazienti informazioni utili circa l'accesso alle strutture aziendali e alle cure. E' un percorso in continua evoluzione che vede periodicamente crescere l'informazione verso i cittadini. Da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) vengono prodotti ed aggiornati in tempo reale tutti i materiali informativi cartacei inerenti possibilità di alloggio per pazienti e loro accompagnatori, modalità di prenotazione visite, richiesta copia documentazione clinica, associazioni di tutela, assistenza aggiuntiva non sanitaria, numeri utili (ambulanze, taxi, aeroporto, ferrovie). I materiali sono anche a disposizione del personale della Portineria ospedaliera e sono esposti nella torre espositiva presente all'ingresso dell'ospedale. Le guide sono presenti nel sito Internet, nelle pagine delle strutture eroganti e anche nelle pagine web in lingua inglese per favorire la diffusione dell'informazione ad un maggior numero di utenti.

I materiali informativi sono via via riprogettati al fine di migliorarne la qualità anche attraverso l'uso dei social media.

## Ascolto degli stakeholders

L'Istituto ha attive iniziative di ascolto dei portatori di interesse. I cittadini ed utenti, singolarmente o in forma associata, vengono attualmente ascoltati tramite:

- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico è a disposizione dei cittadini che intendono ricevere informazioni o fare segnalazioni o reclami. Gli orari, i recapiti telefonici e l'indirizzo e-mail dell'URP sono pubblicati sul sito Internet nella homepage alla voce "infoURP".

- Posta elettronica certificata (PEC)

L'Istituto ha istituito indirizzi di Posta Elettronica Certificata (PEC) che il cittadino e le altre Amministrazioni possono utilizzare per tutte le comunicazioni o istanze da inviare all'Amministrazione. La diffusione della PEC rientra nel processo di "de materializzazione" della burocrazia.

L'indirizzo PEC per cittadini e utenti è: [urp@pec.ior.it](mailto:urp@pec.ior.it)

Gli indirizzi sono pubblicati sul sito web: Home page "Posta Elettronica Certificata".

## Associazioni di Volontariato

Le Associazioni di Volontariato collaborano con l'Istituto Rizzoli sulla base di Convenzioni stipulate ai sensi del "Regolamento in ordine alle modalità di accesso e presenza delle Associazioni di Volontariato"<sup>23</sup>, recentemente modificato a seguito del Decreto Legislativo 117/2017. Il testo è disponibile sul sito alla sezione "Tutela del cittadino" in cui è possibile trovare anche l'elenco delle Associazioni autorizzate all'accesso presso le Strutture dell'Istituto.

<sup>23</sup> Formalizzato con delibera IOR n. 245 del 21/11/2017

## Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.) è un organismo introdotto nelle Aziende Sanitarie a seguito della normativa della Regione Emilia – Romagna, in attuazione della legge nazionale che dispone l'introduzione di "Organismi di Consultazione" come tutela dei diritti dei cittadini. I C.C.M. sono composti da una rappresentanza maggioritaria delle Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Diritti e da operatori aziendali con il compito di valutare l'organizzazione dei servizi, la programmazione delle prestazioni, la verifica dei risultati, l'analisi dei segnali di disservizio. La stessa legge individua le dimensioni valoriali della qualità dal lato degli utenti sulle quali l'associazionismo può intervenire in particolar modo per quanto riguarda la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, le prestazioni alberghiere. È proprio a questi ultimi aspetti che il C.C.M. dell'Istituto ha rivolto le sue iniziative, creando nel tempo una rete tra il paziente e le figure professionali che operano all'interno dell'Ospedale.

## Ufficio Relazioni Sindacali

Tramite l'attivazione del sistema di relazioni sindacali l'Istituto garantisce la comunicazione e l'ascolto costante delle Organizzazioni Sindacali delle diverse aree contrattuali (Comparto, Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria, Professionale, Tecnica ed Amministrativa), quali rappresentanti dei propri dipendenti.

## Giornate della Trasparenza

Le Giornate della Trasparenza, come previsto dal Decreto Legislativo 33/2013 e dal D.Lgs 97/2016, sono considerate un momento fondamentale per condividere e ascoltare iniziative, attività promosse e *best practices* in materia di trasparenza, performance e privacy, nonché occasione unica per rendere manifesto l'agire della Regione Emilia-Romagna e degli Enti regionali che, nello svolgimento delle proprie attività, intendono implementare la soddisfazione dell'utenza, realizzare una partecipazione del cittadino sempre più consapevole, accrescerne il coinvolgimento e migliorare la qualità dei servizi offerti. Considerato lo stretto collegamento tra la disciplina della trasparenza e quella della *performance*, le giornate della Trasparenza sono inoltre occasione per condividere le *best practices*, le esperienze e i risultati della valutazione del livello dell'organizzazione del lavoro oltre che del grado di condivisione del sistema di valutazione (in stretta collaborazione con il lavoro svolto dagli organismi di valutazione interni).

Tali esigenze sono diventate ancora più sfidanti in questo difficile periodo di emergenza sanitaria da Covid-19; per tale motivo, durante la Giornata della Trasparenza 2020 organizzata dalla Regione Emilia-Romagna, svoltasi poi il 12 gennaio 2021 in modalità online, è stato trattato il tema del sistema di prevenzione della corruzione con particolare riferimento ai primi bilanci e sfide dell'emergenza Covid.

Di tale importante appuntamento di dialogo e ascolto sulla cultura della legalità è stata data ampia divulgazione tramite pubblicazione della notizia sul sito istituzionale IOR e sulla Intranet aziendale, per mezzo di comunicati agli organi di stampa e informazione, nonché con l'invio dell'invito a tutto il personale tramite messaggi di posta elettronica, ricordando l'utilità della partecipazione ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di formazione in materia di anticorruzione.

## Il diritto di accesso

L'attenzione sempre maggiore che in questi anni il legislatore ha dedicato al tema della trasparenza amministrativa ha portato all'introduzione, anche in Italia, di un modello di accesso che si ispira al "Freedom of Information Act" (FOIA) nel quale, fermi restando gli obblighi di pubblicazione, chiunque ha diritto ad accedere a qualsiasi informazione detenuta dalla p.a. (eccezion fatta per quelle oggetto di esclusione normativa), secondo il principio della *full disclosure*. La stessa Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha riconosciuto l'accesso alle informazioni detenute dagli Stati e dalle loro pubbliche amministrazioni come diritto fondamentale del cittadino: si passa così dal "bisogno di conoscere" al "diritto di conoscere".

Dal 2016 si possono, quindi, distinguere tre forme di accesso:

- accesso documentale ai sensi della L. 241/1990: è il potere/diritto degli interessati di richiedere, prendere visione e, eventualmente, ottenere copia di atti e documenti amministrativi detenuti dall'amministrazione dietro dimostrazione, da parte del soggetto richiedente, di un interesse giuridicamente rilevante, concreto e attuale nei confronti del documento oggetto di richiesta. Ogni ulteriore informazione, le linee guida per procedere all'istanza, nonché i moduli per la richiesta, sono disponibile al seguente link <http://www.ior.it/il-rizzoli/accesso-documentale>
- accesso civico(semplice) ai sensi dell'art. 5 D.Lgs. n. 33/2013: è il diritto di chiunque di conoscere, utilizzare e richiedere documenti, informazioni o dati per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione da parte delle amministrazioni, senza limitazioni in merito alla legittimazione soggettiva del richiedente e senza alcuna motivazione. Ogni ulteriore informazione, le linee guida per procedere all'istanza, nonché gli indirizzi di posta elettronica ai quali far pervenire la richiesta, sono disponibili al seguente link <http://www.ior.it/il-rizzoli/accesso-civico>
- accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016: è il diritto di chiunque di prendere visione e chiedere copia di dati e documenti detenuti dall'amministrazione ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione, senza limitazioni soggettive, nel rispetto dei limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti secondo quanto previsto dall'articolo 5-bis, senza motivazione per il richiedente, ma con l'obbligo per la P.A. di espressa motivazione in caso di diniego. Ogni ulteriore informazione, le linee guida per procedere all'istanza, nonché i moduli per la richiesta, sono disponibili al seguente link <http://www.ior.it/il-rizzoli/accesso-civico-generalizzato>

I diversi modelli di accesso si affiancano gli uni agli altri senza sostituirsi, dando vita ad un nuovo modo di intendere la trasparenza, il cui scopo è quello di coinvolgere gli amministrati nel controllo dell'attività della macchina amministrativa che deve risultare rispondente ai canoni costituzionali, e che funge da strumento di efficienza ma anche di contrasto e prevenzione alla corruzione.

Dal 2017 sono stati realizzati approfondimenti sul tema, con riferimento in particolare all'aspetto delle limitazioni ed esclusioni all'accesso, che ha generato, nel primo anno di applicazione della normativa, alcuni dubbi interpretativi, soprattutto per le aziende sanitarie che trattano dati delicati come quelli relativi alla salute.

L'Istituto ha seguito le Linee Guida ANAC sul tema e la Circolare n.2/2017 del Dipartimento della Funzione Pubblica e ha deciso di uniformarsi alla finalità di trasparenza e accessibilità sottesa alla normativa.

L'ANAC, in apposite linee guida sul tema, ha previsto che le amministrazioni possano adeguarsi all'obbligo di legge, predisponendo un apposito Regolamento contenente le modalità per l'esercizio delle tre tipologie di accesso e dei relativi limiti. In attesa di decisioni omogenee a livello di Area Vasta, l'Istituto ha seguito le indicazioni ANAC ed applicato "le esclusioni disposte per l'accesso documentale anche ai fini dell'accesso generalizzato", contenute nel "Regolamento per l'esercizio del diritto di accesso ai documenti" approvato con delibera n. 389/2007.

Nel corso del 2018 (Delibera n. 198/2018) l'Istituto aveva poi approvato, in seguito ad un lavoro congiunto in sede di Tavolo AVEC RPCT, il "Regolamento contenente indirizzi procedurali ed organizzativi in materia di Accesso Civico Generalizzato", sostituito, come si dirà di seguito, dal Regolamento approvato il 15 gennaio 2021.

L'Istituto si è inoltre dotato, analogamente alle altre aziende di Area Vasta, del sistema informatico di Gestione Procedimenti (GIPI) che, dal 2018, in fase sperimentale ha avviato il proprio percorso con il procedimento relativo alla gestione del diritto di accesso e analogamente ha consentito di generare in maniera automatica il Registro degli accessi.

In tale contesto, è sorta la necessità di razionalizzare la regolamentazione in materia di accesso riunendo in un unico documento la disciplina delle tre forme di accesso attualmente previste dalla legge e aggiornando la medesima alle nuove modalità di gestione informatica tramite l'applicativo di Babel delle istanze di accesso. Per questo motivo il 15 gennaio 2021 è stato approvato il "Regolamento disciplinante i procedimenti relativi all'accesso civico e civico generalizzato ai sensi del d.lgs. 33/2013 e all'accesso ai documenti amministrativi ai sensi della legge 241/1990" e la modulistica allegata al medesimo Regolamento; tale regolamento abroga e sostituisce la previgente disciplina aziendale in materia di accesso. Si conferma quale Referente per l'Accesso, l'Avv. Veronica Morello, avente il compito di assistere le strutture dell'Istituto nella trattazione delle singole domande, al fine di assicurare uniformità delle risposte, fornendo loro un supporto giuridico circa il rispetto delle regole e dei limiti previsti dalla normativa. Il regolamento e la correlata modulistica sono stati pubblicati nella sezione di "Amministrazione Trasparente" del sito IOR dedicata all'Accesso Civico. Tutte le informazioni sulle modalità di esercizio del diritto di accesso con gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste sono contenute nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente".

Nel regolamento è previsto che tutte le richieste di accesso (civico, civico generalizzato, documentale) pervenute all'Istituto vengono registrate automaticamente in ordine cronologico nel Registro degli accessi, pubblicato alla seguente pagina del sito istituzionale IOR: <http://www.ior.it/il-rizzoli/registro-degli-accessi> Il registro contiene l'elenco delle richieste con l'indicazione: •del tipo di procedimento; •dell'UO procedente; •dell'atto di iniziativa; •dell'oggetto; •degli eventuali controinteressati; •dell'esito; •del provvedimento finale; •della motivazione; prevede inoltre che tutte le richieste di accesso (civico, civico generalizzato, documentale) pervenute all'Istituto devono essere gestite tramite l'apposito modulo del sistema software per la gestione documentale in uso presso IOR (Babel – GIPI).

**ALLEGATO 1**  
**AL PTPCT IOR 2021-2023**

---

## Con riferimento alle schede di mappatura si specifica che:

### **AREA GENERALE CONTRATTI PUBBLICI: Acquisizione di beni e servizi attraverso INTERCENT- ER/Servizio Acquisti metropolitano**

La relativa scheda riporta quanto prodotto dal Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, con lo specifico approfondimento nella filiera degli acquisti, anche al fine di rendere più strutturate ed organiche le relazioni tra Intercent-ER e Aziende sanitarie.

Nelle Aziende sanitarie RER sono attivi consolidati percorsi di acquisto con modalità centralizzate, sulla base della pluriennale esperienza di collaborazione tra le Aziende, le Aree Vaste ed Intercent-ER. L'attività contrattuale delle Aziende sanitarie della Regione ER si svolge stabilmente su tre livelli:

1. un livello regionale, di cui è responsabile in termini di procedure l'Agenzia Intercent-ER, cui compete, tra l'altro, la sintesi della programmazione degli acquisti di Beni e Servizi della regione Emilia-Romagna (Masterplan);
2. un livello di Area Vasta, dove operano articolazioni organizzative interaziendali dedicate;
3. un livello Aziendale, dove operano i diversi servizi che, a seconda dell'organizzazione aziendale, hanno competenza in materia di acquisti di beni e servizi e, in alcuni casi, di procedure di affidamento di lavori.

### **Misure di carattere generale**

Una serie di misure e scelte procedurali ed organizzative (alcune peraltro già in essere e consolidate da tempo) rappresentano di per sé, se coerentemente adottate, interventi che riducono il rischio corruttivo in senso lato nei processi di acquisto. Esse impattano positivamente su numerose fasi del processo stesso: per questo motivo vengono qui trattate in modo unitario, ma sono poi richiamate nelle fasi in cui trovano concreta applicazione.

- **Segregazione delle funzioni** La presenza di più soggetti appartenenti a diverse Aziende sanitarie ed alla Centrale Regionale quali attori che intervengono nella "filiera" in differenti processi, già di per sé, aiuta ad andare nella direzione suggerita da ANAC nei propri PNA. Le decisioni risultano infatti diffuse su più soggetti ed in fasi diverse, e questo giova ai fini di un controllo all'interno dell'articolazione del processo.
- **Rotazione degli operatori** con ruolo attivo nei processi di acquisto Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.
- **Corretta gestione dei conflitti di interesse** si prevede - quale nuova misura da attuare in modo uniforme da parte di tutte le Aziende nei rapporti con IntercentER - una regolamentazione per la nomina dei commissari e dei partecipanti ai Gruppi tecnici che preveda: La verifica sostanziale dell'assenza di conflitti di interesse (in carico alle Aziende prima della designazione) tenendo conto delle dichiarazioni che ogni Azienda sta raccogliendo ai sensi del Codice di comportamento dei Dipendenti e delle altre informazioni a disposizione. La raccolta di una specifica dichiarazione da parte dell'interessato relativamente all'assenza di conflitti di interesse, da conservare agli atti della procedura.
- **Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica** Tale modalità, introdotta dal Codice

dei contratti a far tempo dal 18.10.2018 ma per le Aziende del SSR Emilia-Romagna già dal 1.10.2017 in forza della DGR n. 2194/2016, assicura una maggiore garanzia e tracciabilità nelle fasi che vengono gestite con questi strumenti che sottraggono alcuni passaggi all'intervento manuale con evidenti minori rischi di errore o, peggio, di comportamenti "distorsivi". Il sistema adottato in Emilia-Romagna è denominato SATER (<https://piattaformaintercenter.regione.emilia-romagna.it/portale/>), realizzato in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del D.lgs. 50/2016, e che garantisce i necessari livelli di sicurezza e segretezza mediante una piena tracciabilità delle operazioni svolte e un articolato sistema di profilazione degli utenti che assicura, in particolare, la segretezza dei partecipanti alle procedure di gara e delle offerte, tecniche, economiche ed amministrative, collocate a sistema. Esso garantisce anche la gestione degli eventuali malfunzionamenti e/o data breach.

- **Costante flusso informativo fra IntercentER ed Aziende sanitarie** Rappresenta un elemento di grande importanza per evitare asimmetrie informative e per fare emergere anomalie, comportamenti opportunistici ed altro.
- **Reportistica e benchmark** Una volta definite misure ed indicatori risulta opportuno che periodicamente si proceda alla loro valorizzazione ed alla divulgazione, mediante la redazione di appositi report, partendo da quanto già ordinariamente prodotto da IntercentER per le Aziende. Per avviare tale percorso, saranno programmati periodici incontri (almeno due nel corso dell'anno) tra IntercentER ed il tavolo di Coordinamento RPCT; risulta infatti di grande utilità il confronto fra i valori delle diverse aziende/aree vaste al fine di evidenziare anomalie o situazioni critiche.

La mappatura indicata nella relativa scheda prevede le diverse fasi del processo di acquisizione di beni e servizi: programmazione, progettazione, selezione del contraente, verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto, esecuzione del contratto e rendicontazione dello stesso.

E' evidente che la responsabilità, i rischi e le misure da adottare sono in parte in capo a IOR (programmazione, progettazione, esecuzione del contratto e rendicontazione dello stesso) ed in parte in capo alla Stazione appaltante di riferimento (Intercent-ER, Servizio acquisti metropolitano), o in capo ad entrambe.

La competenza aziendale dell'intero processo di approvvigionamento arriva ad € 40.000; per importi di valore superiore la competenza è del Servizio acquisti metropolitano e/o di Intercent-ER a seconda di quanto previsto nel Masterplan di riferimento.

In linea di massima, dunque, a fianco delle singole fasi del processo di acquisto, si indica la competenza rispetto alla medesima (aziendale e non); nel corso dell'anno sono previsti appositi incontri tra RPCT e Intercent- ER per maggiormente approfondire le fasi individuate e le relative specifiche responsabilità.

**AREA SPECIFICA ATTIVITA' CONSEQUENTE AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO** (non attivabile): attività in convenzione con l'Azienda USL di Bologna per l'utilizzo della camera mortuaria dell'ospedale Bellaria per pazienti deceduti presso lo IOR.

AREA GENERALE: PROVVEDIMENTI AMPIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

PROCESSO N. 1		APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA								
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
1 Applicazione Tariffe per rilascio copie documentazione clinica	Inosservanza regole procedurali interne come da delibera n. 63/2016 (tariffario)	operatore	2	1	2	trascurabile	Presentazione ricevuta di pagamento per il ritiro della documentazione richiesta Rotazione del personale	Già in essere	Direzione Accesso ai Servizi	Controlli a campione della corrispondenza tra copia consegnata e pagamento

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI \*

PROCESSO N. 2 PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI											
	fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
1	Stesura del capitolato tecnico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza Requisiti di qualificazione non osservanti il principio di proporzionalità	Ingegneri dirigenti SC PAT	5	5	25	critico	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati tecnici delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
2	Scelta del tipo di procedura	Individuazione della procedura non congrua, errato utilizzo della procedura negoziata e/o di affidamento diretto	Ingegneri dirigenti/responsabile ufficio gare SC PAT	5	5	25	critico	Focus sulle procedure adottate	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
3	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità.	Ingegneri dirigenti/responsabile ufficio gare SC PAT	5	5	25	critico	Focus sugli atti di gara; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
4	Nomina commissione	Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari	Direzione aziendale	5	5	25	critico	Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza dei conflitti di interesse) e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR nelle nomine	Già in corso	Direzione aziendale	Predisposizione criteri e rispetto dei medesimi nell'adozione degli atti di nomina
5	Valutazione/attribuzione punteggi qualità da parte della commissione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Commissari di gara	5	5	25	critico	Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
6	Collaudo/regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT	5	5	25	critico	Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi e delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SC PAT	Controllo sulla rotazione incarichi
7	Sottoscrizione contratto	Inosservanza principi di trasparenza e di integrità	Responsabile ufficio gare SC PAT	5	5	25	critico	Verifica inserimento dei patti di integrità e richiamo al codice di comportamento aziendale	Già in corso	Direttore SC PAT	Inserimento patti integrità e richiamo all'osservanza del codice comportamento IOR su tutti i contratti
8	Autorizzazione al subappalto	Accordi collusivi tra le ditte	Responsabile ufficio gare SC PAT	5	5	25	critico	Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione al subappalto. Istruzione operativa interna COMPLETATA	Già in corso	Direttore SC PAT	Controllo a campione sull'osservanza dell'istruzione operativa predisposta da SC PAT
9	Adozione di variante	Indebito vantaggio per la ditta aggiudicataria	Direttore SC SPAT	5	5	25	critico	Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di affidanti con variante/numero totale affidamenti annui

PROCESSO N. 3 PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.Lgs 50/2016)											
fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori	
1	Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Funzionario tecnico SC PAT	5	4	20	critico	Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
2	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento.	Funzionari tecnici ed amministrativi SC PAT	5	4	20	critico	Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
3	Regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT	5	4	20	critico	Corretta applicazione dei D.Lgs 50/2016 e s.m.i. sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SC PAT	Rotazione incarichi
4	Emissione ordine	Mancata osservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT	5	4	20	critico	Verifica inserimento richiamo al codice di comportamento IOR in tutti gli ordini	Già in corso	Direttore SC PAT	Presenza richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR sugli ordini

PROCESSO N. 4 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca finalizzata)											
fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori	
1	Analisi, e definizione dei fabbisogni e programmazione	Uso distorto delle procedure (frazionamento della fornitura)	Richiedente/utizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15	critico	Audit interni sui reali fabbisogni	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Valore di acquisti affidati senza procedura/ Valore di acquisti affidati con procedura concorrenziale
2	Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Richiedente/utizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15	critico	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
3	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza.	Richiedente/utizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15	critico	Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
4	Utilizzo del mercato elettronico	Mancato, scarso o improprio utilizzo del MERCATI ELETTRONICI MEPA ed INTERCENTER	Funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15	critico	Rotazione dei compiti/aggiornamento ed ulteriore formazione circa l'attivazione del mercato elettronico regionale	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Report annuale contenente in % gli acquisti SUL MEPA/INTERCENTER sul totale degli acquisti.
5	Emissione ordine	Inosservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15	critico	Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR sul tutti gli ordini

\* Competenza IOR per: 1) lavori pubblici 2) beni e servizi fino a € 40.000,00. competenza SAM per beni e servizi superiori a € 40.000,00.

PROCESSO N. 5 PROGETTAZIONE ED EROGAZIONE EVENTI FORMATIVI INTERNI											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Valutazione ex ante dell'appropriatezza dell'evento interno. Attivazione dell'evento formativo	Vantaggio di visibilità del Responsabile Scientifico dell'evento	Responsabile Scientifico Comitato Scientifico del Provider	5	4	20	critico	Verifica appartenenza ad associazioni, società od organizzazioni del Responsabile Scientifico.	da introdurre	Ufficio Formazione ECM	Avvenuta acquisizione e verifica modello conflitto di interessi
2	Predisposizione degli atti per il conferimento di incarichi di docenza dell'evento interno. Gestione dei rapporti con i docenti e con eventuali sponsor	Vantaggi diretti/indiretti derivanti dall'individuazione di docenti esterni e di eventuali sponsor	Responsabile Scientifico	5	4	20	critico	Controllo sul rispetto delle disposizioni in merito alle selezioni ad evidenza pubblica. Dichiarazioni sulla mancanza di conflitto di interesse. Rotazione incarichi di docenza	Già in essere	Ufficio Formazione ECM	Verifica presenza dichiarazioni assenza conflitto di interesse. Controllo numero di rotazione negli incarichi per esterni
3	Predisposizione della documentazione di rapporto dell'evento interno	Falsare le risultanze sull'andamento dell'evento	Responsabile Scientifico	5	4	20	critico	Controllo a campione tra le valutazioni dei singoli partecipanti e la relazione del docente	Già in essere	Ufficio Formazione ECM	Verifiche a campione

PROCESSO N. 6 SPONSORIZZAZIONI DELLE PARTECIPAZIONI AD EVENTI FORMATIVI ESTERNI											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Monitoraggio delle sponsorizzazioni alla partecipazione ad eventi esterni	Vantaggi ai partecipanti	Responsabile della U.O. di appartenenza del partecipante	5	4	20	critico	Controllo del numero di eventi sponsorizzati per partecipante	Già in essere	Ufficio Formazione ECM	numero eventi sponsorizzati dalla stessa ditta per partecipante

PROCESSO N. 7 CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Gestione amministrativa della convenzione per prenotazione visite e prestazioni ambulatoriali in libera professione	Inosservanza delle procedure operative concordate con la società convenzionata	Accesso ai Servizi	2	1	2	trascurabile	Controllo sui report mensili forniti dalla società convenzionata sul numero delle prestazioni effettuate per verifica della corrispondenza del servizio al contratto	già in essere	Direzione Accesso ai Servizi	Numero scostamenti rispetto al contratto

PROCESSO N. 8 CONVENZIONI PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI										
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
1	Identificazione/scelta controparte per attività di collaborazione tra enti pubblici, privati, Associazioni	Direzione Sanitaria/Scientifica e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)	3	4	12	rilevante	Valutazione qualitativa in merito alle specifiche motivazioni, riportate nelle premesse del relativo atto, per le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione (verifica solo di tipo amministrativo, attraverso il controllo dei requisiti)	Già in essere	Direzione Sanitaria/Scientifica	Indicazione nelle premesse degli atti convenzionali le motivazioni della scelta e inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR
2	Istruttoria (raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi; verifica diretta della parte inerente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/scientifica/sanitaria/professionale ecc.) Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessaria Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Direzione Sanitaria/Scientifica Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria) e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)	3	4	12	rilevante	Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, che si esprime in merito. La risposta negativa e/o la richiesta di chiarimenti comportano la revisione dell'atto. Silenzio-assenso in caso di parere positivo	Già in essere	Responsabile Procedimento AA.GG/Controllo diGestione	Formalizzazione dell'atto previa acquisizione parere CdG Numero richieste di revisione
3	Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Responsabile del procedimento AA.GG.	3	4	12	rilevante				

PROCESSO N. 9 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE										
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
1	Identificazione/scelta controparte	Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	4	20	critico	<p>Predisposizione Master plan a cura della Direzione Strategica.</p> <p>Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata.</p> <p>Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente.</p>	Già in essere	Responsabile UFFICIO ALP	<p>Verifica della presenza di Master Plan e congruenza con gli atti stipulati.</p> <p>Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti.</p> <p>Verifica al rinnovo dei professionisti che hanno effettuato le con eventuali relazioni a chiarimento da parte del Direttore/Responsabile SC - SSD IOR.consulenze.</p> <p>Inserimento richiamo all'osservanzaal codice di comportamento IOR.</p>

2	Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti. Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari. Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile Responsabile UFFICIO ALP(per istruttoria)	5	4	20	critico	Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore. Verifica congruità rispetto al regolamento IOR in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile e UFFICIO ALP	Indicazione delle tariffe nelle convenzioni. Verifica congruità report mensili delle consulenze effettuate rispetto agli accordi contrattuali. Verifiche a campione sui siti web dei soggetti privati
3	Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile Responsabile UFFICIO ALP	5	4	20	critico	verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Già in essere	Responsabile e Responsabile UFFICIO ALP	

**PROCESSO N. 10 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE**

	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Mancanza imparzialità nella scelta della controparte	Direzione Sanitaria	5	3	15	critico	Specifiche delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere	Direzione Sanitaria/ Responsabile e UFFICIO ALP se con privato - Responsabile e AALLGG convenzioni se con PA	Indicazione, nelle premesse degli atti convenzionali, delle motivazioni della scelta e delle eventuali comparazioni effettuate in caso di strutture private. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR
2	Istruttoria (raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi, verifica diretta inerente la parte normativa e contrattualistica e verifica indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/scientifica/sanitaria/ professionale ecc.). Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri)	Direzione Sanitaria - Responsabile UFFICIO ALP se con privato - Responsabile AALLGG convenzioni se con PA(per istruttoria)	5	3	15	critico	Utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti, richiesta (autocertificazione) del possesso requisiti necessari quando previsti (con controllo a campione). Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari istituzionale o libera professione in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria/ Responsabile e UFFICIO ALP se con privato - Responsabile e AALLGG convenzioni se con PA	Indicazione delle tariffe nelle convenzioni
3	Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto	Responsabile UFFICIO ALP se con privato - Responsabile AALLGG convenzioni se con PA								

PROCESSO N. 11 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROSO, CONSULENZE O SERVIZI AGGIUNTIVI RISPETTO A QUELLI ORDINARI AI SENSI ART. 43 C. 3 L.27/12/1997, N.449											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accredimento o del mantenimento dello stesso. Conflitto di interessi in caso la controparte sia produttore di dispositivi medici e/o potenziale fornitore IOR. Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Mancanza imparzialità rispetto ai professionisti interni coinvolti	Direzione Scientifica/Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	3	15	critico	Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'accredimento o al mantenimento dello stesso. Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione. Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti in base alle valutazioni del Responsabile della Struttura di riferimento	Già in essere	Direzione Sanitaria/Amministrazione - Responsabile UFFICIO ALP	Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti
2	Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti - raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari - Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria/Direzione Scientifica - responsabile UFFICIO ALP (per istruttoria)	5	3	15	critico		Già in essere	Direzione Sanitaria/Amministrazione - Responsabile UFFICIO ALP	
3	Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile UFFICIO ALP	5	3	15	critico	Attivazione percorso autorizzativo con Richiesta di parere favorevole sulla sottoscrizione dell'accordo; Valutazione e raccomandazione del RPCT IOR; Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi; Impegno alla non presenza in commissioni di gara firmato, parere favorevole espresso dal Direttore di Struttura di riferimento	Già in essere	Direzione Sanitaria/Amministrazione - Responsabile UFFICIO ALP	Acquisizione del parere preventivo e vincolante da parte delle strutture interne coinvolte e del Direttore di Area alle stesse appartenenti, acquisizione e verifica assenza conflitto di interesse. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI

MACROPROCESSO N. 12		ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI ATTRAVERSO INTERCENTER/SERVIZIO ACQUISTI METROPOLITANO							
FASE		RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI	MISURE AZIENDE	MISURE INTERCENTER			
1 - Programmazione	1.1	Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	1) Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari; 2) Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	1) Ritardata o mancata approvazione della programmazione; 2) Ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; 3) reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento;	Segregazione funzioni informativi Reporting	Flussi	1) Definizione congiunta della programmazione regionale biennale "masterplan" e dei relativi aggiornamenti secondo tempistiche definite; 2) Condivisione di linee guida / istruzioni operative che definiscano modalità e tempistiche di redazione della programmazione 3) Pubblicazione della programmazione e degli aggiornamenti 4) <b>Corretta individuazione degli attori da coinvolgere in relazione alle specifiche competenze per identificare le procedure da inserire nella programmazione (parte aziendale da realizzare - parte regionale già in essere Rif. DGR. 744 del 21.05.18)</b> ; 5) Controllo dei tempi di attivazione delle procedure di gara in relazione alle scadenze		
	1.2	Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali							
	1.3	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)							
2 - Progettazione	2.1	Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 2) Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate			1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio; 3) Definizione di modalità di autorizzazione delle richieste di acquisto fuori programmazione con inserimento delle motivazioni	1) Controllo periodico dell'andamento della programmazione e pubblicazione degli stati di avanzamento della stessa; 2) Individuazione ed applicazione di strumenti di controllo e monitoraggio;	
	2.2	Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori	1) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate; 2) attivazione di procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di convenzioni dei soggetti aggregatori	Flussi informativi Reporting		1) Monitoraggio periodico dei livelli di adesione alle convenzioni dei soggetti aggregatori		
	2.3	Individuazione RUP (o sostituzione)	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza			Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse	Rotazione	1) Rotazione RUP, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze richieste per medesime procedure di affidamento e/o in base ai settori di acquisto; 2) Predisposizione ed acquisizione della modulistica relativa alle dichiarazioni di assenza di conflitto d'interesse	
	2.4	Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predefiniti in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	1) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 2) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato				Adeguatezza livello di trasparenza delle procedure di indagine/sondaggio di mercato	
	2.5	Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilità dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	1) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato		Segregazione funzioni conflitti d'interesse	Gestione	1) Regolamentazione delle procedura attraverso le quali si procede all'acquisizione di beni/servizi di natura infungibile o in regime di esclusività; 2) Utilizzo di specifica modulistica compilata dal richiedente l'acquisto, finalizzata all'attestazione della infungibilità/esclusività dei prodotti/servizi con esplicitazione delle motivazioni a supporto; 3) Valutazione delle eventuali candidature da parte di figure tecniche ed utilizzo di specifica modulistica con la quale si rende noto l'esito di tali valutazioni; 4) Utilizzo del "Dialogo tecnico" e sua regolamentazione (pubblicità)	Si ritiene che questa misura non possa applicarsi ad Intercenter-ER che effettua direttamente o riceve dai competenti servizi dell'assessorato alla Sanità, le indagini di mercato volte ad accertare l'infungibilità (esclusiva industriale) di un bene/servizio
	2.6	Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	1) Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza. 2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto; 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara			Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi	Rotazione Reporting	1) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella redazione della documentazione di gara (Componenti del Gruppo Tecnico) di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara e di un impegno alla riservatezza. 2) Individuazione formale dei componenti del Gruppo Tecnico da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione uniforme delle modalità di individuazione da definire entro il 2019 (rif. DGR 744 del 2018) Monitoraggio della partecipazione ai lavori di redazione del Capitolato di gara e dei tempi con eventuali interventi sostitutivi; 4) Rotazione dei componenti i gruppi tecnici nelle diverse edizioni dello stesso appalto o in gare ad oggetto analogo e caratterizzate da mercati di riferimento coincidenti;	
	2.7	Quantificazione dei fabbisogni di gara	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;			Segregazione Funzioni Utilizzo procedure informatizzate		1) Individuazione di referenti tecnici di gara responsabili della quantificazione dei fabbisogni; 2) definizione di una regolamentazione relativa alle modalità (flussi e tempi) di raccolta dei fabbisogni;	

2.8	Scelta della procedura di aggiudicazione	1) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. 2) Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. 3) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa.	1) elevato numero di procedure negoziate; 2) reiterato ed immotivato ricorso alla procedura negoziata per lo stesso oggetto di gara; 3) Frequenti "sforamenti" dei contratti stipulati in esito a procedure "sottoasoglia"		1) Inserimento nella Determina a contrarre/determina di indizione delle motivazioni in ordine alla scelta della procedura ed alla tipologia contrattuale. 2) verifiche relative agli andamenti contrattuali, alle loro "varianti" ed ai loro ampliamenti
2.9	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad asimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti 3) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; 5) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		Segregazione delle funzioni	1) Utilizzo di documenti standard conformi alle normative ed ai bandi-tipo ANAC 2) Sottoscrizione da parte dei concorrenti di impegni specifici al rispetto delle previsioni di cui ai protocolli di legalità o patti di integrità con inserimento nei contratti di una clausola risolutiva del contratto a favore della stazione appaltante in caso di gravi inosservanze delle clausole contenute in tali documenti 3) adozione di criteri di valutazione della qualità di carattere oggettivo 4) Utilizzo della consultazione preliminare di mercato opportunamente pubblicizzata e regolamentata; 5) Sottoscrizione da parte dei componenti del gruppo di un impegno alla riservatezza
2.10	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) Inferiori a €40.000	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto			1) regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori
3.1	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER)	Inadeguata pubblicità'	1) Frequenti richieste di trasmissione dei documenti di gara da parte di potenziali fornitori; 2) frequenti richieste di proroga dei termini di presentazione delle offerte	Procedure informatizzate Flussi informativi Reporting	1) Tempestività nella pubblicazione/trasmisione della comunicazione; 2) Osservanza delle norme e delle linee guida; 3) Indicazione nella programmazione dei termini previsti per la pubblicazione
3.2	Invio invito operatori economici (sottosoglia)	MISURE GIÀ DEFINITE IN ALTRE FASI (2.9 - 2.10)			
3.3	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.		Procedure informatizzate	1) Accessibilità della documentazione di gara e/o delle informazioni complementari rese. 2) Evidenza delle motivazioni a supporto della concessione di proroghe nei termini di presentazione offerte.
3.4	Ricezione offerte			Procedure informatizzate	
3.5	Valutazione documentazione amministrativa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione "Soccorso istruttorio")		Procedure informatizzate	1) Verbalizzazione seduta di gara; 2) Check list controllo documenti previsti dal bando
3.6	Nomina Commissione Giudicatrice (transitorio in attesa di applicazione linee guida Anac)	1) Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi Rotazione Reporting	1) Composizione della Commissione con figure tecniche e professionali diversificate per competenza e provenienza aziendale, 2) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice.; 3) Sottoscrizione da parte dei soggetti coinvolti nella valutazione di dichiarazioni in cui si attesta l'assenza di interessi personali in relazione allo specifico oggetto della gara. 4) Individuazione formale dei componenti della Commissione da parte delle Aziende sanitarie sulla base di una regolamentazione condivisa delle modalità di individuazione 5) monitoraggio tempi di nomina; 6)
3.7	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. 2) Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate Flussi Informativi Rotazione Reporting	1) Monitoraggio tempi di lavoro della commissione giudicatrice; 2) Verbalizzazione delle decisioni relative all'attribuzione dei punteggi di qualità con motivazione
3.9	Valutazione economica offerte			Procedure informatizzate	

3 - Selezione del	3.10	Verifica di anomalia delle offerte	1) Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili 2) Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche; 3) assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta; 4) Accettazione di giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate	Rotazione	1) Supporto uffici stazione appaltante al RUP per la valutazione dell'anomalia; 2) Valutazione effettuata dalla commissione giudicatrice o da commissione ad hoc 3) Verbalizzazione del procedimento di valutazione delle offerte anomale e di verifica della congruità dell'offerta che dia dettagliatamente conto delle motivazioni a sostegno della scelta
	3.11	Controlli pre aggiudicazione/pre stipula	1) Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per pretermettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.				1) Utilizzo sistema AVCPass. 2) Funzione centralizzata per l'acquisizione dei documenti, tracciabilità della richiesta nell'archivio informatizzato dei documenti sui quali è stato effettuato il controllo.
	3.12	Adozione atto di aggiudicazione	Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.				Monitoraggio tempi
	3.13	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva	Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.				Check list di controllo sul rispetto degli adempimenti e formalità di comunicazione previsti dal Codice
	3.14	Annullamento della gara/ Revoca del bando	Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento				Controllo a campione nella documentazione di gara circa il rispetto dell'obbligo di motivazione in ordine alla legittimità, opportunità, convenienza del provvedimento di revoca
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	4.1	Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/imposti non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara		Flussi informativi Reporting		1) Monitoraggio tempi di adesione alle convenzioni o sottoscrizione dei contratti; 2) Monitoraggio adesione alle convenzioni in collaborazione con Intercenter
	4.2	Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse	Rotazione	1) Regolamentazione delle modalità di individuazione DEC e collaboratori; 2) Sottoscrizione da parte del DEC di dichiarazione che attesta l'assenza di interessi personali in relazione alla ditta affidataria dell'appalto; 3) Formazione dei DEC e collaboratori
	5.1	Autorizzazione al subappalto	1) Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2) Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3) Accordi collusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.				a) Adempimento delle prescrizioni di legge in materia di subappalto. b) Protocollo di legalità applicato agli appalti di lavori e misti di lavori/forniture/servizi. c) Comunicazione al Responsabile per la prevenzione della corruzione di situazioni di inosservanza degli adempimenti in materia di subappalto e ad Intercenter per le convenzioni. d) Comunicazione da parte di Intercenter alle aziende degli eventuali subappalti,
	5.2	Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	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 o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi.		Flussi informativi Reporting		a) Rispetto delle prescrizioni del Codice Appalti relative alla redazione varianti; b) Varianti autorizzate con provvedimento dell'Azienda o da Intercenter adeguatamente motivato in ordine al riscontro delle fattispecie normative; c) Trasmissione al RPC delle varianti trasmesse all'ANAC; d) Monitoraggio di non sforamento del "sesto quinto"
	5.3	Affiancamenti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancamenti e sostituzione di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore		Procedure informatizzate		1) Regolamentazione delle modalità autorizzative degli affiancamenti/sostituzioni; 2) definizione di percorsi condivisi per affiancamento / sostituzione prodotti contrattualizzati sulla base di convenzioni Intercenter 3) utilizzo delle piattaforme informatiche

5 - Esecuzione del Contratto	5.4	Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolato. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari. 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.		Flussi informativi Reporting	1) Verifica periodica dei livelli di qualità attesi per gli appalti di servizi attraverso indicatori specifici. 2) Applicazione di eventuali penali a seguito di non conformità riscontrate nell'esecuzione del contratto. 3) Definizione procedure su "non conformità e acquisti in danno" 4) Condivisione delle modalità di gestione dei flussi informativi con la centrale di committenza	
	5.5	Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS		Flussi informativi Reporting	1) Periodici controlli verbalizzati sulla corretta attuazione del PSC/POS a cura del coordinatore della sicurezza in esecuzione. 2) Applicazione misure previste dal DUVRI in riferimento alla procedura aziendale sui rischi di interferenza.	
	5.6	Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.			Rigorosa adesione al Codice degli appalti.	
	5.7	Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.			1) Rispetto delle prescrizioni di legge riguardo l'applicazione dell'Accordo Bonario. 2) Indicazione nei documenti di gara del foro competente con esclusione del ricorso ad arbitrati. 3) Fermo restando l'obbligo di oscurare i dati personali relativi al segreto industriale o commerciale, pubblicazione degli accordi bonari in Amministrazione trasparente, altri contenuti.	
6 - Rendicontazione del contratto	6.1	Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante. Rilascio del certificato di collaudo/regular esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse	1) Verbali di collaudo conformi alla normativa. 2) Sottoscrizione dichiarazione conflitto d'interesse	

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI \*

MACROPROCESSO N. 12 BIS - ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI ATTRAVERSO SEVIZIO UNICO METROPOLITANO ECONOMATO										
classificazione ANAC	Area di rischio	fase	processo	descrizione	possibili rischi	Dip. UO	trattamento del rischio			note
							classificazione rischio	misure generali	misure specifiche	
1. GENERALI	1.1 CONTRATTI PUBBLICI	1.1.1 Programmazione	Analisi e definizione dei fabbisogni	La gestione dei contratti prevede la verifica periodica dello scadenziario per la predisposizione dei fabbisogni. L'analisi dei fabbisogni degli articoli contenuti nei contratti in scadenza prevede la verifica dello storico dei consumi per categoria merceologica e la contestuale stima quantitativa annua per singolo articolo. Viene compilato un elenco degli articoli contenente, oltre alle quantità annue presunte, anche le specifiche relative alla descrizione del prodotto codice di Repertorio e CND, solo per i dispositivi medici- DM e ultimo prezzo unitario applicato. L'elenco viene poi trasmesso al SAM per la predisposizione ed espletamento procedura di	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economicità con possibili anomalie quali: • Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione • eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali • reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo oggetto • reiterazione dell'inserimento di specifici interventi, negli atti di programmazione, che non approdano alla fase di affidamento ed esecuzione • presenza di gare aggiudicate con frequenza gli stessi soggetti o di gare con unica offerta valida	SUME	M	trasparenza segregazione delle funzioni flussi informativi reporting	- verifica dello storico dei consumi per categoria merceologica e la contestuale stima quantitativa annua per singolo articolo - predisposizione e condivisione di linee guida/situazioni operative che definiscano modalità e tempistiche di redazione della programmazione - rispetto tempistiche	
1. GENERALI	1.1 CONTRATTI PUBBLICI	1.1.2 Progettazione	Fornitura di beni di valore < 40.000	Acquisti mediante emissione di ordini in economia	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e le caratteristiche dei prodotti.	SUME	M	trasparenza	Regolamentazione delle modalità di ricorso agli acquisti diretti con rotazione dei fornitori	
1. GENERALI	1.1 CONTRATTI PUBBLICI	1.1.5 Esecuzione del contratto	Acquisti mediante emissione ordini su contratto	Gli ordini di beni e servizi ricompresi in contratto vengono emessi utilizzando il contratto sottoscritto dal SAM. Il contratto definisce l'oggetto, il fornitore, le condizioni e le modalità di acquisto e di pagamento. Gli elementi essenziali del contratto (importo, durata, cig) vengono inseriti in procedura EUSIS MAGAZ dal SAM sulla base di atti deliberativi o determine. L'UO Economato provvede, se necessario, all'aggiornamento dei listini informativi su indicazione dell'UO Acquisti nonché all'aggiornamento dell'anagrafica prodotti per garantire la chiara individuazione degli articoli acquistabili. Per l'emissione degli ordini vengono effettuate le elaborazioni su procedura per valutare la necessità di riordino e il ripristino delle scorte rispetto ai parametri di scorta minima prefissati. In caso l'importo dei contratti aggiudicati non sia sufficiente a coprire i fabbisogni l'UO Economato provvede ampliando gli importi nei limiti contrattuali consentiti (ampliamento del 20%) contemporaneamente segnalando all'UO Acquisti le modifiche		SUME	B	procedure informatizzate		

**AREA GENERALE: ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE**

PROCESSO N. 13								
PROCEDURE CONCORSUALI/SELETTIVE PER RAPPORTO DI LAVORO A TEMPO INDETERMINATO/DETERMINATO								
	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Analisi e definizione dei fabbisogni/attivazione procedura	Adozione bandi in assenza presupposti programmatori; Adozione bandi senza previa verifica effettiva carenza di organico; mancata attivazione del bando concorsuale per utilizzo improprio di incarichi ad interim/facenti funzioni	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	<b>Generali:</b> trasparenza/rotazione/gestione conflitti di interesse/segregazione delle funzioni; <b>Specifiche:</b> monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno
2	Definizione del profilo ricercato	Uso distorto della discrezionalità: indicazione di requisiti troppo specifici ovvero troppo generici	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza condivisione delle fasi procedurali
3	Nomina Commissione	Rischio accordi occulti per attribuzione dell'incarico	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza gestione conflitti di interesse verifica preliminare incompatibilità e inconfiribilità dei commissari rotazione
4	Valutazione del Candidato	Eccessiva discrezionalità nella valutazione del punteggio per favorire certi candidati	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Predeterminazione e pubblicazione criteri di valutazione trasparenza-pubblicazione atti della procedura
5	Comunicazione dei risultati	Mancata pubblicazione esito selezione	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza-pubblicazione atti della procedura

PROCESSO N. 14								
PROCEDURE COMPARATIVE PER IL CONFERIMENTO DI CONTRATTI DI LAVORO AUTONOMO E DI COLLABORAZIONE								
	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Analisi e definizione dei fabbisogni/attivazione procedura	Adozione bandi in assenza presupposti programmatori; Adozione bandi senza previa verifica effettiva carenza di organico;	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	<b>Generali:</b> trasparenza rotazione gestione conflitti di interesse segregazione delle funzioni; <b>Specifiche:</b> monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno
2	Definizione del profilo ricercato e del compenso	Uso distorto della discrezionalità: indicazione di requisiti troppo specifici ovvero troppo generici	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza condivisione delle fasi procedurali
3	Nomina Commissione	Rischio accordi occulti per attribuzione dell'incarico	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza gestione conflitti di interesse verifica preliminare incompatibilità e inconfiribilità dei commissari rotazione
4	Valutazione del Candidato	Eccessiva discrezionalità nella valutazione dei curricula per favorire certi candidati	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Predeterminazione e pubblicazione criteri di valutazione trasparenza-pubblicazione atti della procedura
5	Comunicazione dei risultati	Mancata pubblicazione esito selezione	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza-pubblicazione atti della procedura

PROCESSO N. 15								
SELEZIONI DA CENTRO PER L'IMPIEGO								
	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Nomina Commissione	Rischio accordi occulti per attribuzione dell'incarico	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza gestione conflitti di interesse verifica preliminare incompatibilità e inconfiribilità dei commissari rotazione
2	Espletamento della procedura	Non corretto utilizzo degli elenchi degli idonei al fine di concedere privilegi o favori	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Regolamentazione Trasparenza

PROCESSO N. 16 PROCEDURE PER IL PASSAGGIO DIRETTO/MOBILITA' TRA P.A.								
1	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Analisi e definizione dei fabbisogni/attivazione procedura	Adozione bandi in assenza presupposti programmatori; Adozione bandi senza previa verifica effettiva carenza di organico;	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	<b>Generali:</b> trasparenza rotazione gestione conflitti di interesse segregazione delle funzioni; <b>Specifiche:</b> monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno
2	Definizione del profilo ricercato	Uso distorto della discrezionalità: indicazione di requisiti troppo specifici ovvero troppo generici	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza condivisione delle fasi procedurali
3	Nomina Commissione	Rischio accordi occulti per attribuzione dell'incarico	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza gestione conflitti di interesse verifica preliminare incompatibilità e inconfiribilità dei commissari rotazione
4	Valutazione del Candidato	Eccessiva discrezionalità nella valutazione dei curricula per favorire certi candidati	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Predeterminazione e pubblicazione criteri di valutazione trasparenza-pubblicazione atti della procedura
5	Comunicazione dei risultati	Mancata pubblicazione esito selezione	SUMAGP	5	4	20	<b>critico</b>	Trasparenza-pubblicazione atti della procedura

PROCESSO N. 17 COMANDI E DISTACCHI								
1	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Reclutamento del Personale	Uso distorto della discrezionalità/ uso improprio dell'istituto	SUMAGP	5	1	5	<b>medio</b>	<b>Generali:</b> trasparenza gestione conflitti di interesse <b>Specifiche:</b> monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno

PROCESSO N. 18 PROGRESSIONI ECONOMICHE E DI CARRIERA (INCARICO DIRIGENZIALE E INCARICO PERSONALE DEL COMPARTO - ex Posizioni organizzative e funzioni di coordinamento - PROGRESSIONI ORIZZONTALI)								
1	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Analisi e definizione dei fabbisogni/attivazione procedura	Adozione bandi in assenza presupposti programmatori; Adozione bandi senza previa verifica effettiva carenza di organico;	SUMAGP	4	4	16	<b>critico</b>	<b>Generali:</b> trasparenza; rotazione gestione conflitti di interesse segregazione delle funzioni; <b>Specifiche:</b> monitoraggio della corretta definizione del fabbisogno;
2	Definizione del profilo ricercato	Uso distorto della discrezionalità: indicazione di requisiti troppo specifici ovvero troppo generici	SUMAGP	4	4	16	<b>critico</b>	Trasparenza condivisione delle fasi procedurali
3	Nomina Commissione	Rischio accordi occulti per attribuzione dell'incarico	SUMAGP	4	4	16	<b>critico</b>	Trasparenza gestione conflitti di interesse verifica preliminare incompatibilità e inconfiribilità dei commissari rotazione
4	Valutazione del Candidato	Eccessiva discrezionalità nella valutazione dei curricula per favorire certi candidati	SUMAGP	4	4	16	<b>critico</b>	Predeterminazione e pubblicazione criteri di valutazione trasparenza-pubblicazione atti della procedura
5	Comunicazione dei risultati	Mancata pubblicazione esito selezione	SUMAGP	4	4	16	<b>critico</b>	Trasparenza-pubblicazione atti della procedura

**AREA GENERALE: GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO**

PROCESSO N. 19 GESTIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE DIPENDENTE, ASSIMILATO E AUTONOMO								
1	fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
	pagamento stipendi	modifiche non tracciate e/o ingiustificate dei dati contenuti nella banca dati aziendale; riconoscimento voci retributive non dovute/mancato riconoscimento voci retributive dovute	SUMAEP	2	5	10	rilevante	<p><b>Generali:</b> procedure informatizzate trasparenza: pubblicazione contrattazione collettiva di valenza economica, pubblicazione retribuzioni erogate ai dirigenti segregazione delle funzioni;</p> <p><b>Specifiche:</b> accessi degli operatori profilati e tracciati</p>

PROCESSO N. 20 GESTIONE DEI PAGAMENTI – GESTIONE DELLE CESSIONI DI CREDITO – CONTROLLI COLLEGATI ALL’EMISSIONE DEI MANDATI								
	fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	Ricezione della fattura	Accettazione di fatture elettroniche ricevute tramite piattaforma digitale Sdi dell’Agenzia delle Entrate (Art.25,DL66/2014) oppure cartacea non conformi	SUMCF	2	2	4	medio	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
2	Contabilizzazione della fattura con indicazione dell’importo liquidato, sospeso e/o non liquidabile	Registrazione contabile delle fatture ricevute tramite SDI e verifica di presenza di bolla elettronica di liquidazione	SUMCF	2	2	4	medio	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
3	Eventuale comunicazione dei debiti scaduti da parte del SUMCF ai servizi gestori	Mancata trasmissione periodica ai servizi gestori dell’elenco delle fatture non liquidate	SUMCF	3	1	3	trascurabile	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
4	Eventuale certificazione dei crediti su istanza del creditore	Accettazione o rifiuto delle richieste di cessione di credito	SUMCF	5	1	5	medio	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
5	Eventuale anticipazione e/o cessione dei crediti certificati ad intermediario finanziario abilitato	Accettazione o rifiuto delle richieste di cessione di credito	SUMCF	5	2	10	rilevante	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
6	Eventuale compensazione dei crediti certificati con somme dovute agli agenti della riscossione a seguito di iscrizione a ruolo ex art. 28 quater del D.P.R. 602/1973; ovvero con somme dovute in base ad istituti definitivi della pretesa tributaria o istituti deflativi del contenzioso tributario ex art. 28 quinquies del D.P.R. 602/1973		SUMCF	5	2	10	rilevante	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
7	Pagamento della fattura	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati e pagamenti di fatture non autorizzate	SUMCF	4	3	12	rilevante	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
8	Anagrafiche fornitori e cessioni di credito	Alterazione anagrafiche e appoggi bancari a proprio favore o di terzi	SUMCF	5	2	10	rilevante	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo/Rotazione
9	Registrazione fatture	Alterazione data scadenza creazione documento fittizio	SUMCF	2	2	4	medio	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
10	Pagamenti beni e servizi	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati e pagamenti di fatture non autorizzate	SUMCF	4	3	12	rilevante	Segregazione delle funzioni/procedure informatizzate/Regolamentazione/Supervisione Controllo
11	Verifiche DURC e Agenzia delle Entrate - Riscossione	Mancata verifica e conseguente pagamento non dovuto	SUMCF	5	2	10	rilevante	Supervisione Controllo

PROCESSO N. 21 VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A € 40.000)										
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
1	Individuazione dei requisiti per la partecipazione alla selezione	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Funzionari tecnici ed amministrativi SC PAT	5	4	20	<b>critico</b> Focus sui requisiti: Maggior coinvolgimento possibile nella stesura degli atti delle professionalità coinvolte	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di richieste di accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
2	Individuazione vincitore	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT	5	4	20	<b>critico</b> Focus sui verbali relativi all'individuazione	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di richieste di accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
3	Contratto di vendita/locazione	Inosservanza del codice di comportamento IOR e dei patti di integrità	Funzionario amministrativo SC PAT	5	4	20	<b>critico</b> Verifica inserimento in tutti i contratti del richiamo al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità e relativa sottoscrizione	Già in corso	Direttore SC PAT	Presenza patti di integrità e richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR in tutti i contratti

**AREA GENERALE: INCARICHI E NOMINE**

PROCESSO N. 22		CONFERIMENTO INCARICHI DIRIGENZIALI DI STRUTTURA COMPLESSA - PERSONALE RUOLO SANITARIO						
fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio	
1	Analisi e definizione dei fabbisogni (PROFILO OGGETTIVO)/attivazione procedura	Adozione bandi in assenza presupposti programmatori; Adozione bandi in assenza della prevista autorizzazione;	SUMAGP	5	5	25	<b>critico</b>	Generali: trasparenza rotazione gestione conflitti di interesse
2	Definizione del profilo ricercato (PROFILO SOGGETTIVO)	Uso distorto della discrezionalità: indicazione di requisiti troppo specifici ovvero troppo generici	SUMAGP	5	5	25	<b>critico</b>	Trasparenza condivisione delle fasi procedurali
3	Nomina Commissione	Rischio accordi occulti per attribuzione dell'incarico	SUMAGP	5	5	25	<b>critico</b>	Trasparenza gestione conflitti di interesse verifica preliminare incompatibilità e inconferibilità dei commissari rotazione
4	Valutazione del Candidato	Eccessiva discrezionalità nella valutazione per favorire certi candidati	SUMAGP	5	5	25	<b>critico</b>	Predeterminazione e pubblicazione criteri di valutazione trasparenza-pubblicazione atti della procedura
5	Comunicazione dei risultati	Mancata pubblicazione esito selezione	SUMAGP	5	5	25	<b>critico</b>	Trasparenza-pubblicazione atti della procedura

PROCESSO N. 23		AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016)									
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischiosità		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Stesura delle specifiche tecniche relative all'incarico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Funziario tecnico SC PAT	5	4	20	<b>critico</b>	Focus sulle specifiche tecniche; maggiore coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SC PAT	N. richieste di accesso agli atti, contestazioni e ricorsi presentati
2	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento	Funzionari tecnici ed amministrativi SC PAT	5	4	20	<b>critico</b>	Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SC PAT	N. richieste di accesso agli atti, contestazioni e ricorsi presentati
3	Stesura disciplinare di incarico	Inosservanza patti di integrità/codice di comportamento IOR	Funziario amministrativo SC PAT	5	4	20	<b>critico</b>	Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	Già in corso	Direttore SC PAT	Presenza dei patti di integrità e richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR su tutti i disciplinari

PROCESSO N. 24		CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO "ATIPICO" - RICERCA									
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Espletamento della procedura comparativa	Conflitto di interesse di membro della Commissione Distorta valutazione dei curricula rispetto all'avviso pubblico per favorire un candidato	Commissione Valutatrice	3	1	3	<b>trascurabile</b>	Verifica dell'esposizione della motivazione della scelta del candidato idoneo all'interno del verbale	Già in essere	SCAR	Report numero verbali verificati

AREA GENERALE: AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

PROCESSO n. 25 ASSICURAZIONE RCT - GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Apertura sinistro, tramite broker, a seguito di richiesta di risarcimento danni, notifica atto di citazione, accertamento tecnico preventivo e procedimento penale.	Non seguire l'ordine cronologico di arrivo delle richieste privilegiandone alcune rispetto ad altre	SSD Affari Legali	5	5	25	critico	Inserimento delle pratiche in ordine temporale come da manuale di gestione flussi documentali. Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei tempi indicati nel manuale di gestione flussi documentali. Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
2	Trasmissione al broker della documentazione sanitaria, raccolta dalla Direzione Sanitaria e trasmissione al broker relazione dei sanitari	Privilegiare casi piuttosto che altri	SSD Affari Legali	5	5	25	critico	Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
3	Predisposizione ordine del giorno ODG (elenco dei sinistri istruiti) per incontro del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	Decidere di trattare un sinistro piuttosto che un altro o presentare uno con istruttoria parziale	SSD Affari Legali	5	5	25	critico	Acquisizione relazioni medico legali interne e pareri redatti dai fiduciari della Compagnia di Assicurazioni (la Compagnia generalmente coinvolge due fiduciari).	In essere	SSD Affari Legali	Pluralità fonti istruttorie IOR e Compagnia
4	Gestione del sinistro anche in relazione all'eventuale evoluzione del sinistro anche in giudizio	Decisione legata ad interessi personali	SSD Affari Legali - Loss Adjuster	5	5	25	critico	Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno	In essere	SSD Affari Legali	Verbalizzazione degli incontri
5	Liquidazione rimborso franchigia contrattuale per i sinistri liquidati	Irregolarità nella gestione e inosservanza delle regole sulla trasparenza	SSD Affari Legali	5	5	25	critico	Controllo delle richieste di rimborso approvate con atto deliberativo pubblicato e nel rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
6	Segnalazione alla Corte dei Conti dei sinistri liquidati ex art. 1 CPV. L. n. 20/94 e succ. modif	Scelta dei casi da inviare allo scopo di occultare alcune posizioni di possibile danno erariale	SSD Affari Legali	5	5	25	critico	Monitoraggio dei mandati di pagamento e invio cronologico ed esaustivo nel rispetto del protocollo operativo interno	In essere	SSD Affari Legali	Invio mandato per mandato

PROCESSO n. 26 GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori	
1	Valutazione degli atti notificati	Tutela di un interesse particolare	Direttore Generale/Amministrativo e SSD Affari Legali e Generali	5	3	15	critico	Inquadramento del caso e decisione sulle modalità per la tutela degli interessi dell'Ente	Già in essere	Direzione Generale	
2	Scelta del difensore e attribuzione incarico	Illogicità della scelta effettuata in base a preferenze personali. Immotivata ripetitività incarichi. Assegnazione a soggetti in conflitto di interessi	Direttore Generale	5	3	15	critico	Verifica della congruità della scelta fiduciaria della Direzione rispetto al bisogno di difesa nel caso concreto. Report degli incarichi assegnati nell'anno per valutazione possibile rotazione degli stessi. Acquisizione dichiarazione di insussistenza conflitto di interesse prima dell'assegnazione dell'incarico	Già in essere	SSD Affari Legali e Generali	Rotazione effettiva degli incarichi. Presenza dichiarazione di assenza conflitto di interesse
3	Accettazione preventivo. Liquidazione del compenso	Accettazione preventivo sproporzionato al caso. Pagare una somma non pattuita	SSD Affari Legali	5	3	15	critico	Valutazione del preventivo in base ai parametri e principi stabiliti dall'AVEC rif. Tariffe DM 55/2014. Verifica congruità tra preventivo e fattura	Già in essere	SSD Affari Legali	Proportionalità preventivo alle tariffe. Scostamento tra quanto pagato rispetto a quanto preventivato
4	Pubblicazione dei compensi dei curricula	Mancanza di trasparenza	SSD Affari Legali	5	3	15	critico	Aggiornamento semestrale esaustivo delle liquidazioni effettuate ai professionisti	Già in essere	SSD Affari Legali e Generali	

AREA SPECIFICA: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

PROCESSO N. 27 LIBERA PROFESSIONE											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Ricoveri programmati	Inserimento in lista d'attesa di un paziente con diagnosi volutamente sottostimata al fine di agevolarlo. Predisposizione preventivo di spesa sottostimato in relazione alla diagnosi del medico	Medico	5	3	15	critico	Applicativo Sistema Informativo Rizzoli/Speditalità per gestione "pratica ricovero" (preventivo, periodo di ricovero, SDO, spese per eventuale accompagnatore, maggiori confort ecc.)	Già in essere	Direzione sanitaria / SSD AS	Controllo mensile ai fini dell'invio dei flussi informativi agli Uffici preposti al pagamento degli onorari
2	Prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale	Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico	Medico	5	3	15	critico	1) Per verifiche attività esterna : Applicativo Informativo CUPWEBALP fornito dalla RER (gestione attività prenotazione, erogazione prestazione e incasso); 2) Per verifica attività interna IOR: Applicativo Informativo Sistema Informativo Rizzoli (SIR) per gestione prenotazione, accettazione, erogazione prestazione e Cassa Interna per riscossione.	Già in essere	Direzione sanitaria / SSD AS/ Direzione Bilancio e Programmazione Finanziaria	Applicazione regolamenti IOR Flussi informativi per pagamento degli onorari

PROCESSO N. 28 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico. Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico	Informatizzazione della lista d'attesa di ricovero. Inserimento della data di "presa in carico" del paziente non pronto per distinguere dal paziente pronto per il ricovero. Presenza di campo obbligatorio per modifica della classe di priorità	Già attiva	In base alle competenze	
2	Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico	- Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato n°PG23DS rev.1 – novembre 2016	Già in corso	Direzione sanitaria - Direttori UU.OO.	Check list con utilizzo mod. 02 della procedura PG23DS con cadenza semestrale
								- Pubblicazione sul sito internet dei tempi d'attesa aziendali	Già in corso	Ufficio Marketing	Verifica esecuzione aggiornamento periodico
								- Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12) (estrazione dati SIR)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere almeno ogni tre mesi ai Direttori di UO un report con il numero di pazienti inseriti in classe A che hanno superato i 30gg d'attesa	Invio report con il N° di pazienti in Classe A con TdA > 30GG7N° di pazienti in Classe A
								Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libero-professionista rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale	Già in corso	Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività libero-professionista/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale	Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività libero-professionista/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale

PROCESSO N. 29 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN										
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
1 Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico. Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico	Informatizzazione della lista d'attesa di ricovero. Inserimento della data di "presa in carico" del paziente non pronto per distinguerlo dal paziente pronto per il ricovero. Presenza di campo obbligatorio per modifica della classe di priorità	Già attiva	In base alle competenze	
2 Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico	- Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato n°PG23DS rev.1 – novembre 2016	Già in corso	Direzione sanitaria - Direttori UU.OO.	Check list con utilizzo mod. 02 della procedura PG23DS con cadenza semestrale
							- Pubblicazione sul sito internet dei tempi d'attesa	Già in corso	Ufficio Marketing	Verifica esecuzione aggiornamento periodico
							- Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12) (estrazione dati SIR)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere almeno ogni tre mesi ai Direttori di UO un report con il numero di pazienti inseriti in classe A che hanno superato i 30gg d'attesa	Invio report con il N° di pazienti in Classe A con TdA > 30GG7N° di pazienti in Classe A
							Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libera-professione rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale	Già in corso	Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività libero-professionale/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale	Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività libero-professionale/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale

AREA SPECIFICA: RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

PROCESSO N. 30											
CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione di diverse opzioni. Favorire una struttura volontariamente	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento	5	4	20	critico	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere	Direzione Sanitaria	Indicazione, nelle premesse degli atti convenzionali, delle motivazioni di scelta e delle eventuali comparazioni effettuate in caso di strutture private e inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR
2	Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica diretta della parte inerente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/ scientifica/sanitaria/ professionale ecc..) Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie. Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)	5	4	20	critico	Predisposizione accordi quadro con P.A.	Già in essere	Responsabile Procedimento AA.GG./ Controllo di Gestione/ Direzione Sanitaria	Predisposizione procedura per gestione e monitoraggio convenzioni passive.
Trasmissione delle convenzioni al Controllo di Gestione per verifica congruità economica Monitoraggio convenzioni passive								Formalizzazione atto previa acquisizione parere del CdG. Maggior integrazione dei dati relativi alle attività conseguenti alla stipula tra le strutture coinvolte. Controllo a campione sulla partecipazione societaria per verifica assenza conflitto di interesse. Verifica della gestione tramite accordo quadro delle convenzioni con l'ente di riferimento con esclusione di quelle gestite dai servizi unificati			
3	Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, tipologia di atto mancata adozione della forma prevista per la	Responsabile del procedimento AA.GG.	5	4	20	critico				

AREA SPECIFICA: FARMACEUTICA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI

PROCESSO N. 31 PROGETTI DI RICERCA – PARTENARIATO CON TERZE PARTI											
Fasi	elenco rischi	responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Contrattazione di fee a favore di terzi non legittimati dal progetto	Previsione all'interno del contratto di fee a favore di terzi non previsti dal progetto, non a carico dei costi standard	Ricercatore e Responsabile	4	3	12	rilevante	verifica che nei contratti sottoscritti non si prevedano compensi a favore di terzi non corrispondenti a quanto previsto dal progetto di ricerca approvato dall'Ente finanziatore	Già in essere	SCAR	Report di contratti di ricerca collaborativa approvati (tutti i contratti inseriti nel report sono stati valutati e redatti previa verifica della corrispondenza del finanziamento alla luce del progetto approvato

PROCESSO N. 32 STIPULA DI CONTRATTI DI RICERCA COMMISSIONATA DA TERZI											
Fasi	rischi	Responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Attivazione di un contratto per progetto di ricerca scientifica con un soggetto finanziatore	Scelta del contraente influenzata da interessi personali del ricercatore/SCAR	Responsabile Scientifico del progetto (PI); Direzione Scientifica	4	3	12	rilevante	Assenza di conflitti di interesse	Già in corso	SCAR	Verifica reclami effettuati ai sensi della procedura PGIO 02 DSC "Gestione Indagini soddisfazione del cliente - Aziende e gestione reclami"

PROCESSO N. 33 APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO											
	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
1	Presentazione studio clinico	Vantaggio personale diretto o indiretto da qualche azienda al ricercatore	Ricercatore	5	2	10	rilevante	Rispetto Regolamento Comitato Etico (e procedura PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014) – approvato con delibera n. 240 del 16/6/2014	Già in corso	Comitato Etico	Numero studi non autorizzati con motivazione inerente al non rispetto della procedura (verificato sul parere del Comitato Etico)
2	Valutazione e negoziazione del contratto	Approvazione di contratti che favoriscano interessi privati (dello sponsor/ricercatore). Previsione di output di ricerca con vincolo di risultato	Ricercatore e Comitato Etico	4	3	12	rilevante	Procedura prevista di invio del contratto a SCAR	Già in corso	SCAR	Corrispondenza tra contratti valutati/negoziati da SCAR e contratti presentati tra la documentazione sottoposta al Comitato Etico
3	Istruttoria e Valutazione della documentazione da parte del Comitato Etico	Agevolare la prioritaria sottomissione di uno studio per favorire interessi privati di una azienda. Conflitto di interesse da parte di membri del Comitato Etico e/o ricercatore	Presidente segreteria del Comitato Etico. Ricercatore	2	2	4	medio	Dichiarazione dei Componenti del Comitato Etico di obbligo a non pronunciarsi qualora possa sussistere un conflitto di interesse. Dichiarazione di mancanza di conflitto di interesse da parte del ricercatore. Rispetto Regolamento Comitato Etico (e procedura PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014) – approvato con delibera n. 240 del 16/6/2014	Già in corso	Segreteria Comitato Etico	Numero dichiarazioni pervenute/lot. Dichiarazioni dovute Numero di studi commissionati/contenenti studi sponsorizzati profit
4	Svolgimento della sperimentazione	Infedeltà rispetto a quanto definito nel contratto rispetto agli output da rendere all'azienda	Ricercatore e Sponsor	3	3	9	rilevante	Pubblicazione dei risultati ottenuti trasmissione dei risultati ottenuti tramite protocollo	Già in corso	CTC	Numero di studi con pubblicazioni o inviati con regolare protocollo (ove la pubblicità non sia possibile)

**ALLEGATO 2**  
**AL PTPCT IOR 2021-2023**

---

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis	
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione individuate ai sensi dell'articolo 1, comma 2-bis della legge n. 190 del 2012, (MOG 231) ( <a href="#">link alla sotto-sezione Altri contenuti/Anticorruzione</a> )	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	RPCT			
	Atti generali	Art. 12, c. 1	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi <i>link</i> alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Link al sito "Normattiva" - Entro 30 gg dalla conoscenza	SC AALLGG			
			Atti amministrativi generali	Directive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sulla organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di esse	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG			
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	RPCT - SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione (per quanto di competenza)			
		Art. 12, c. 2	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli Statuti e delle norme di legge regionali, che regolano le funzioni, l'organizzazione e lo svolgimento delle attività di competenza dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG			
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12, c. 1-bis	Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1	Scadenario obblighi amministrativi	Art. 12, c. 1-bis	Art. 12, c. 1	Art. 12, c. 1	Art. 12, c. 1	Art. 12, c. 1	Art. 12, c. 1
			Art. 34	Oneri informativi per cittadini e imprese	Regolamenti ministeriali o interministeriali, provvedimenti amministrativi a carattere generale adottati dalle amministrazioni dello Stato ....	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
	Burocrazia zero	Art. 37, c. 3, d.l. n. 69/2013 Art. 37, c. 3-bis, d.l. n. 69/2013	Burocrazia zero	Casi in cui il rilascio delle autorizzazioni di competenza è sostituito da una comunicazione dell'interessato	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 10/2016					
			Attività soggette a controllo	Elenco delle attività delle imprese soggette a controllo (ovvero per le quali le pubbliche amministrazioni competenti ritengono necessaria l'autorizzazione, la segnalazione certificata di inizio attività o la mera comunicazione)						
	Organizzazione	Titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Art. 13, c. 1, lett. a)		Si veda incarichi amministrativi di vertice	Non attinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati		Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali		Art. 28, c. 1	Rendiconti gruppi consiliari regionali/provinciali	Rendiconti di esercizio annuale dei gruppi consiliari regionali e provinciali, con evidenza delle risorse trasferite o assegnate a ciascun gruppo, con indicazione del titolo di trasferimento e dell'impiego delle risorse utilizzate	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
			Atti degli organi di controllo	Atti e relazioni degli organi di controllo	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
Articolazione degli uffici		Art. 13, c. 1, lett. b)	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione e Direttori/responsabili dei singoli Uffici			
			Art. 13, c. 1, lett. c)	(da pubblicare sotto forma di organigramma, in modo tale che a ciascun ufficio sia assegnato un link ad una pagina contenente tutte le informazioni previste dalla norma)	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione		
			Art. 13, c. 1, lett. b)		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	Dirigenti responsabili dei singoli uffici		
Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d)	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Marketing sociale				
	Art. 15, c. 2		Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca-SC PAT - SC AALLGG (per quanto di competenza)				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez. livello 1	Denominazione sotto-sez. livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 1, lett. b)	Consulenti e collaboratori  (da pubblicare in tabelle)	Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca-SC PAT - SC AALLGG (per quanto di competenza)		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)  Vanno inseriti membri commissioni concorsuali, collegio sindacale e OAS.
		Art. 15, c. 1, lett. c)		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca-SC PAT - SC AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 15, c. 1, lett. d)		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca-SC PAT - SC AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 15, c. 2 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'invio alla Funzione Pubblica	SUMAGP - Amm. Ricerca-SC PAT - SC AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca-SC PAT - SC AALLGG (per quanto di competenza)		
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG - MIUR	Da applicare a Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario (=Direttore Servizi Sociali=Direttore Scientifico, ove presenti) nei termini indicati dall'Art.41, con riferimento quindi a quanto previsto all'Art. 15 (cfr. cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017, e nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/6283542 del 12.04.2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG - MIUR		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	RER - SUMAEP		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG - MIUR		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Annuale - Entro il 30/06 e/o in relazione a comunicazioni della Regione	RER - SC AALLGG - MIUR		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Per ciascun titolare di incarico: Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP	Vedi nota precedente, con riferimento a Diretori di Dipartimento, Struttura complessa e struttura semplice	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAEP		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis punto 2, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis punto 2, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute nell'anno precedente e copia della dichiarazione dei redditi [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo		Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Annuale (non oltre il 30 marzo)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		Vedi nota precedente
		Art. 15, c. 5		Elenco posizioni dirigenziali discrezionali	Elenco delle posizioni dirigenziali, integrato dai relativi titoli e curricula, attribuite a persone, anche esterne alle pubbliche amministrazioni, individuate discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016			
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo			NA - Non Applicabile Aziende SSR
Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSN				
Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente	
		Art. 14, c. 1, lett. b)		Curriculum vitae	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. c)		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. d)		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. e)		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. e)		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, (il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla ricezione del provvedimento	RPCT		
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies.	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP	Inserire anche incarichi di funzione	
	Dotazione organica	Art. 16, c. 1	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato)
		Art. 16, c. 2	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		Banca Dati PERLAPA e SICO (Art. 9bis All. b)
		Art. 17, c. 2	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2)	La pubblicazione avviene entro la fine del mese successivo al trimestre	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3)	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento	SUMAGP		
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)
	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
		Art. 21, c. 2 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispongono, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	RELAZIONI SINDACALI/SUMAEP (per quanto di competenza)		
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. e)	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	OAS/OIV	Anche con rinvio a specifica pagina sul sito RER - <a href="http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri">http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri</a>	
		Art. 10, c. 8, lett. c)		Curricula	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	OAS/OIV		
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla nomina	OAS/OIV		
	Bandi di concorso	Art. 19	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonché i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8)	5 gg per pubblicazione del bando, 30 gg per pubblicazione di criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	SUMAGP		
	Sistema misurazione e valutazione Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	OAS/OIV/ SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione		
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione		
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione	Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez. livello 1	Denominazione sotto-sez. livello 2 (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Performance	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	Ammontare complessivo dei premi (da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP		
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP		
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	Dati relativi ai premi (da pubblicare in tabelle)	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	RELAZIONI SINDACALI		
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP		
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a)	Art. 22, c. 2	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Al momento non sono presenti enti pubblici vigilati		
				Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge			
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettanti (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge			
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge				
			Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge				
			Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge				
Art. 22, c. 1, lett. b)			Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG			
			Per ciascuna delle società: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG			
			2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG			
			3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis			
Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 2	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG		Banca Dati SIQeL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG					
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG					
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG					
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG						
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2014	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG						
		Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG						
	Provedimenti	Art. 22, c. 1, lett. d-bis	Provedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs 175/2016)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG	Non Applicabile per le società ex 9 bis D.Lgs 502/92 smi					
			Provedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG						
			Provedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG						
	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 2 (da pubblicare in tabelle)	Art. 22, c. 1, lett. c)	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	Al momento non sono presenti enti di diritto privato controllati				
					Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge					
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge					
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge					
4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione					Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge						
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante					Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge						
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari					Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge						
7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo					Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge						
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013					Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfirmità dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge					
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013					Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico ( <a href="#">link al sito dell'ente</a> )	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge					
Art. 22, c. 3					Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge					
Rappresentazione grafica					Art. 22, c. 1, lett. d)	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati		Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 30 giugno di ciascun anno fatti salvi diversi obblighi di legge	SC AALLGG	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016				
		Art. 35, c. 1, lett. a)		Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. b)		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. c)		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. e)		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. e)		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. f)		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. g)		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. h)		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. i)		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. l)		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. m)		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. d)		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. d) e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	SC AALLGG - SC PAT - Amm. Ricerca- SAM (per quanto di competenza)	Cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019, con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel Tavolo regionale RPCT di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	SC AALLGG - SC PAT - Amm. Ricerca- SAM- SUME (per quanto di competenza)		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a)	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
		Art. 25, c. 1, lett. b)	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative					
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare		Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SAM - SC PAT -SUME		
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SAM - SC PAT -SUME		
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. Anac n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	entro un mese dalla scadenza del semestre (delibera n. 39/2016 ANAC)/anno di riferimento	SAM - SC PAT -SUME		
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, e 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture	Programma biennale degli acquisti di beni e servizi, programma triennale dei lavori pubblici e relativi aggiornamenti annuali	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SAM - SC PAT			
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			Per ciascuna procedura: <b>Avvisi di preinformazione</b> - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data dell'avviso	SAM		
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016			<b>Delibera a contrarre o atto equivalente</b> (per tutte le procedure)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data della delibera a contrarre o altro atto equivalente	SAM - SC PAT -SUME		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis		
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del dlgs n. 50/2016	<p><b>Avvisi e bandi</b> -</p> <p>Avviso (art. 19, c. 1, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso di indagini di mercato (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC);</p> <p>Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36, c. 7, dlgs n. 50/2016 e Linee guida ANAC);</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 36, c. 9, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bandi ed avvisi (art. 127, c. 1, dlgs n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127, c. 2, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso relativo all'esito della procedura;</p> <p>Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi;</p> <p>Bando di concorso (art. 153, c. 1, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171, c. 1 e 5, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173, c. 3, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bando di gara (art. 183, c. 2, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Avviso costituzione del privilegio (art. 186, c. 3, dlgs n. 50/2016);</p> <p>Bando di gara (art. 188, c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data dell'avviso/bando	SAM - SC PAT	<p>NOTA BENE: in "Profilo del committente" occorre inserire anche specifica voce denominata "Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L.n.24 del 8/3/2017" secondo quanto indicato nelle note PG/2017/0302132 del 20/04/2017 del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/0438502 del 13/06/2017 dell'OIV-SSR (pubblicazione annuale al 31/3)</p>	Banche Dati BDAP + BDNCP + Servizio contratti pubblici (Art. 9bis All. b)		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Avviso sui risultati della procedura di affidamento</b> - Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36, c. 2, dlgs n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141, dlgs n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142, c. 3, dlgs n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data dell'avviso	SAM - SC PAT				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Avvisi sistema di qualificazione</b> - Avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione, di cui all'Allegato XIV, parte II, lettera H; Bandi, avviso periodico indicativo; avviso sull'esistenza di un sistema di qualificazione; Avviso di aggiudicazione (art. 140, c. 1, 3 e 4, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data dell'avviso	SAM				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Affidamenti</b></p> <p>Gli atti relativi agli affidamenti diretti di lavori, servizi e forniture di somma urgenza e di protezione civile, con specifica dell'affidatario, delle modalità della scelta e delle motivazioni che non hanno consentito il ricorso alle procedure ordinarie (art. 163, c. 10, dlgs n. 50/2016);</p> <p>tutti gli atti connessi agli affidamenti in house in formato open data di appalti pubblici e contratti di concessione tra enti (art. 192 c. 3, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p><b>Informazioni ulteriori</b> - Contributi e resoconti degli incontri con portatori di interessi unitamente ai progetti di fattibilità di grandi opere e ai documenti predisposti dalla stazione appaltante (art. 22, c. 1, dlgs n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90, c. 10, dlgs n. 50/2016)</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali.</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT				
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.</p>	Tempestivo	Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT				
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)		<p>Contratti</p>	<p>Testo integrale di tutti i contratti di acquisto di beni e di servizi di importo unitario stimato superiore a 1 milione di euro in esecuzione del programma biennale e suoi aggiornamenti</p>	Tempestivo				NA	<p>COMMA 505 ABROGATO DAL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 19 APRILE 2017, N. 56.</p>
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		<p>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</p>	<p>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</p>	Tempestivo	Entro 30 gg			SAM - SC PAT	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento	SC PAT		
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Atti di concessione	Art. 26, c. 2	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali)  (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT	Si rappresenta una oggettiva ambiguità interpretativa di carattere generale sulla portata e sul significato degli art.26 e 27 del D. Lgs.33/2013 e smi che meriterebbero un intervento normativo chiarificatore al fine di evitare pubblicazioni incoerenti e/o modalità di applicazione differenziate tra diverse amministrazioni del Comparto Sanità. Si segnala inoltre che, visto la tipologia di interventi attuati dalle Aziende sanitarie, alcune voci sono pubblicate con le limitazioni previste dal c.4 dell'art.26	
		Art. 27, c. 1, lett. a)		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. b)		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. c)		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. d)		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. e)		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. f)		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. f)		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC PAT		
		Art. 27, c. 2		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2)	Entro 31/1 dell'anno successivo	SC PAT		
		Bilancio preventivo e		Bilancio preventivo	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Documenti e allegati del bilancio preventivo, nonché dati relativi al bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)		Entro 30 gg dall'adozione
Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016	Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.		Tempestivo (ex art. 8)			NA - Non Applicabile Aziende SSN		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All.	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Bilanci	consuntivo	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione / SUMCF		b)
		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 Art. 18-bis del dlgs n.118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	SC PAT	Anche beni "detenuti"	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	SC PAT		
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.	Sulla base delle delibere A.N.AC.	RPCT/OAS		
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	OAS/OIV		
	Organi di revisione amministrativa e contabile		Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	Segreteria Collegio Sindacale		
	Corte dei conti		Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del rilievo	SC AALLG		
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione (o immediato tramite link a specifica sezione del sito)	URP		
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Entro 30 gg dalla notizia del ricorso	SC AALLGG		
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo	Entro 30 gg dalla notifica della sentenza			
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione della misura adottata in ottemperanza alla sentenza			
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione		
Liste di attesa	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8)	Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg dal mese oggetto di indagine)	Direzione Sanitaria	Anche tremite link a siti regionali		
Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	ICT			
Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	SUMCF	Anche mediante link a <a href="http://soldipubblici.gov.it">http://soldipubblici.gov.it</a> (ex art.4bis)		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro il mese successivo all'anno di riferimento	SUMCF		
			Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1)	Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	SUMCF		
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	SUMCF		
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, ...	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla modifica	SUMCF		
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1	Informazioni reattive ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1, l. n. 144/1999)	Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici, incluse le funzioni e i compiti specifici ad essi attribuiti, le procedure e i criteri di individuazione dei componenti e i loro nominativi (obbligo previsto per le amministrazioni centrali e regionali)	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 53/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche ( <i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1)	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio	SC PAT		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 Art. 38, c. 2	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate.  (da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'Economia e della Finanza, <a href="#">datascema</a> )	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate  Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1) Tempestivo (art. 38, c. 1)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SC PAT SC PAT		
Pianificazione e governo del territorio		Art. 39, c. 1, lett. a)	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio ....	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		Art. 39, c. 2	(da pubblicare in tabelle)	Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica ....	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SC PAT	<p>CF: nota OIV-SSR ad ANAC prot. PGZ/2019/0590476 del 16/07/2019 in cui si prevede che "tutti gli enti sanitari della Regione Emilia-Romagna, per adempiere all'obbligo, debbano strutturare la macrofamiglia "Informazioni ambientali" in un'unica voce in cui inserire tutte le informazioni ai sensi dell'art. 40 del D. Lgs 33/2013; nello specifico, tenuto anche conto della tipologia di informazioni ambientali che le aziende ed enti del SSR ed ARPAE detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le Aziende USL dovranno inserire la Relazione Annuale predisposta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, il link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente;</li> <li>- le Aziende Ospedaliere dovranno inserire un link alla AUSL territoriale di riferimento e link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente;</li> <li>- tutti gli enti potranno pubblicare eventuali ulteriori informazioni o documenti disponibili secondo quanto previsto dal D. Lgs. 195/2005." </li></ul>	
			Stato dell'ambiente	1) Stato degli elementi dell'ambiente, quali l'aria, l'atmosfera, l'acqua, il suolo, il territorio, i siti naturali, compresi gli igrotipi, le zone costiere e marine, la diversità biologica ed i suoi elementi costitutivi, compresi gli organismi geneticamente modificati, e, inoltre, le interazioni tra questi elementi					
			Fattori inquinanti	2) Fattori quali le sostanze, l'energia, il rumore, le radiazioni od i rifiuti, anche quelli radioattivi, le emissioni, gli scarichi ed altri rilasci nell'ambiente, che incidono o possono incidere sugli elementi dell'ambiente					
			Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto	3) Misure, anche amministrative, quali le politiche, le disposizioni legislative, i piani, i programmi, gli accordi ambientali e ogni altro atto, anche di natura amministrativa, nonché le attività che incidono o possono incidere sugli elementi e sui fattori dell'ambiente ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse					
			Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto	4) Misure o attività finalizzate a proteggere i suddetti elementi ed analisi costi-benefici ed altre analisi ed ipotesi economiche usate nell'ambito delle stesse					
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale					
			Stato della salute e della sicurezza umana	6) Stato della salute e della sicurezza umana, compresa la contaminazione della catena alimentare, le condizioni della vita umana, il paesaggio, i siti e gli edifici d'interesse culturale, per quanto influenzabili dallo stato degli elementi dell'ambiente, attraverso tali elementi, da qualsiasi fattore					
Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio	Relazione sullo stato dell'ambiente redatta dal Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio								
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per elenco al 31/12 dell'anno precedente	COMMITTENZA		
			(da pubblicare in tabelle)	Accordi interscambi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)	31/3 per accordi sottoscritti l'anno precedente	COMMITTENZA		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a)	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dall'adozione	Supporto Direzionale	Nota REE prot. 599043 del 15/09/2020, con riferimento all'emergenza COVID19 + indicazioni ulteriori in corso di formalizzazione dalla Regione sulla rendicontazione delle donazioni in denaro.	
		Art. 42, c. 1, lett. b)		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla fissazione dei termini			
		Art. 42, c. 1, lett. c)		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione			
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	Annuale	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	RPCT		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina o secondo indicazioni ANAC	RPCT		
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	RPCT		
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	In relazione a termini indicati dall'ANAC	RPCT		
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.A.C. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del provvedimento ANAC. Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento	RPCT		
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Entro 30 gg dall'atto di accertamento	RPCT		
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 1 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	Supporto Direzionale		
		Art. 5, c. 2	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Entro 30 gg da eventuali variazioni			
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Entro 30 gg dal termine del semestre di riferimento			
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica	ICT		
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Entro il 31/03 di ogni anno	ICT		
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del televisor" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Entro il 31/03 di ogni anno	ICT		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE \*

Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 – introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs.52/2019	Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c.4bis, D.Lgs 211/200)	Titolo/oggetto del contratto di sperimentazione Coice EUDRACT Promotore Codice del protocollo del promotore Data del nulla osta della Direzione Data sottoscrizione del contratto Unità operativa/c coinvolta/e Nome - cognome del principal investigator CV del principal investigator (link) Budget economico della sperimentazione (A) Rimborsi per prestazioni sanitarie aggiuntive legate alla sperimentazione (B) Totale (A+B) Data chiusura della sperimentazione (per quelle chiuse).	Trimestrale	Entro la fine del mese successivo al trimestre considerato	CTC e Amm. Ricerca (per quanto di competenza)	cf. nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 ad oggetto "Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D.Lgs.52/2019"	
Altri contenuti	Dati ulteriori	L. 24 del 8/3/2017 art. 2, co. 5	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento	Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento secondo le indicazioni di cui alla nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	Annuale	31/3 per anno precedente	RISK MANAGER	cf. nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11 c.2- quater L.3/2003	Elenco dei progetti d'investimento pubblico (art.11 c.2- quater L.3/2003)	Elenco dei progetti finanziati con Codice Unico di Progetto con indicazione di CUP, importo totale del finanziamento, fonti finanziarie, data di avvio del progetto e stato di attuazione finanziario e procedurale	Annuale	In prima attuazione con riferimento al 31/12/2020: entro 31/3/2021 Successivamente con riferimento al 31/12: entro 28/2 dell'anno successivo	SC PAT - Amm. Ricerca-ICT - SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione e altri servizi coinvolti	cf. nota OIV-SSR Prot. 05/02/2021.0099560.U + indicazioni ulteriori fornite da Servizio Gestione Amministrativa	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate  Da PNA 2016 alcuni possibili indicatori : - Indicatori su appalti - Tecnologie aziendali (in comodato d'uso/in prova) - Patrimonio non utilizzato per finalità proprie - strutture private autorizzate - documento su Sistema Controlli Interni	....		Tutte le articolazioni amministrative IOR e Servizi Metropolitan (per quanto di competenza)		

\* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)  
I riferimenti normativi ove non specificato sono riferiti al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.

**ALLEGATO 3**  
**AL PTPCT IOR 2021-2023**

---

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31/03/2021 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA  
 La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPCT 2020 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2019 (Delibera Anac n. 1064 del 13 novembre 2019).

ID	Domanda	Risposta (selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta oppure inserire il valore richiesto)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	<b>GESTIONE DEL RISCHIO</b>		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT ( <u>domanda facoltativa</u> )	Sì (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	Nel PTPCT si era previsto un piano di monitoraggio annuale articolato in una serie di incontri con i diversi servizi e strutture dell'Istituto coinvolti nell'attuazione delle misure; tuttavia, a causa dell'emergenza sanitaria cominciata ad un mese dall'approvazione del PTPCT 2020-2022, tali incontri non hanno potuto seguire la cadenza programmata, così come non è stato possibile procedere ad attività di audit metropolitano. Sono state comunque adottate le seguenti iniziative: avvio dell'attività del gruppo aziendale anticorruzione; richiesta annuale di schede di monitoraggio; monitoraggio periodico (anche in collaborazione col tavolo AVEC) su specifiche sezioni di amministrazione trasparente
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 ( § 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 ( § 3.3.) e come mappati nei PTPCT delle amministrazioni):		
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	No	
2.B.2	Contratti pubblici	No	
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	
2.B.5	Affari legali e contenzioso	No	
2.B.6	Incarichi e Nomine	No	
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	No	

2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)	No	
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	No	
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPCT 2020 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.)	Si, parzialmente	Sono stati mappati i processi valutati critici nelle aree di rischio generali e specifiche ritenute, anche sulla base del PNA, maggiormente esposte nello specifico ambito sanitario. Si specifica che le mappature secondo i criteri di cui all'allegato 1 al PNA 2019 sono in corso d'opera e hanno subito un rallentamento anche a causa del carico di lavoro gravante sui servizi dell'ente sanitario conseguente all'emergenza COVID
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:		
2.F.1	Contratti pubblici	Si	
2.F.2	Incarichi e nomine	Si	
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No	
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Si	
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Si	
2.G	Indicare se il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni ( <u>domanda facoltativa</u> )	No	
3	<b>MISURE SPECIFICHE</b>		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Si,	
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate ( <u>domanda facoltativa</u> )		Percorso attuativo della certificabilità (PAC); Nuovo applicativo gestionale della libera professione "ALP2000"; Nuovo sistema informativo ospedaliero SIR 2020; Gestione informatizzata dell'area amministrativa contabile (GAAC)
4	<b>TRASPARENZA</b>		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	Si (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	Personale/Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti; Consulenti e collaboratori/titolari di incarichi di collaborazione e consulenza; Bandi di gara e contratti/Informazioni sulle singole procedure/profilo del committente; Bandi di gara e contratti/Informazioni sulle singole procedure/bandi di gara lavori e servizi tecnici connessi; Delibere a contrarre e documenti analoghi; Registro Accessi
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite	Si (indicare il numero delle visite)	Numero visite: 1515      Numero visualizzazioni di pagina: 15367
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"	No	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"	Si (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	Numero complessivo richieste pervenute: 3 Settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato: Patrimonio e Attività tecniche; Direzione sanitaria

4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Si (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	Settori delle richieste: Amministrazione giuridica del personale; Patrimonio e attività tecniche; Direzione sanitaria; Accesso ai servizi; Servizio economato; Servizio di assistenza infermieristica, tecnica e della riabilitazione
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze ( <u>domanda facoltativa</u> )	Si	
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Si (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	Periodicità dei monitoraggi: 2 volte l'anno. I monitoraggi hanno riguardato campioni di obblighi
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento		Il livello di adempimento si ritiene complessivamente buono. Tale risultato è stato perseguito mediante un'opera di sensibilizzazione e di supporto ai servizi che comunque dovrà continuare per migliorare ulteriormente il livello di trasparenza raggiunto
5	<b>FORMAZIONE DEL PERSONALE</b>		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione	Si	Si evidenzia che, alla luce dell'emergenza sanitaria e delle conseguenti limitazioni disposte al fine di garantire il distanziamento sociale, nonché del carico di attività non programmate abbattutosi sul personale delle aziende sanitarie a causa della pandemia, tutti gli eventi formativi in presenza programmati per il 2020 sono stati sospesi e si è proceduto ad una rimodulazione dell'attività formativa con modalità a distanza. Si ritiene che anche per il 2021 la programmazione dell'attività formativa in materia di anticorruzione e trasparenza sarà orientata sulla modalità FAD e l'individuazione delle tematiche di maggiore interesse per i dipendenti verrà effettuata dal RPCT in collaborazione col Gruppo Aziendale anticorruzione e trasparenza, tenendo in considerazione in particolare la necessità di prevedere nuovamente forme di diffusione dei principi anticorruzione, conflitto di interessi e in generale codice di comportamento
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione		
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: ( <u>domanda facoltativa</u> )		
5.E.1	Etica ed integrità	Si	
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento		
5.E.3	I contenuti del PTPCT	Si	Destinatari della formazione: personale ufficio supporto RPCT
5.E.4	Processo di gestione del rischio	Si	Destinatari della formazione: personale ufficio supporto RPCT
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:		
5.C.1	SNA	Si	Destinatari della formazione: personale ufficio supporto RPCT
5.C.2	Università		
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	Si	Regione Emilia-Romagna; Foromez PA

5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)	Si	Legislazione tecnica - area formazione; Associazione Italiana Internal Auditors (AIIA)
5.C.5	Formazione in house		
5.C.6	Altro (specificare quali)		
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti		La formazione erogata è di livello adeguato ancorché suscettibile di miglioramento sotto il profilo della partecipazione da parte del personale di area sanitaria (si è in ogni caso dovuto tenere in considerazione che l'emergenza sanitaria ha reso prioritarie altre attività, soprattutto in relazione al personale sanitario)
6	<b>ROTAZIONE DEL PERSONALE</b>		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	1416	
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	267	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	1149	
6.B	Indicare se nell'anno 2020 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	No, la misura non era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2020	Non è stata effettuata perché sono stati fatti molti avvicendamenti a causa di cessazioni e/o trasferimenti
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2020, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2020) ( <i>domanda facoltativa</i> )	Si	Nuovo Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR) - delibera n. 164 del 13/05/2020
7	<b>INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013</b>		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Si (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	Verifiche effettuate all'atto del conferimento dell'incarico (avvicendamento DG e DS nel corso del 2020)
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2020, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	Si	Sono stati effettuati gli accertamenti e non vi sono con riferimento all'anno 2020 casi di inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale
8	<b>INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013</b>		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Si (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	Misure adottate: acquisizione della dichiarazione annuale del vertice aziendale. Non è stata riscontrata nessuna violazione
9	<b>CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI</b>		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Si	

9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No	La risposta si riferisce al periodo in cui la procedura è divenuta di competenza degli AALLGG.
10	<b>TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)</b>		
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa documentazione	Si	
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione		
10.C	Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione	Email	
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower	No	
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie ( <i>domanda facoltativa</i> )		Si prevede per il 2021 il passaggio ad un sistema informatico dedicato con garanzia anonimato (open source): tale passaggio non è stato possibile nel corso del 2020 in quanto il servizio ICT ha dovuto dare priorità ad altre attività legate all'emergenza sanitaria da COVID-19
11	<b>CODICE DI COMPORTAMENTO</b>		
11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)	Si	
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrici di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) ( <i>domanda facoltativa</i> )	Si	

11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione	No	
12	<b>PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI</b>		
12.B	Indicare se nel corso del 2020 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti	Si (indicare il numero di procedimenti)	1
12.D	Se nel corso del 2020 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Peculato - art. 314 c.p.		1
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.		0
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		0
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.		0
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.		0
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319quater c.p.		0
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.		0
12.D.8	Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.		0
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.		0
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.		0
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.		0
12.D.12	Altro (specificare quali)		0
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree): <i>(domanda facoltativa)</i>		

12.E.1	Contratti pubblici		0	
12.E.2	Incarichi e nomine		0	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0	
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		0	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale		0	
12.F	Indicare se nel corso del 2020 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	No		
13	<b>ALTRE MISURE</b>			
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No		Non sono pervenute all'RPCT segnalazioni in merito alle violazioni dei divieti in oggetto.
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati	No		Verifica svolta sui servizi interni all'Istituto
14	<b>ROTAZIONE STRAORDINARIA</b>			
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva	No		
15	<b>PANTOUFLAGE</b>			
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No		
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage	Si ( indicare le misure adottate)		Inserimento clausola pantouflage nella comunicazione di cessazione del rapporto di lavoro