



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: DA
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 000022
DATA: 31/01/2018 10:26
OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) DELL'ISTITUTO
ORTOPEDICO RIZZOLI 2018-2020

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Cavalli Mario in qualità di Direttore Generale
Con il parere favorevole di Landini Maria Paola - Direttore Scientifico
Con il parere favorevole di Bianciardi Luca - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Cilione Giampiero - Direttore Amministrativo

Su proposta di Maria Carla Bologna - Struttura di Supporto Direzionale che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

- [02-03]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Struttura di Supporto Direzionale

DOCUMENTI:

File	Hash
DELI000022_2018_delibera_firmata.pdf	3201C1F6E959C510548BD407B47B8659D0D6EB523B378BBEA AF71D21901C12DE
DELI000022_2018_Allegato1:	684F3564A195FC73D491E64F91F152E8EC9EE6333E4D00435D DC95F18C55DB88



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 PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2018-2020

IL DIRETTORE GENERALE

Richiamata la normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza e, in particolare, quella emanata nel corso del 2017:

- 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 degli appalti;
- 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. 343/2013 di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dell'Integrità dell'Istituto;
- 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;



Viste le principali disposizioni emanate dall'ANAC nel corso del 2017:

- Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017: "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016";
- Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017: "Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- Delibera ANAC n. 382 del 12 aprile 2017: "Sospensione dell'efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 c. 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2017 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN"; Determinazione ANAC n. 1134 del 8 novembre 2017: "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici";
- Determinazione ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017: "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera ANAC n. 1301 del 20 dicembre 2017: "Atto di segnalazione n. 6 del 20 dicembre 2017 - Concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal d.lgs. 97/2016";

Richiamate le seguenti indicazioni regionali:

- 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 ad oggetto ;
- "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.

Verificato che la proposta di aggiornamento al PTPCT 2018-2020 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, dell'esperienza maturata, nonché del confronto con i dirigenti e loro collaboratori delle aree a rischio generali e specifiche individuate dall'ANAC;

Precisato per la proposta di aggiornamento del PTPCT 2018-2020 è stata seguita una procedura di consultazione pubblica aperta, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicata sul sito



internet aziendale e sulla intranet aziendale per consentire agli stakeholder esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione con osservazioni, proposte di aggiornamento ecc., così come richiesto dalla normativa vigente;

Preso atto che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ha proceduto all'illustrazione della proposta di aggiornamento PTPCT 2018-2020 al Consiglio di Indirizzo e Verifica in data 10 gennaio 2018 e al Collegio di Direzione in data 22 gennaio 2018;

Visti i pareri favorevoli espressi dal Direttore Scientifico, Amministrativo e Sanitario per quanto di competenza;

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) 2018 – 2020 dell’Istituto Ortopedico Rizzoli” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale e quale aggiornamento al PTPC 2017-2019;
2. di dare atto che il PTPCT 2018-2020 vale per tutte le sedi 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 (PA).
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 della Performance aziendale gli obblighi derivanti dall’applicazione del PTPCT 2018-2020 di cui al p. 3);
5. di disporre che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provveda tempestivamente a trasmettere il PTPCT 2018-2020 a tutti gli organi, gli organismi, le articolazioni aziendali delle diverse sedi dell’Istituto e alla sua pubblicazione sul 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 2018 – 2020 costituisce un atto programmatico attraverso cui vengono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell’illegalità, nonché

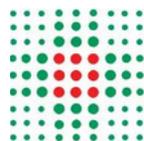


un atto sovraordinato ad ogni altro atto dell'Istituto (fatta eccezione dei provvedimenti soggetti ad approvazione regionale) e che di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modifica e/o la sostituzione dei regolamenti, procedure e protocolli ad efficacia interna all'Istituto;

7. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

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

Maria Carla Bologna



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**
Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2018 - 2020

"La corruzione è una tassa occulta, frena gli investimenti esteri, distorce i mercati, umilia il merito e calpesta la cittadinanza".
(Ferruccio De Bortoli, "Anni perduti scelte urgenti", su Corriere della Sera, 2012)

gennaio 2018

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2018-2020.....	1
PREMESSA.....	4
1. QUADRO NORMATIVO.....	5
2. INTRODUZIONE.....	6
3. CONTESTO, ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	8
4. PRINCIPI E METODOLOGIA.....	14
5. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'.....	17
6. GESTIONE DEL RISCHIO: LE AREE A RISCHIO, LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AZIONI CONSEQUENTI.....	21
7. SEGNALAZIONE DI FATTI ILLECITI O DI FATTI ANOMALI.....	25
8. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE.....	25
9. FORMAZIONE.....	26
10. INCOMPATIBILITÀ.....	27
11. CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI.....	28
12. MISURE ULTERIORI.....	29
13. PUBBLICITÀ DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE.....	31
ALLEGATO N. 1 - MAPPATURA PROCESSI AZIENDALI.....	32
ALLEGATO N. 2 – REGISTRO EVENTI RISCHIOSI.....	70
PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E INTEGRITA' 2018 - 2020.....	73
1. INTRODUZIONE.....	74
2. NOZIONE DI "TRASPARENZA".....	74
3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA.....	75
4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE TRASPARENZA.....	75
5. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE.....	77
6. DATI DA PUBBLICARE.....	78
7. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	80
8. LE INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	80
ALLEGATO N. 4 – QUADRO NORMATIVO.....	84
ALLEGATO N. 4 – ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI.....	114
ALLEGATO N. 5 – SEZIONE TRASPARENZA (ESTRATTO DA ALL. 1 DELIBERA ANAC N. 131/2016).....	116

PREMESSA

Di fronte alle dimensioni del fenomeno corruttivo così come anche emerge dal report della Commissione Europea, i rappresentanti delle istituzioni e dei cittadini stanno intervenendo a ogni livello per contrastare il fenomeno.

Per quanto concerne la sanità, considerato in tutto il mondo uno dei settori più esposti al rischio di illegalità per le notevoli dimensioni della spesa, la pervasività delle asimmetrie informative, l'entità dei rapporti con i privati, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, l'alta specializzazione dei prodotti acquistati dalle prestazioni fornite, si è reso e si rende necessario intervenire su fattori che la rendono un terreno particolarmente sensibile, ancora più elevati che in altri, a settori comportamenti opportunistici che possono degenerare in corruzione. Si tratta di azioni di non facile individuazione e tutte caratterizzate da differenti forme di abuso di posizioni di potere per scopi privati. Le forme e l'intensità della diffusione di tali comportamenti e azioni si differenziano a seconda del livello generale di integrità presente nei diversi paesi e dello stato di sviluppo dei relativi sistemi di tutela della salute ed assumono dimensioni sempre più preoccupanti anche nei paesi più evoluti. La Rete Europea contro le frodi e la Corruzione nel Settore sanitario, un'organizzazione non profit il cui principale obiettivo è contrastare le frodi, corruzione e sprechi in sanità, stima che in Europa circa il 6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione".

Anche il report OCSE del 2017 "*Tackling Wasteful Spending on Health*" sottolinea la vulnerabilità del settore sanitario, evidenziando inoltre un incremento della spesa sanitaria talvolta non correlata a miglioramenti del sistema, ma causata da quelli che vengono definite "Violazioni dell'integrità", termine usato per racchiudere tutti i comportamenti inappropriati e non etici che portano all'aumento dei costi e alla deviazione delle risorse dalle loro destinazioni principali verso interessi specifici di singoli o gruppi¹. L'OCSE rileva, inoltre, come sia difficile accertare la vera portata del fenomeno, valutabile solo attraverso sondaggi di percezione e risultati di indagini aziendali, e come sia altrettanto complesso il confronto tra sistemi che differiscono enormemente a livello normativo e organizzativo.

Simile percezione dell'elevato rischio di illegalità in sanità è presente nel nostro Paese, con sprechi e vantaggi individuali che si sono rivelati un danno alla collettività e all'intero sistema. Questa situazione ha portato un'attenzione evidente anche da parte dei media, che negli ultimi anni si sono sempre più interessati al tema e ai suoi risvolti per i cittadini.

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGENAS² conferma il fatto che la corruzione produce effetti non solo economici ma anche sulla salute delle popolazioni riducendo l'accesso ai servizi, peggiorando in modo significativo, a parità di altra condizione, gli indicatori generali di salute ed è associata a una più elevata mortalità infantile. Più in generale le varie forme di legalità messe in atto nel settore sanitario non si limitano a sottrarre risorse ai programmi di assistenza ma minano la fiducia nel sistema di tutela della salute da parte delle persone.

Anche organizzazioni quali Libera, Gruppo Abele, Coripe e Avviso Pubblico, quattro soggetti storicamente impegnati nella lotta all'illegalità e alla corruzione nel progetto "Illuminiamo la Salute"³, hanno dimostrato come l'opacità dei bilanci, dei sistemi di controllo e la confusione amministrativa facilitano la nascita di interessi illeciti e di collusione nel sistema sanitario.

¹OECD (2017), *Tackling Wasteful Spending on Health*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264266414-en>

² AGENZIA NAZIONALE per i SERVIZI SANITARI (AGENAS). TRASPARENZA, ETICA E LEGALITA' NEL SETTORE SANITARIO. Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità. Anno 2015

³ www.illuminiamolosalute.it

A tal fine, il Ministero della Salute, l'Autorità Anticorruzione (ANAC) a tal fine istituita e l'AGENAS con il supporto della Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), hanno da tempo intrapreso una collaborazione sempre più coordinata al fine di creare sinergie tra istituzioni e aziende, in modo da condividere strumenti, informazioni e metodologie atte a prevenire e soprattutto rafforzare l'intero sistema e il suo corretto sviluppo.

Con decreto-legge n. 90/2014 recante: «Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari.». Misure straordinarie di gestione, sostegno e monitoraggio di imprese nell'ambito della prevenzione della corruzione" sono state attivate sinergie tra ANAC e le Prefetture per la messa a punto di azioni volte alla difesa anticipata in presenza di gravi elementi indiziati di eventi corruttivi. A completamento delle azioni poste in essere da ANAC e dalle Prefetture, nel 2017 è stato formalizzato un "Protocollo d'Intesa per la legalità e la prevenzione dei tentativi di infiltrazione criminale tra la Prefettura di Bologna e l'Azienda USL di Bologna, l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi, l'IRCCS Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e l'Azienda USL di Imola" al fine di estendere i controlli antimafia nel settore degli appalti di lavori, servizi e forniture e vigilare sulla sicurezza nei cantieri e sulla tutela del lavoro.

L'obiettivo finale è di mettere in rete le migliori pratiche di contrasto al fenomeno.

In quest'ottica di collaborazione alla creazione di una rete integrata finalizzata alla messa a punto e condivisione delle migliori prassi e misure organizzative per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza, la Regione ha dato vita, per il settore sanitario, 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" e alla "Rete per l'integrità e la trasparenza", che vede coinvolti rappresentanti delle aziende sanitarie, dei comuni, degli enti locali e degli ordini professionali ecc..

L'Istituto Ortopedico Rizzoli, di seguito IOR, è impegnato a contrastare il fenomeno corruttivo e a favorire la diffusione della cultura della legalità.

Il Piano della Prevenzione della corruzione 2018 - 2020 è l'espressione dell'impegno della Direzione Generale in tal senso.

1. QUADRO NORMATIVO

La legge 6 novembre 2012, n. 190 attuativa della Convenzione ONU contro la corruzione, intendendo uniformare l'ordinamento giuridico italiano agli strumenti sovranazionali di contrasto alla corruzione, ha introdotto una serie di adempimenti per la prevenzione e repressione del fenomeno corruttivo, riconducibili a diversi livelli di intervento, e individuato i soggetti preposti all'adozione delle misure in materia.

Lo sforzo messo in atto dalla predetta disciplina prevede un piano di lotta al fenomeno corruttivo che non si limita all'implementazione di strumenti repressivi, ma che richiede meccanismi organizzativi e procedurali. Tali meccanismi, agendo sui controlli amministrativi e sulla trasparenza, puntano alla deontologia e alla formazione del personale per innescare azioni positive per monitorare, prevenire e contrastare i fenomeni di corruzione ed illegittimità e favoriscono la diffusione di una più sentita cultura della legalità.

La strategia messa a punto dal legislatore è finalizzata a:

- Creare un contesto *sfavorevole* alla corruzione;
- Aumentare le capacità di scoprire casi di corruzione;
- Ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Il legislatore ha inteso individuare un ruolo diretto e attivo delle pubbliche amministrazioni nella fase di prevenzione dei reati con riferimento, in particolare, ai dipendenti.

Ha così prefigurato, infatti, un sistema complesso basato principalmente su:

- l'adozione del Piano triennale della prevenzione della corruzione in ciascun ente pubblico, con analisi e monitoraggio dei rischi di corruzione e individuazione degli obblighi di pubblicazione;
- l'individuazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza;
- l'attenzione alle aree specifiche considerate a rischio (appalti, concorsi, atti ampliativi: autorizzazioni, concessioni, etc.);
- la revisione della normativa in materia di responsabilità dei pubblici dipendenti, con riferimento alla responsabilità penale (incidenza sulla disciplina dei reati contro la pubblica amministrazione) e alla responsabilità erariale (l. 20/1994);
- l'approfondimento dell'incidenza dell'attività di prevenzione nella responsabilità disciplinare e di risultato dei dirigenti, nonché della disciplina delle incompatibilità, con revisione del codice comportamentale per i dipendenti pubblici (T.U. pubblico impiego);
- l'introduzione di disposizioni specifiche in materia di appalti, procedimento amministrativo e conflitto di interessi.

Il sistema ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al nucleo del rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino in cui sono previsti obblighi di pubblicazioni da parte delle aziende al fine di permettere un controllo sull'utilizzo dei fondi pubblici utilizzati.

Tra il 2012 e il 2017 numerosi provvedimenti legislativi hanno inasprito le misure anticorruzione e rafforzato i poteri dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), che è intervenuta ripetutamente con provvedimenti specificatamente dedicati al settore sanitario. Per l'approfondimento del quadro normativo, si rinvia all'allegato n. 3 che contiene l'elencazione dei provvedimenti emanati, delle disposizioni dell'ANAC e della Regione Emilia –Romagna in materia.

2. INTRODUZIONE

La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha introdotto nel nostro ordinamento una disciplina organica volta a creare una strategia di prevenzione della corruzione attraverso una serie di adempimenti finalizzati a monitorare e prevenire fenomeni a rischio corruttivo.

Lo sforzo operato dalla predetta disciplina non si è limitato all'implementazione di strumenti repressivi, ma alla richiesta di messa in atto di meccanismi organizzativi e procedurali idonei ad arginare il rischio di "*maladministration*". Tali meccanismi, agendo sui controlli amministrativi e sulla trasparenza, puntano alla deontologia e alla formazione del personale in modo da diffondere buone pratiche e la cultura della legalità, che permettano l'attuazione di comportamenti individuali ispirati all'etica della responsabilità e che tutelino la reputazione e la credibilità dell'Istituto nei confronti dei molteplici stakeholder interni ed esterni. Tutto ciò non solo a garanzia della legalità, ma anche dell'efficienza e della qualità dei servizi erogati a favore dei cittadini.

Un primo adempimento è stato la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), di seguito Piano, che IOR ha adottato, la prima volta, per il triennio 2014 – 2016, rivisitato ed aggiornato poi annualmente.

Il Piano costituisce l'atto programmatico attraverso il quale vengono individuate le strategie prioritarie da attuare per la prevenzione del contrasto alla corruzione.

Obiettivo del Piano è la messa in atto, nel periodo di riferimento, di azioni mirate, concrete, e verificabili finalizzate a contrastare comportamenti corruttivi e ridurre le opportunità che si manifestino casi di corruzione.

Nello specifico il Piano è aggiornato annualmente o comunque ogni qual volta un mutamento organizzativo e normativo lo rende necessario.

L'obiettivo finale, a cui si vuole gradualmente giungere, è un sistema di controllo preventivo concreto e sostenibile rappresentato da un "*sistema di difesa da comportamenti illeciti*" tale da non poter essere aggirato se non fraudolentemente o dolosamente e finalizzato a creare un ambiente di diffusa percezione della necessità del rispetto delle regole.

A seguito dell'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 97/2016, che ha operato modifiche al Decreto Legislativo n. 33/2013 e alla Legge 190/2012, l'ex Programma per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) viene a tutti gli effetti integrato nel Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione, ora anche della Trasparenza (PTPCT), formandone parte integrale. Il concetto di "trasparenza" è dal decreto ampliato nella sua definizione intesa non più solo come accessibilità finalizzata a "favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche" ma soprattutto strumento di tutela dei "diritti dei cittadini e di promozione della partecipazione degli interessati all'attività amministrativa".

Il Piano (PTPCT) è strettamente connesso con il Codice di comportamento aziendale, redatto in conformità al DPR 62/2013, che costituisce un completamento del Piano stesso e che, a seguito delle "Linee Guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del SSN" ANAC, è stato oggetto di rivisitazione non solo aziendale, ma anche regionale.

Il Piano costituisce – per la sua peculiarità - un atto sovraordinato ad ogni altro atto dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (fatta eccezione dei provvedimenti soggetti ad approvazione regionale) e di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modificazione/aggiornamento o la sostituzione di regolamenti, procedure e protocolli aventi efficacia interna.

Il Piano 2018 - 2020 vale inoltre per tutte le sedi 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 (PA).**

Nozione di corruzione

E' stato accolto il concetto di *corruzione in senso lato* (Circolare n. 1/2013 del Dipartimento della funzione pubblica), comprensivo delle varie situazioni in cui, nel corso dell'attività amministrativa, si riscontri l'abuso da parte di un soggetto del potere "pubblico" a lui affidato al fine di ottenere vantaggi privati. Le situazioni rilevanti sono quindi evidentemente più ampie della fattispecie penalistica, disciplinata negli artt. 318, 319 e 319-ter del codice penale, e sono tali da comprendere non solo l'intera gamma dei delitti contro la pubblica amministrazione disciplinati nel Titolo II, Capo I, del codice penale, ma anche le situazioni in cui - a prescindere dalla rilevanza penale - venga in evidenza un malfunzionamento (*maladministration*) a causa dell'uso, a fini privati, delle funzioni pubbliche attribuite quali a titolo esemplificativo e non esaustivo: conflitto di interesse, nepotismo, clientelismo, partigianeria, occupazione di cariche pubbliche, assenteismo, sprechi, ovvero situazioni in cui venga evidenziato un malfunzionamento a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ai dipendenti e collaboratori, a qualsiasi titolo, di IOR.

Il fine del presente Piano è di prevenire il fenomeno dell'illegalità consistente nello sviamento di potere per fini illeciti mediante la strumentalizzazione oggettiva e soggettiva dell'ufficio pubblico con l'aggiramento fraudolento delle norme e, più in generale, lo sviamento delle funzioni e risorse pubbliche.

Assumono pertanto rilevanza, ai fini dell'applicazione del predetto Piano, gli atti adottati, anche di natura endoprocedimentale, nonché i rapporti con i soggetti esterni all'Istituto.

Ne deriva l'imprescindibile principio che l'azione e l'attività amministrativa devono sempre basarsi sul principio di legalità, inteso nella sua accezione più ampia, comprendente tutti i comuni principi intrinseci del corretto agire e dell'ordinaria diligenza, perizia e prudenza.

3. CONTESTO, ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

L'Istituto Ortopedico Rizzoli è un ente ad indirizzo ortopedico-traumatologico che opera in tale campo quale Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico di diritto pubblico.

Rappresenta in Italia buona parte della storia e dell'evoluzione dell'assistenza, della ricerca e della didattica in ortopedia, nonché punto di riferimento per tutte le principali aree superspecialistiche dell'ortopedia e della traumatologia.

E' stato riconosciuto Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico nell'anno 1981 e tale riconoscimento è stato più volte rinnovato, fino alla più recente riconferma avvenuta nel 2015 con decreto ministeriale.

La denominazione è "Istituto Ortopedico Rizzoli" e la sede legale è:

Via di Barbiano, 1/10 - 40136 Bologna, Tel. 051/6366111 – fax 051/580453 – Codice Fiscale e Partita IVA 00302030374

Il sito web dell'Istituto: www.ior.it

Il logo dell'Istituto Rizzoli è il seguente :



IOR è presente, oltre che presso la sede di via Pupilli, n.1 Bologna anche presso:

- il Presidio ospedaliero di Bentivoglio (BO) a seguito di accordi specifici con l'Azienda USL di Bologna;
- a Bagheria (PA) con il Dipartimento Rizzoli Sicilia a seguito di accordi specifici tra la Regione Emilia – Romagna e la Regione Siciliana.

CONTESTO

L'analisi del contesto si indirizza sia al contesto esterno, sia al contesto interno. Per la prima volta nel 2015-2016 l'Istat ha inserito il fenomeno della corruzione nella tradizionale indagine di vittimizzazione rilevando dunque il fenomeno, secondo quanto riportato dal campione intervistato (il report è stato pubblicato il 12 ottobre 2017). Per quanto riguarda dunque il contesto esterno disponiamo di dati che, finalmente, vanno oltre a quanto ottenuto dalle indagini sulla "percezione" del fenomeno (indagine da tempo promossa a livello internazionale da Transparency International). Per quanto invece riguarda il contesto interno la sezione presenta alcuni dati volti a meglio caratterizzare il profilo dell'Istituto Ortopedico Rizzoli.

Contesto esterno

L'organizzazione *Transparency International* rileva annualmente il fenomeno della corruzione nel settore pubblico e nella politica in numerosi paesi (176 nella rilevazione 2016) ricorrendo ad un Indice di Percezione della Corruzione (CPI). Per quanto l'attendibilità di analisi basate sulla percezione vada considerata con molta cautela nel misurare l'estensione del fenomeno, queste hanno comunque il pregio di consentire una prima comparazione tra diversi paesi. Transparency International realizza in effetti, sulla base dei dati ottenuti secondo la propria metodologia, un ranking di 176 paesi. Nell'edizione 2016 del CPI (*Corruption Perception Index*), l'ultima al momento disponibile, l'Italia si classifica al 60° posto nel mondo, con un voto di 47 su 100 (100 è il valore massimo, corrispondente ad una ipotetica situazione di non

corruzione). Negli ultimi anni la posizione italiana è leggermente migliorata (nel 2014 era al 69° posto con voto 43; nel 2015 al 61° con voto 44), ma rimane tuttora in posizione di coda nel rapporto con i paesi europei: nel 2016 ottengono un posizionamento peggiore solo Grecia (69° posto) e Bulgaria (75°).⁴

Una rappresentazione più affidabile della realtà, rispetto alle indagini sulla "percezione", può essere ottenuta da "indagini di vittimizzazione", di cui disponiamo ora, per la prima volta a livello nazionale, di un'indagine Istat che nell'indagine 2015-2016 sulla Sicurezza dei cittadini ha inserito uno specifico modulo (frutto di accordo con ANAC) sulla corruzione.⁵ In questo caso l'attenzione è stata posta sulla misurazione della corruzione e concussione utilizzando indicatori non basati sulla percezione e neppure su dati amministrativi (es. dati ufficiali sui reati), bensì sui cittadini coinvolti nell'indagine, che si sono dichiarati vittime. L'indagine è stata svolta tra ottobre 2015 e giugno 2016 (con tecnica CATI – CAPI), ha coinvolto circa 40.000 individui con età 18-80 anni ed ha focalizzato l'attenzione sulla corruzione e la concussione in diversi settori della vita amministrativa ed economica (sanità, uffici pubblici, ricerca del lavoro, giustizia, ecc.). Il relativo report dell'indagine Istat è stato pubblicato il 12 ottobre 2017.⁶ Questi, in estrema sintesi, i dati principali:

Si stima che il 7,9% delle famiglie nel corso della vita sia stato coinvolto direttamente in eventi corruttivi quali richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di servizi o agevolazioni (2,7% negli ultimi 3 anni, 1,2% negli ultimi 12 mesi).

L'indicatore complessivo (7,9%) raggiunge il massimo nel Lazio (17,9%) e il minimo nella Provincia autonoma di Trento (2%), ma la situazione sul territorio è molto diversificata a seconda degli ambiti della corruzione.

In ambito sanitario episodi di corruzione hanno coinvolto il 2,4% delle famiglie necessitanti di visite mediche specialistiche o accertamenti diagnostici, ricoveri o interventi (1,2% negli ultimi 3 anni; 0,5% negli ultimi 12 mesi).

Per quanto riguarda gli "attori della corruzione" in ambito sanitario la richiesta di denaro o altri beni è avvenuta da parte di un medico nel 69% dei casi (da un primario di medicina nel 20,2%), da un infermiere nel 10,9% o da altro personale sanitario nel 19,6% dei casi, mentre per un altro 11,1% si è trattato di figure professionali non sanitarie.

4

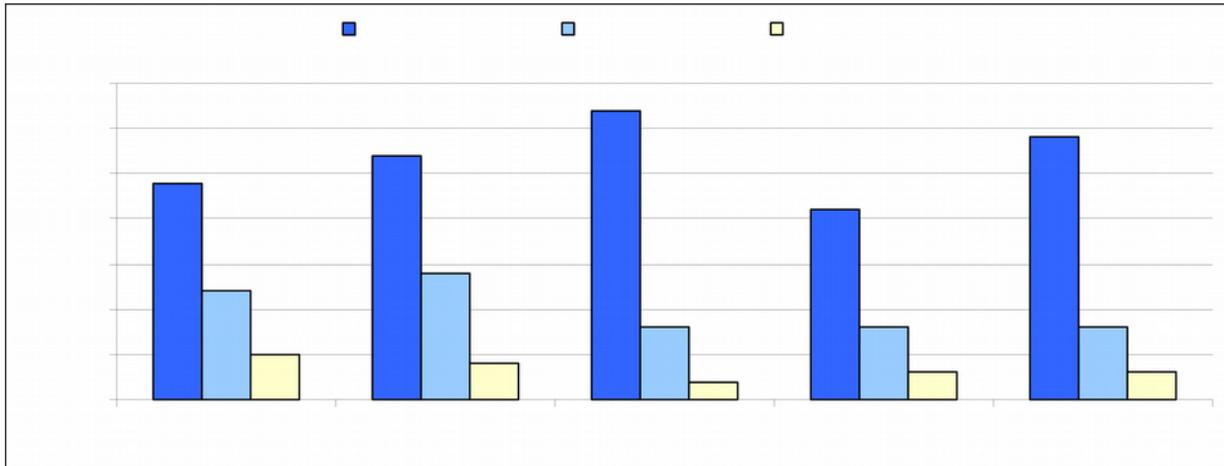
Cfr. Il sito web di *Transparency International – Italia*: <https://www.transparency.it/cpi-2016-l-italia-guadagna-una-posizione-ma-non-basta/>

⁵ Il 22 marzo 2016 ANAC e Istat hanno elaborato un protocollo d'intesa per la condivisione di conoscenze, dati, metodologie di analisi e buone pratiche e per contribuire a una migliore conoscenza del fenomeno corruttivo e degli aspetti collegati.

Cfr. <http://www.istat.it/it/archivio/182374> L'Istat ha quindi introdotto un modulo specifico sulla corruzione nella periodica indagine di vittimizzazione, applicato per la prima volta nell'indagine 2015-2016.

⁶ Cfr. Istat, *La corruzione in Italia: il punto di vista delle famiglie*, report, 12 ottobre 2017; disponibile sul sito web <http://www.istat.it>.

Graf. 1 – Famiglie in cui almeno un componente ha ricevuto richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di favori o servizi, per tipo di settore (anni 2015-2016)



Fonte: Elaborazione sulla base dei dati del prospetto 2 di Istat, *La corruzione in Italia: il punto di vista delle famiglie*, 12 ottobre 2017, pag. 3.

Possiamo ipotizzare, in linea generale, due trend in atto tra loro configgenti. Da un lato l'attenzione sociale sul fenomeno ed il nuovo quadro normativo (legge n.190/2012 e iniziative dell'ANAC), con la progressiva implementazione di misure di prevenzione e di contrasto della corruzione, rende più difficile la messa in atto di comportamenti corruttivi e dunque tende a ridurre l'estensione del fenomeno. Dall'altro lato, tuttavia, il lungo periodo di crisi economica e di impoverimento relativo accresce lo scarto tra aspettative e desideri di ricchezza, da un lato, e concrete possibilità, alimentando probabilmente i comportamenti corruttivi. E' lecito infatti ipotizzare un effetto di amplificazione sui fenomeni di corruzione, come per altri reati, da parte della crisi economica in atto. Secondo il sociologo Marzio Barbagli, esperto di criminalità, la crisi economica cambia le decisioni di investimento delle economie "sporche", non solo di quelle "pulite": «Anche l'economia criminale subisce oscillazioni di mercato, cambiano le redditività relative». ⁷ I dati sui delitti denunciati nella provincia di Bologna evidenziano in effetti, nell'ultimo decennio, una crescita non insignificante di alcuni reati come furti in abitazione, furti in esercizi commerciali, truffe in generale e frodi informatiche, contraffazioni marchi e prodotti industriali. ⁸ Le statistiche non enucleano specificamente i reati dei "colletti bianchi" (corruzione e concussione, estorsione e ricatto, evasione fiscale, ecc.), tuttavia è plausibile ritenere che il mutamento del "clima economico", con il conseguente accentuarsi dello scarto tra aspettative e realtà di arricchimento, determini un aumento anche di questi reati.

Per quanto riguarda il contesto esterno, inoltre, risulta ancora significativo e dunque va considerato, il dato relativo alla collocazione territoriale. L'Istituto Ortopedico Rizzoli ha sede principale a Bologna, capoluogo di regione dell'Emilia-Romagna, una delle regioni economicamente più dinamiche di tutto il paese. Il Rizzoli ha anche una sede ospedaliera a Bagheria, in provincia di Palermo. In questo caso la realtà regionale è caratterizzata dalla forte presenza della criminalità organizzata. In assenza di indagini mirate non è possibile caratterizzare i diversi contesti territoriali su cui insiste l'Istituto con riferimento al fenomeno, anche se l'indagine di vittimizzazione condotta dall'Istat conferma il permanere di uno squilibrio territoriale Nord-Sud, con una maggiore diffusione della corruzione nel Centro e nel Sud Italia. Tra gli intervistati all'indagine campionaria Istat 2015-2016, infatti, dichiara di aver avuto richieste di denaro, favori, regali o altro in cambio di favori o servizi nel corso della vita (per l'intervistato od un

⁷ Dichiarazioni riportate in Michele Smargiassi, "Bologna, meno violenza più furti e borseggi", *La Repubblica Bologna*, 22 settembre 2015.

⁸ Cfr. Delitti denunciati secondo la tipologia nella provincia di Bologna all'Autorità giudiziaria dalle Forze dell'Ordine dal 2004 al 2015 – Servizio statistica del Comune di Bologna.

proprio familiare) l'11,6% degli intervistati del Centro, il 9,6% nel Sud, il 7,9% nelle Isole, il 5,9% nel Nord-est, il 5,5% nel Nord-ovest. Per quanto riguarda nello specifico la "corruzione" in sanità il Nord-est esibisce le percentuali più basse (1,0%), contro il 3,6% del Sud (valore più alto).

Oltre all'andamento economico ed alle tendenze in atto per quanto riguarda i comportamenti criminosi, è importante, nell'analisi del contesto esterno, considerare anche alcuni aspetti specifici del settore sanitario entro cui l'Istituto opera. A tal fine si cercherà di evidenziare il ruolo giocato dall'Istituto Ortopedico Rizzoli nella sanità sia a livello locale che nazionale. L'Istituto partecipa infatti alla rete regionale dell'offerta di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, come previsto dalla legge regionale n. 2/2006, contribuendo così a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con riferimento all'ortopedia e traumatologia. L'Istituto, inoltre, rappresenta un punto di riferimento per l'area ortopedica all'interno della rete nazionale ed internazionale per le attività di eccellenza sviluppate in campo clinico – assistenziale e di ricerca.

Contesto interno

Relativamente al contesto interno si presentano di seguito alcuni dati essenziali di inquadramento, considerando che, nell'ambito delle aziende sanitarie, i settori considerati maggiormente a rischio corruzione sono quelli degli acquisti e forniture, delle liste d'attesa e delle assunzioni di personale.⁹

Dal punto di vista meramente quantitativo il peso dell'Istituto in ambito provinciale e regionale è abbastanza contenuto. Al 1° gennaio 2018 l'Istituto dispone di 293 posti letto (sede di Bologna e Bentivoglio) a cui si aggiungono ulteriori 53 posti letto presso la sede di Bagheria (PA). Annualmente i dimessi sono circa 22.000 provenienti da tutte le regioni italiane. Il prestigio dell'Istituto alimenta la sua capacità di attrazione, ma si traduce, per converso, in consistenti liste d'attesa per il ricovero. Un apposito Regolamento aziendale ha razionalizzato la gestione delle liste attraverso la differenziazione dei pazienti in base alla loro effettiva idoneità all'intervento, consentendo negli ultimi anni una progressiva riduzione del numero dei pazienti in lista d'attesa per il ricovero: da 16.366 al 31 dicembre 2015 a 8.427 al 30 novembre 2017. Occorre osservare al proposito che già la semplice diminuzione della consistenza delle liste d'attesa costituisce un fattore di riduzione del rischio di insinuazione in tale ambito di comportamenti corruttivi.

All'attività di ricovero, inoltre, si affianca l'attività di specialistica ambulatoriale: più di 100mila prestazioni ambulatoriali nelle sedi bolognesi in regime SSN (a cui si aggiungono ulteriori 40mila circa prestazioni erogate in libera professione intramoenia); circa 17mila visite specialistiche presso la sede di Bagheria (in regime SSN e libera professione).

Nel 2016 il valore della produzione è risultato pari a 169 milioni di euro. La spesa per acquisto di beni e servizi è risultata pari a circa 75 milioni di euro (occorre considerare che la quota di acquisti centralizzati – presso strutture di ambito metropolitano o di area vasta – o ricorrendo a IntercentER e Consip si colloca all'85-90%). Il costo del personale a circa 59 milioni di euro. Pur essendo la più piccola delle aziende sanitarie pubbliche bolognesi, con 1.368 unità di personale, di cui 1.229 dipendenti (alla data del 31 dicembre 2017), l'Istituto Ortopedico Rizzoli è comunque una delle aziende più grandi della provincia di Bologna (incide per lo 0,4% degli addetti complessivi in provincia di Bologna). Il mantenimento della dotazione organica di personale richiede la gestione di una continua attività di "reclutamento": il numero di assunzioni effettuate annualmente varia in base a diversi fattori, ma non è mai sceso, negli ultimi 5 anni, al di sotto delle 66 unità (con il valore massimo nel 2012, 128 assunzioni, in conseguenza

⁹ Così secondo i Responsabili Anticorruzione delle strutture sanitarie interpellati nell'ambito dell'indagine *Curiamo la corruzione 2017*. Materiali disponibili sul sito web <https://www.curiamolacorruzione.it/nellultimo-anno-107mila-famiglie-vittime-corruzione-sanita/>

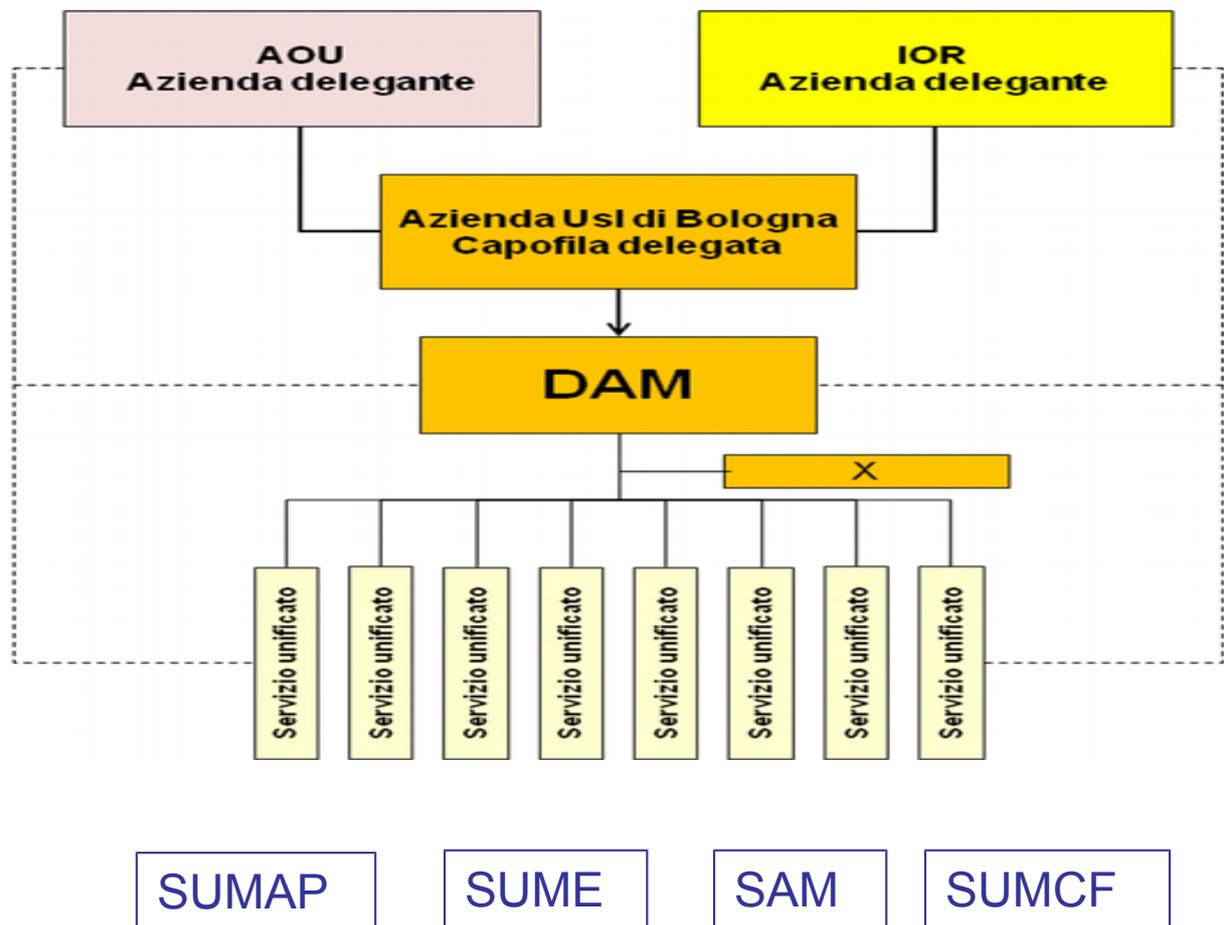
dell'attivazione del Dipartimento Rizzoli-Sicilia; il numero di assunzioni a tempo indeterminato effettuate nel 2017 è risultato pari a 69).

Negli ultimi anni la riorganizzazione delle funzioni amministrative in ambito metropolitano (unitamente all'Azienda USL di Bologna e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi) ha prima portato (nel 2010) alla centralizzazione delle funzioni di acquisto di beni e servizi, con la nascita del Servizio Acquisti Metropolitan (SAM).

Tra il 2015 e il 2016 sono stati istituiti:

- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP)
- Servizio Unico Metropolitan Economato (SUME)
- Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCeF)
- Servizio Unico di Medicina del Lavoro.

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. A titolo esemplificativo si riporta una rappresentazione grafica dell'unificazione dei predetti servizi.



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.

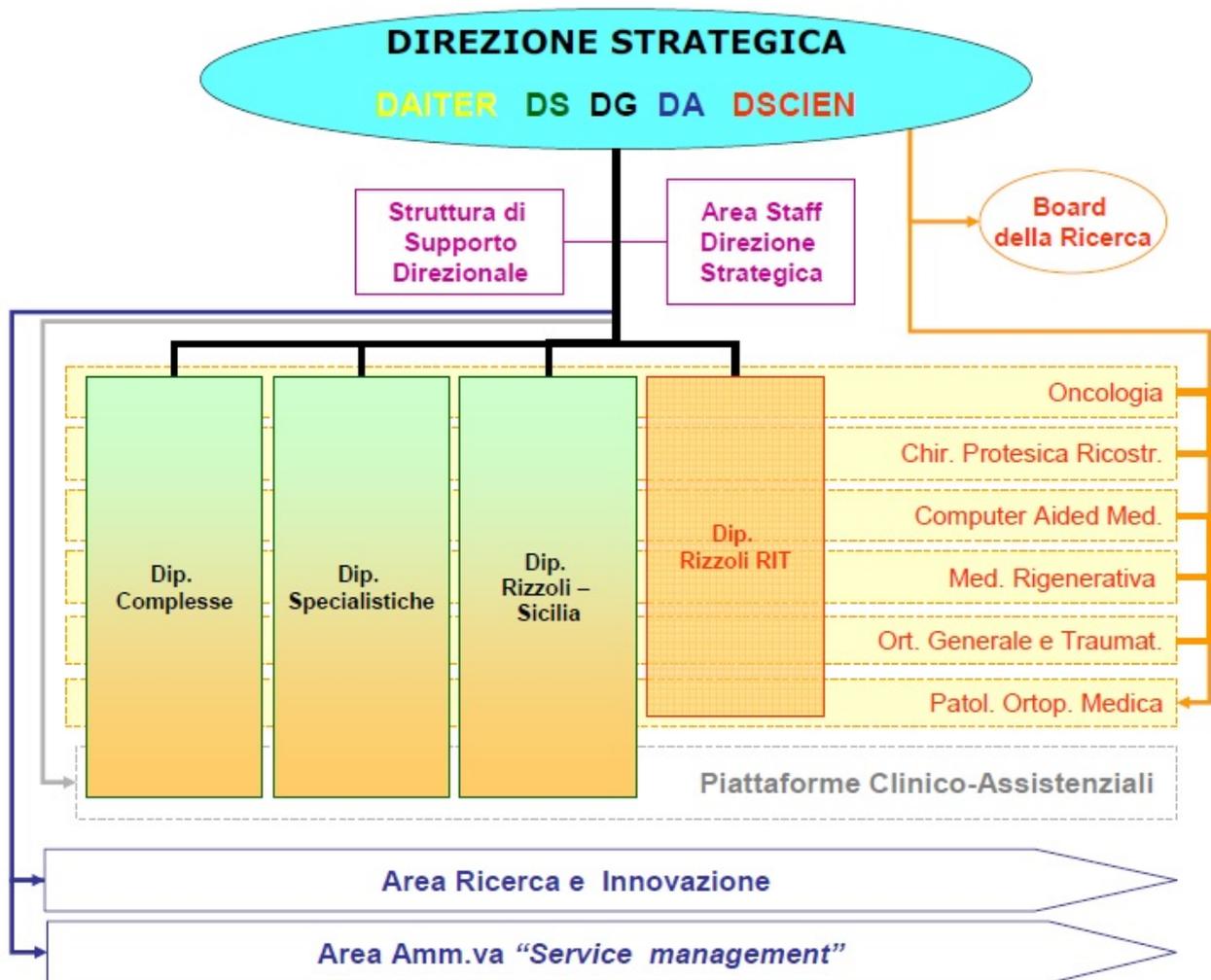
Configurandosi come semplice dipartimento, il Dipartimento Rizzoli-Sicilia beneficia dell'attività dei servizi centralizzati in area metropolitana e di quelli afferenti all'Istituto presso la sede di Bologna tanto per il reclutamento del personale quanto per

l'acquisizione di beni e servizi in una logica di massimizzare le economie di scala e di prevenire l'infiltrazione di interferenze di associazioni di stampo mafioso.

Per concludere l'analisi del contesto interno si riportano i dati essenziali dal punto di vista organizzativo. La macrostruttura dell'area sanitaria e scientifica vede un'articolazione in quattro dipartimenti: Dipartimento Patologie Ortopediche Complesse, Dipartimento Patologie Ortopediche Specialistiche, Dipartimento Rizzoli Research Innovation & Technology (RIT), Dipartimento Rizzoli-Sicilia (con sede a Bagheria).

L'area amministrativa, come l'area sanitaria e scientifica, è oggetto di rivisitazione come meglio riportato nel paragrafo seguente. Ad ogni buon fine si riporta di seguito la rappresentazione grafica precedente al processo di rivisitazione in corso.

Macrostruttura dell'Istituto Ortopedico Rizzoli



ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

L'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto sono disciplinati dalla normativa regionale e dall'Atto Aziendale, pubblicato nel sito Internet www.ior.it alla sezione "Amministrazione Trasparente", con link posto sulla homepage del sito.

Negli ultimi anni l'avvicendamento dei vertici aziendali e gli accordi in ambito AVEC volti all'unificazione di alcuni servizi amministrativi e sanitari hanno posto le basi per l'avvio di un percorso riorganizzativo aziendale graduale, per step, che interessa trasversalmente e progressivamente tutte le aree dell'Istituto (sanitaria, ricerca e amministrativa) e che troverà completamento nel corso del 2018.

La Direzione ha, infatti, avviato un percorso di analisi, pianificazione e riordino necessario a ridefinire il posizionamento dell'Istituto in un'ottica di maggiore adesione alle politiche di integrazione in ambito metropolitano, di potenziamento del ruolo di Hub regionale e di rilancio del ruolo di IRCCS a livello nazionale e internazionale. Il percorso è stato avviato da un'analisi organizzativa da cui sono emerse opportunità su traiettorie strategiche e nuovi progetti di sviluppo volti a favorire, tra l'altro, il rafforzamento di processi di integrazione trasversali tra *ricerca e assistenza*.

In estrema sintesi:

- la **sottoscrizione di un Accordo Quadro** e delle **convenzioni specifiche** hanno portato all'**unificazione a livello metropolitano, a partire dal 1° novembre 2015**, dei servizi amministrativi del personale, provveditorato, economato e contabilità e finanza per lo svolgimento delle relative funzioni, con delega all'Azienda USL di Bologna delle relative attività e trasferimento in un'unica sede degli operatori. Conclusa la fase di sperimentazione, si sta procedendo ad una riflessione, a livello di area metropolitana, con disamina di alcuni aspetti caratterizzanti il rapporto tra i servizi unificati e le aziende. E' stata infatti intrapresa, a far data dal 2016, un'analisi da parte degli RPCT del Tavolo permanente AVEC sulle modalità di conferimento delle funzioni ai servizi unificati per quanto riguarda il tema delle deleghe, delle connesse responsabilità e dei controlli, che ha portato a formulare una proposta operativa ai Direttori amministrativi delle aziende coinvolte su azioni e modalità comuni in termini di audit, ai fini di operare azioni secondo criteri condivisi per la mappatura dei processi delle aree a rischio degli unificati e per gli obblighi di pubblicazione;
- il **processo di rivisitazione dell'atto aziendale, che contemplanano in particolare:**
 - l'inizio della **prima fase di riorganizzazione dell'area sanitaria**, avvenuta con delibera n. 154 del 6/7/2017, volta al superamento della parcellizzazione esistente nell'articolazione assistenziale dell'Istituto e al riaggregamento di alcune articolazioni organizzative nell'ambito dei due Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) per una maggiore coerenza tra le rispettive missioni dipartimentali;
 - l'avvio di una prima **ridefinizione dell'assetto organizzativo dell'area della ricerca**, avvenuto con delibera IOR n. 221 del 20/10/2017, che ha istituito un'infrastruttura tecnica nel contesto della Direzione Scientifica e il riposizionamento di alcuni Laboratori;
- il completamento del **Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)** per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie secondo le disposizioni della Regione Emilia Romagna che prevede le attività necessarie per raggiungere l'obiettivo di certificabilità attraverso la strutturazione dei processi amministrativi e l'elaborazione di procedure, nonché i tempi di realizzo quale fondamentale strumento di controllo e di riduzione delle aree di frode amministrativo contabile in sanità. Il PAC regionale, introdotto con DGR 865/2013 poi modificata dalla DGR 150/2015 a seguito dell'approvazione da parte del Ministero, individua le attività a carico delle aziende articolandole per aree tematiche (rimanenze, immobilizzazioni, crediti e ricavi, disponibilità liquide, patrimonio netto, debiti e costi, requisiti generali minimi) e definendone i tempi (cronoprogramma). Nel corso del 2017 il Gruppo di coordinamento aziendale PAC IOR ha proceduto

all'implementazione e al completamento di tutte le procedure sopra riportate, in conformità alle indicazioni contenute nel PAC. Nel sito Amministrazione Trasparente dell'Istituto all'interno della macrofamiglia "Altri contenuti" è stata attivata una sottosezione dedicata alla realizzazione del programma previsto dal Percorso Attuativo di Certificabilità che riporta lo stato di avanzamento lavori ed ogni altra informazione utile. A completamento e integrazione del PAC è stato formalizzato, con delibera n. 194 del 28/09/2017, il progetto "Audit area metropolitana di Bologna" volto a organizzare ed eseguire i controlli specifici sulle procedure PAC delle aziende dell'area. Il progetto prevede:

- il coordinamento del sistema dei controlli;
- la responsabilizzazione, la valorizzazione e la collaborazione con le singole strutture aziendali;
- la promozione della revisione delle procedure amministrativo contabili anche alla luce dell'avvio del nuovo software regionale per la "Gestione Area Amministrativo Contabile" (GAAC);
- il completamento dell'applicativo di gestione informatizzata delle liste d'attesa dei ricoveri medici e chirurgici programmati che, oltre rispondere alle disposizioni della Regione Emilia – Romagna, consente una maggiore trasparenza del flusso informativo sui tempi d'attesa effettivi per ricovero. Il completamento ha comportato una sostanziale modifica al programma informatico di gestione delle liste d'attesa dei ricoveri, con l'introduzione di un nuovo campo denominato "presa in carico" che permette di differenziare il periodo necessario agli approfondimenti diagnostici dal momento di effettiva idoneità all'intervento chirurgico. Questa nuova procedura permette di definire con maggiore appropriatezza i criteri di gestione e trasparenza delle posizioni in lista d'attesa, prevedendo inoltre periodici monitoraggi sia interni sia attraverso l'invio in tempo reale dei dati SIGLA (Sistema Integrato per la Gestione delle Liste di Attesa) in Regione, al cui progetto l'Istituto partecipa. Con delibera n. 58 del 29/03/2017, è stato individuato il Responsabile Unico Aziendale (RUA) per il governo dei tempi di attesa delle prestazioni in ricovero programmato, come previsto dalla DGR 1003/2016, a cui spetta un controllo generalizzato sulle liste d'attesa, sull'uniformità di accesso e sull'ottimale utilizzo delle risorse e vigila, inoltre, sulle attività garantendo un controllo sulle relazioni fra attività libero professionale e istituzionale e sul rapporto tra interventi urgenti e programmati. L'Osservatorio aziendale permanente per l'attività libero professionale, infine, svolge attività di monitoraggio sul rapporto tra attività istituzionale e libero professionale, controlli che verranno estesi anche al monitoraggio comparativo sui tempi di attesa dei ricoveri in relazione al diverso tipo di accesso, da prestazione istituzionale o da prestazione in regime libero professionale, in ottemperanza della DGR 272/2017;
- l'avvio della prima fase di **riorganizzazione dell'attività libero professionale intramuraria**, volta a rivedere le modalità organizzative dell'attività professionale della dirigenza del ruolo sanitario, così come illustrato dalla delibera n. 255 del 11/12/2017, nonché l'individuazione delle relative e specifiche responsabilità in capo ai servizi coinvolti.

4. PRINCIPI E METODOLOGIA

Il Piano è definito in modo dinamico, secondo principi di modularità e progressività con l'obiettivo di garantire che le azioni già intraprese si sviluppino e si modifichino, a seconda delle esigenze, in modo da mettere a punto strumenti di prevenzione sempre più mirati, concreti e incisivi.

La metodologia che IOR ha seguito per l'adozione del PTPCT si compone di quattro fasi fondamentali:

Pianificazione

Fase finalizzata a definire gli obiettivi da raggiungere e a predisporre strumenti e azioni da implementare. E' caratterizzata da:

1. l'individuazione dei processi amministrativi, sanitari e della ricerca scientifica riconducibili alle aree a più elevato rischio corruttivo;
2. l'individuazione delle attività (nell'ambito dei processi e procedimenti amministrativi) a più elevato rischio corruttivo, attraverso la mappatura, realizzata con la collaborazione dei dirigenti sanitari, amministrativi e tecnici; la valutazione dei rischi per ciascun processo e procedimento; le decisioni sui rischi da trattare prioritariamente in relazione al livello di rischio, all'impatto organizzativo e finanziario;
3. la valutazione/individuazione delle misure per ridurre il rischio, con indicazione del responsabile e del termine della progettazione esecutiva;
4. l'individuazione, su proposta dei Direttori/Responsabili, dei Referenti con obblighi di informazione e trasmissione nei confronti del RPCT;
5. la programmazione di iniziative di comunicazione e formazione;
6. la definizione di misure di contrasto, di monitoraggio e aggiornamento PTPCT.

Attuazione del Piano

Questa fase è caratterizzata dalla predisposizione, da parte del RPCT di interventi mirati su formazione del personale, gestione del rischio attraverso la mappatura delle aree e l'attuazione delle misure di prevenzione, rotazione del personale, adozione di misure per la tutela del whistleblower ecc.

Ogni anno, già in fase di aggiornamento, il RPCT prima interroga gli stakeholder, sia esterni che interni, attraverso la pubblicazione del Piano dell'anno in corso sul sito per accogliere i suggerimenti e le indicazioni di cui tener conto nella riformulazione del nuovo Piano, che avviene con la piena condivisione dei Responsabili dei servizi e dei Referenti e i Direttori delle aree (sanitaria, amministrativa e della ricerca scientifica). Una volta predisposto, la bozza del Piano viene inviata alla Direzione Strategica, al Collegio di Direzione, al Collegio sindacale e al Collegio di Indirizzo e Verifica per la raccolta dei relativi suggerimenti e pareri. Infine il Piano, così rivisto, viene adottato dal Direttore Generale e successivamente pubblicato sul sito istituzionale, nella sezione "Amministrazione Trasparente".

Controllo, raccolta e studio dei risultati e dei riscontri raggiunti

In questa fase viene valutata l'adeguatezza delle misure individuate per il contenimento e il contrasto di eventuali comportamenti corruttivi e attivato un sistema di monitoraggio, sia attraverso verifiche sul campo, sia attraverso la richiesta di relazioni ai Responsabili dei processi mappati e sia attraverso l'attivazione di audit in collaborazione con RPCT di altre aziende dell'Area Vasta, al fine di favorire all'interno dell'Istituto una metodologia di lavoro e un supporto operativo per le azioni da intraprendere, in modo da migliorare l'efficacia dell'intero sistema.

Azioni per rendere definitivo e/o migliorare il processo

Il RPCT, a seguito delle informazioni pervenute dall'attuazione della fase di monitoraggio e di auditing, tenuto conto della normativa sopravvenuta, dei mutamenti organizzativi aziendali, dell'emersione di rischi non considerati e/o emersi

successivamente alla fase di predisposizione del PTPCT, seguendo la stessa procedura definita per la prima adozione, propone l'aggiornamento al Direttore Generale per la successiva adozione entro il 31 gennaio di ciascun anno.

L'incontro costante a livello metropolitano, attraverso il Tavolo AVEC (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), degli RPCT consente una riflessione condivisa e la messa a punto di azioni congiunte atte all'individuazione di strumenti comuni idonei a dare attuazione al Piano nella sua concretezza.

A seguito dei nuovi obblighi introdotti dalla normativa nel corso del 2016, la RER ha attivato un Tavolo permanente composto da tutti gli RPCT e coordinato dall'OIV regionale al fine di approfondire tematiche specifiche, promuovere il coordinamento, le migliori prassi e l'omogeneità di comportamento tra le aziende sanitarie e enti della Regione e di proporre linee guida di carattere regionale per l'attuazione di specifiche misure di trasparenza e prevenzione della corruzione. Tale Tavolo è stato formalizzato nel corso del 2017, con determina della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare n. 19717 del 5/12/2017.

Nel corso del 2017, a completamento di quanto intrapreso nel precedente anno e in ottemperanza all'art. 15 del T.U. per la promozione della legalità (L.R. n. 18/2016), la RER ha inoltre dato vita ad un tavolo finalizzato alla costituzione della "Rete per l'integrità e la trasparenza" che vede coinvolti rappresentanti delle aziende sanitarie, dei comuni, degli ordini professionali ecc. che rivestono il ruolo di Responsabili Anticorruzione. Tale tavolo è pensato quale sede di confronto degli RPCT, al fine di condividere esperienze ed attività messe in campo nelle pubbliche amministrazioni del sistema regionale ed organizzare attività comuni di formazione con particolare attenzione ai settori a rischio corruzione.

L'aggiornamento del PTPCT 2018-2020 tiene conto della delibera ANAC n. 831/2016 di "*Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016*", della delibera ANAC n. 1208/2017 di "*Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione*", del Decreto Legislativo n. 97/2016, del Decreto Legislativo 50/2016 (codice dei contratti) e del successivo Decreto Legislativo 56/2017, delle numerose disposizioni ANAC, della Legge regionale Emilia Romagna 9/2017, delle delibere OIV, delle Linee Guida RER sugli obblighi di pubblicazione, degli orientamenti assunti in sede Area Vasta Emilia Centro, delle azioni poste in essere nel corso del 2017, dell'emersione di fattori di rischio non considerati nella fase di predisposizione dei precedenti PTPCT e degli interventi riorganizzativi intervenuti all'interno dell'Istituto a seguito dell'unificazione dei servizi amministrativi, di cui si è già dato conto. Inoltre il Piano tiene conto di quanto emerso dal Tavolo regionale in merito in particolare agli obblighi di pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali concernenti i titolari di incarichi dirigenziali, il rapporto RPCT e OIV, così come esteso dal PNA 2016 e il nuovo Codice di Comportamento unico per tutte le aziende sanitarie della Regione, di cui si darà conto nella sezione dedicata.

Il PTPC 2018 – 2020 tiene conto e dà attuazione alle disposizioni contenute nella Delibera di Giunta regionale n. 1003/2016. A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, si fa riferimento alla facilitazione all'accesso (riduzione dei tempi di attesa e gestione delle liste), alla sicurezza delle cure, al miglioramento del sistema informativo contabile, all'attuazione del percorso di certificabilità (PAC) dei bilanci, all'implementazione di un sistema unico regionale per la gestione informatizzata dell'area amministrativa-contabile nei processi di acquisto di beni e servizi (GAAC), al governo delle risorse umane (GRU), all'Information Communication Technology, ecc quali misure di prevenzione e trasparenza.

Inoltre il Piano dà attuazione, in considerazione del principio dell'integrazione documentale dei documenti aziendali, a una maggiore coerenza tra le tematiche

comuni sviluppate nel Piano della Performance e nel Piano aziendale di Formazione (PAF). E ciò anche in considerazione delle indicazioni fornite dall'Organismo Indipendente di Valutazione, laddove con propria deliberazione n. 1/2014 richiama che "...le recenti indicazioni operative dell'ANAC ai fini dell'avvio del Ciclo di gestione della Performance 2014-2016, sottolineano la necessità di integrazione con il ciclo di Gestione della Performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione...".

Questa integrazione è stata recepita anche a livello regionale attraverso la realizzazione del Sistema di Valutazione del Servizio Sanitario Regionale (SIVER).

Tale sistema è una risposta adeguata all'obbligo richiesto dall'art. 1 comma 522 della Legge di Stabilità 2016 che prevede la pubblicazione annuale, da parte degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, delle performance ottenute e misurate attivando al proprio interno "un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della loro qualità, in raccordo con il sistema di monitoraggio regionale e in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti".

Il lavoro congiunto svolto dalla Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna e il Sistema Informativo Sanità e Politiche Sociali con l'OIV-SSR e alcune Aziende Sanitarie ha permesso l'inserimento di indicatori di risultato per la valutazione della Performance, che derivano dalla griglia LEA, dal Programma Nazionale Esiti, dal progetto "BERSAGLIO" e dalla Programmazione Regionale per la valutazione degli obiettivi annuali (DGR 1003/2016) e che permettono non solo di garantire confrontabilità, trasparenza e coerenza, ma anche un monitoraggio delle attività anche in relazione alla prevenzione della corruzione.

Si sottolinea infine che, come già avvenuto negli anni precedenti, il Piano prevede il collegamento con il Piano della Performance in modo tale che le misure e le azioni di prevenzione divengano obiettivi organizzativi ed individuali assegnati ai Dipartimenti e all'area sanitaria, amministrativa e della ricerca e ai loro dirigenti.

Il PTPC 2018-2020, così come avvenuto negli anni precedenti, prevede inoltre un esplicito collegamento e integrazione, per l'area sanitaria, con il Programma aziendale di Gestione Integrata del Rischio e con i documenti prodotti dall'Ufficio Qualità sia in termini di obiettivi, di modalità di sviluppo dei contenuti che di verifica.

5. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'

Il Piano Nazionale Anticorruzione riepiloga la pluralità dei soggetti che partecipano al processo di attuazione e le relative responsabilità:

1. l'autorità di indirizzo politico individuata nella persona del Direttore Generale, con la funzione di designazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, di approvazione del Piano, nonché di adozione degli atti generali, a livello aziendale, finalizzati, anche indirettamente, alla prevenzione di condotte corruttive;
2. il Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza (RPCT) di seguito anche Responsabile che, a seguito dell'adozione del provvedimento deliberativo n. 343 del 26.07.2013, è stato individuato, per l'Istituto Ortopedico Rizzoli, nella persona della Dott.ssa Maria Carla Bologna, Responsabile della SSD Struttura di Supporto Direzionale;
3. i Referenti di area, con funzioni inerenti la raccolta dei dati, il loro monitoraggio e la trasmissione dei flussi informativi;
4. i Dirigenti a cui è affidata l'attività informativa e formativa dei propri dipendenti, la partecipazione al processo di gestione del rischio, la proposta di misure di prevenzione, l'adozione delle misure gestionali (disciplinari, organizzative, etc.) e l'osservanza del Piano, nonché dei Codici di comportamento (DPR 62/2013 e del Codice di comportamento IOR, in corso di rivisitazione a livello regionale) anche per quanto riguarda il monitoraggio dei rapporti tra l'Istituto ed i soggetti con cui vengono stipulati rapporti contrattuali, erogazione di vantaggi economici di qualunque genere ai sensi dell'art. 1, comma 9, lettera e) della L. 190/2012;
5. l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) regionale e gli altri organi e organismi di controllo interno, partecipi del processo di gestione del rischio, con ruolo consultivo (parere obbligatorio sul codice di comportamento e PTPCT) o inerenti il monitoraggio degli adempimenti per la trasparenza;
6. l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), con facoltà di proposta di aggiornamento del Codice di comportamento;
7. i dipendenti ed i collaboratori dell'amministrazione, partecipi del processo di gestione del rischio e di monitoraggio, con compiti di segnalazione e obbligo di osservanza dei Codici di comportamenti (D.P.R. 62/2013 e Codice di comportamento aziendale);
8. il Responsabile dell'antiriciclaggio, quale "gestore" delegato alla valutazione e trasmissione all'UIF delle segnalazioni che riguardano ipotesi sospette di riciclaggio, individuato nella persona del Dott. Luca Lelli con deliberazione n. 257 del 17/11/2016;
9. il Responsabile per l'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (RASA), al fine di assicurare l'effettivo inserimento dei dati nell'Anagrafe (AUSA), già individuato presso l'istituto nel 2014 nella persona della Dott.ssa Francesca Comellini, con deliberazione n. 606 del 30/12/2013;
10. il Responsabile Unico Aziendale (RUA), al fine di potenziare il controllo centralizzato delle liste di attesa e assicurare uniformità di accesso e trasparenza, nonché l'ottimale utilizzo delle risorse disponibili, in ottemperanza alla DGR Emilia-Romagna 272/2017, individuato nella persona del Dott. Luca Bianciardi con deliberazione n. 58 del 29/03/2017.

Compiti

Il Responsabile aziendale della prevenzione della corruzione e trasparenza, di seguito Responsabile, è il soggetto preposto in Istituto all'applicazione di quanto prescritto dalla Legge n. 190/2012 e smi, la quale assegna allo stesso i seguenti compiti:

- elaborare la proposta di Piano di prevenzione della corruzione, che deve essere adottata dal Direttore Generale dell'Istituto;

- definire procedure appropriate per selezionare e formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti al rischio di corruzione;
- verificare l'efficace attuazione del Piano, la sua idoneità e proporre modifiche in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione aziendale;
- verificare, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva possibilità di rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione;
- individuare il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità;
- pubblicare sul portale web dell'Istituto, entro il termine definito dall'ANAC di ogni anno, una relazione recante i risultati dell'attività svolta e la trasmissione della stessa al Direttore Generale dell'Istituto.

Il Decreto Legislativo n. 97/2016 ha poi ulteriormente rafforzato il ruolo del RPCT, unificando in capo ad un unico soggetto i due incarichi inerenti la corruzione e la trasparenza, in modo da meglio attuare le misure a presidio della corruzione anche attraverso le azioni a tutela della trasparenza. L'Istituto ha, da sempre, operato questa scelta, avvalendosi sin dal 2013 di una figura dirigenziale in grado di adempiere ad entrambi i compiti e dare maggiore continuità alle azioni da intraprendere.

Il Responsabile può effettuare:

- controlli all'interno delle strutture dell'Istituto, considerando comunque che la responsabilità primaria del controllo delle attività è in capo ai Direttori e ai Responsabili aziendali, in quanto parte integrante delle responsabilità dirigenziali o di coordinamento;
- controlli a campione su determinati ambiti attraverso sopralluoghi e/o audit;
- incontri con gli Organi e Organismi aziendali preposti ad attività di controllo, vigilanza e ispezione per effettuare le verifiche e gli accertamenti connessi alle segnalazioni di violazione al Piano;
- richieste ai singoli Direttori e ai Responsabili atte a verificare lo stato dei singoli procedimenti di competenza e il rispetto dei relativi termini previsti dalla vigente normativa per la conclusione.

Il RPCT, si relaziona direttamente con i Responsabili di area e con i Referenti per la trasmissione dei flussi informativi, nonché con il Referente per la pubblicazione per la disamina delle problematiche che possono nascere e l'individuazione di soluzioni idonee al caso concreto. Essi costituiscono la struttura di supporto all'attuazione del Piano e alla realizzazione delle misure di prevenzione della corruzione.

Gli obblighi informativi imposti ricadono, infatti, su tutti i soggetti coinvolti, sia nella fase di formazione del Piano che nelle fasi di verifica del funzionamento e di attuazione delle misure, con un esplicito dovere di collaborazione la cui violazione è sanzionabile.

Inoltre, per particolari problematiche che comportano maggiori conoscenze in determinati settori può istituire appositi Gruppi Tecnici in specifiche materie.

I Direttori/Responsabili delle Strutture aziendali concorrono con il "Responsabile" alla definizione degli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza:

Acclarato che la legge affida ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione (art. 16, D.Lgs. 165/01), nonché specifiche responsabilità in merito alle azioni finalizzate all'assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione, lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano sono il risultato di un'azione sinergica del RPCT e dei singoli Direttori/Responsabili delle strutture aziendali per quanto concerne, in particolare, l'individuazione di obiettivi strategici da cui discende

l'analisi delle aree ritenute maggiormente a rischio e le proposte di azioni di presidio quali:

- la verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità;
- la proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendono necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, di mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività dell'Istituto o di altri eventi significativi in tal senso;
- la verifica della possibilità di effettiva rotazione negli incarichi ove più elevato è il rischio di corruzione, compatibilmente con l'organico aziendale;
- l'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- il monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, di vantaggi economici di qualunque genere verificando eventuali conflitti di interesse;
- il rispetto degli obblighi di informazione;
- la trasparenza dei procedimenti amministrativi a maggiore rischio di corruzione, con evidenza delle responsabilità;
- il monitoraggio sull'effettiva attuazione delle azioni individuate.

I Direttori/Responsabili delle Strutture aziendali provvedono in particolare a:

- monitorare il rispetto dei termini per la conclusione dei procedimenti amministrativi;
- monitorare i rapporti fra IOR e i soggetti che forniscono lavori, servizi, forniture o sono destinatari di provvedimenti autorizzativi o concessori o ricevono contributi o altri vantaggi economici;
- vigilare sull'assenza di situazioni di incompatibilità di incarico dei dipendenti;
- rispettare le disposizioni in materia di trasparenza;
- dare effettiva attivazione alla normativa sulla segnalazione da parte del dipendente di condotte illecite di cui sia venuto a conoscenza (comma 51 della legge n. 190), con le necessarie forme di tutela, ferme restando le garanzie di veridicità dei fatti, a tutela del denunciato;
- attuare misure che garantiscano il rispetto delle norme del Codice di Comportamento dei dipendenti delle pubbliche amministrazioni di cui al comma 44 della legge n. 190 e del Codice di Comportamento I.O.R., nonché delle prescrizioni contenute nel Piano;
- adottare le misure necessarie all'effettiva attivazione della responsabilità disciplinare dei dipendenti in caso di violazione dei doveri di comportamento, ivi incluso il dovere di rispettare le prescrizioni contenute nel Piano;
- attuare misure volte alla vigilanza in materia di inconfiribilità e incompatibilità degli incarichi (di cui ai commi 49 e 50 della legge n. 190), anche successivamente alla cessazione del servizio o al termine dell'incarico (nuovo comma 16-ter dell'articolo 53 del d. lgs. n. 165 del 2001).

Al fine di prevenire e controllare i rischi derivanti da possibili atti di corruzione il Responsabile, in qualsiasi momento, può richiedere ai Direttori/Dirigenti cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e/o adottato il provvedimento finale di fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni, per iscritto e 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.

Il Responsabile è coadiuvato dai Dirigenti e dai Referenti individuati dai Dirigenti stessi.

I nominativi dei Referenti, aggiornati alla luce del Decreto Trasparenza, sono stati già comunicati formalmente dai Dirigenti/Responsabili e riportati nella sezione Trasparenza.

Ai predetti **Referenti** competono i seguenti compiti all'interno della struttura organizzativa di assegnazione:

- supportare la pubblicazione sul portale web dell'Istituto di provvedimenti/atti/documenti/dati in adempimento alla vigente normativa in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza;
- coordinare le attività connesse di prevenzione dei comportamenti corruttivi della propria struttura organizzativa;
- monitorare l'adeguatezza dei protocolli/procedure in uso e valutare la necessità di proporre modifiche agli stessi, d'intesa con il proprio Direttore/Responsabile;
- proporre l'adozione di nuovi protocolli/procedure per colmare carenze documentali, d'intesa con il proprio Direttore/Responsabile.

6. GESTIONE DEL RISCHIO: LE AREE A RISCHIO, LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AZIONI CONSEGUENTI

La gestione del rischio è l'insieme delle attività, delle metodologie e delle risorse coordinate per misurare o stimare il rischio e, successivamente, sviluppare strategie per governarlo.

Il rischio va inteso principalmente come combinazione di due eventi: in primo luogo la probabilità che accada e che sia idoneo a compromettere la realizzazione degli obiettivi dell'organizzazione in cui si verifica e, secondariamente, l'impatto che l'evento provoca una volta accaduto sulle finalità e l'immagine dell'organizzazione.

Di regola, le strategie impiegate per prevenirlo includono il trasferimento del rischio a terze parti: la limitazione del rischio, la riduzione dell'effetto negativo e infine l'accettazione, in parte o totalmente, delle possibili conseguenze.

"Il primo requisito per un'adeguata azione di prevenzione della corruzione è la realizzazione di un'oggettiva analisi e valutazione dei rischi" (GRECO) e la mappatura dei processi costituisce lo strumento chiave, dal momento che consente l'individuazione del contesto entro cui deve essere sviluppata la valutazione del rischio e l'elaborazione del catalogo dei processi.

"L'analisi del rischio costituisce il fondamento per l'individuazione all'interno dell'organizzazione delle misure per aumentare la resistenza rispetto a tali vulnerabilità" (cfr. OECD 2009, pag. 21) e lo strumento più efficace affinché il PTPCT non sia una mera dichiarazione di intenti e un mero adempimento burocratico, ma costituisca un presidio efficace del rischio corruttivo all'interno dell'organizzazione, al fine di risolvere problemi concreti.

La gestione del rischio deve essere strutturata, sistematica, tempestiva, basata sulle migliori informazioni possibili e tener conto dei fattori umani e culturali nonché organizzativi di contesto. Ciò assume particolare significato nell'amministrazione di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico come IOR che deve perseguire finalità di ricerca, di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e di gestione dei servizi sanitari insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

Dal momento che l'organizzazione è un sistema articolato in processi, a ciascun snodo dei quali sono preposte persone e individuate responsabilità, la metodologia della gestione del rischio introdotta dal PNA si può sintetizzare così come segue:



In applicazione di ciò, l'organizzazione dell'Istituto è stata il punto di partenza e di riferimento per una fattiva applicazione del disposto della Legge 190/2012 e smi e dei decreti conseguenti. In considerazione dell'organigramma e funzionigramma aziendali e alla luce dell'aggiornamento del PNA del 2015 e PNA 2016, è stata focalizzata l'attenzione sui processi, procedimenti e procedure unitamente all'identificazione delle responsabilità delle attività amministrative delle Aree Generali e Specifiche, anche in base a quanto contenuto nella norma ISO 37001:

AREE GENERALI

- *acquisizione e gestione del personale;*
- *scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture comprese le modalità di selezione prescelti ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;*
- *concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché*

attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;

- *concorsi e prove selettive per assunzione del personale;*
- *contratti pubblici;*
- *incarichi e nomine;*
- *gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;*
- *controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.*

AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

- *attività libero professionale;*
- *rappporti contrattuali con privati accreditati;*
- *farmaceutica, dispositivi e altre tecnologie: ricerca, sperimentazioni e sponsorizzazioni;*
- *attività conseguente al decesso in ambito intraospedaliero.*

Mappatura dei processi

Poiché il PNA attribuisce alla mappatura la capacità di individuare i processi aziendali, le loro diverse fasi e relative responsabilità, l'elaborazione del catalogo dei processi e dei rischi, il Responsabile, in stretta collaborazione con i Direttori/Responsabili e loro Referenti e sulla scorta dell'elenco di esemplificazione di cui all'allegato 3) del PNA, ha avviato, fin dal 2013, un percorso di mappatura al fine di individuare le attività entro cui sviluppare la valutazione del rischio.

La base di partenza è stata l'aggiornamento dei procedimenti amministrativi corredato dai nominativi dei responsabili e relativi riferimenti (numeri di telefono, fax e indirizzo di posta elettronica), con indicazione dei tempi di conclusione degli stessi, nonché l'individuazione del soggetto titolare del potere sostitutivo. Tale ricognizione, aggiornata ad ogni mutamento riorganizzativo, verrà rivista al completamento della riorganizzazione aziendale in essere.

Si è proceduto anche, per una più adeguata ponderazione dei potenziali rischi, alla disamina della documentazione predisposta quale l'Atto aziendale, i regolamenti, le procedure, le delibere e da ogni altra documentazione ritenuta utile al fine di collegare correttamente i rischi di corruzione ai processi organizzativi dell'area amministrativa.

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 intervenute nel corso degli ultimi anni (unificazione di alcuni servizi amministrativi e sanitari a livello metropolitano, rivisitazione degli assetti organizzativi e degli obblighi in termini di trasparenza) le aree a rischio generali e specifiche interessate da tale riorganizzazione, sono state - per quanto possibile - aggiornate nella mappatura dei processi.

In particolare si specifica che:

- per quanto riguarda l'area relativa all'acquisizione e progressione del personale, si è ritenuto opportuno mantenere, a titolo puramente informativo, le mappature messe a punto prima dell'unificazione dei servizi amministrativi, per dar conto del lavoro svolto;
- la libera professione è interessata da un processo di riorganizzazione in corso;

- la gestione del contenzioso e delle richieste di risarcimento verrà rivista, nel corso del prossimo triennio, alla luce dell'entrata dell'Istituto nel programma regionale di gestione diretta dei sinistri, al fine di ponderare i rischi specifici prodotti da tale tipo di gestione;
- per l'area appalti, la rivisitazione verrà attuata nel corso del prossimo triennio, tenendo conto della nuova normativa (D.Lgs 50/2016 e smi) e delle decisioni a livello metropolitano;
- si continuerà nell'analisi e nella mappatura dei servizi unificati, in collaborazione con gli RPCT dell'area metropolitana;
- sarà oggetto di ulteriore approfondimento la mappatura "Gestione dei pagamenti - Gestione delle cessioni di credito - Controlli collegati all'emissione dei mandati" del SUMCF.

Identificazione, analisi e ponderazione del rischio

L'analisi che ne è seguita nel corso degli anni precedenti ha preso in considerazione i possibili rischi, le misure preventive già in atto e quelle da attuare nel corso della durata del Piano ai fini di prevenzione e/o contenimento del fenomeno, i tempi di attuazione, le responsabilità e il monitoraggio. A tutt'oggi sono stati mappati n. 27 processi delle aree sopra citate e individuati altri settori da monitorare e presidiare con interventi mirati contenuti nella sezione del Piano c.d. "**misure ulteriori**", con verifica annuale 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, ecc. 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 disposizione con quelle già esistenti.

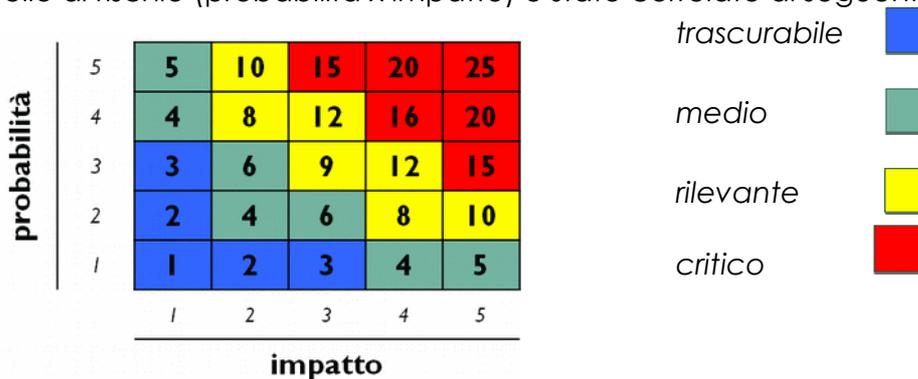
L'approccio progressivo adottato, in considerazione della novità della materia e dell'impianto, è stato finalizzato a verificare l'adeguatezza della metodologia utilizzata al fine della sua estensione a tutti i procedimenti e processi aziendali introdotti dal PNA 2015 e 2016.

Per la valutazione dei processi, ai fini della catalogazione dei rischi, si è seguita in un primo momento la metodologia contenuta nell'allegato 5) del PNA 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 considerazione del fatto che la media aritmetica utilizzata è un valore compensativo.

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 dell'all. 5 del PNA) che nell'analisi del processo riportano il punteggio più alto.

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



Individuazione e progettazione delle misure di "presidio"

Per una valutazione complessiva del rischio 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**, dal momento 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 per la sua prevenzione e/o contenimento.

La formazione sostenuta dal Responsabile, da tutti i dirigenti amministrativi, dai referenti, dai dirigenti del settore sanitario e tecnico consente di rivedere, aggiornare e integrare la mappatura già avviata con i precedenti PTPC, la valutazione e il trattamento del rischio per ciascun processo, ivi compresa la progettazione delle misure di contrasto.

La gestione del rischio si completa con l'azione di monitoraggio (declinato secondo le responsabilità individuate) che comporta la valutazione del livello di rischio tenendo conto delle azioni di risposta, ovvero delle misure di prevenzione introdotte.

Si riportano nell'allegato n. 1 le schede dei processi aziendali mappati e rivisitati secondo quanto più sopra argomentato con l'applicazione del valore massimo alle variabili dell'all. 5 del PNA per la valutazione del livello di rischio di ogni singolo processo analizzato, mentre si rinvia ad un eventuale aggiornamento del PTPCT la mappatura di altri processi afferenti alle aree generali e specifiche, non appena verrà approvato il nuovo atto aziendale e puntualmente definite le funzioni, le deleghe e le responsabilità a seguito dell'unificazione dei servizi amministrativi (gestione del personale, economato, contabilità e bilancio e servizio acquisti) a livello metropolitano.

Ciascuna scheda di processo mappato presenta una parte descrittiva del processo in argomento, ovvero:

- l'individuazione delle diverse fasi in cui si sviluppa il processo;
- la descrizione dei possibili rischi correlati alle diverse fasi di cui sopra;
- le relative responsabilità;
- il livello di rischio complessivo derivante dalla presa in considerazione della probabilità e dell'impatto organizzativo di cui all'allegato 5 del PNA secondo le due valutazioni;
- la progettazione esecutiva con l'individuazione delle misure di presidio in essere, quelle da attuare e la relativa tempistica, le responsabilità in merito ai controlli e gli indicatori di monitoraggio.

A seguito dell'istituzione dei servizi unificati Personale, Contabilità e Finanza, Acquisti e Economato si riporta la mappatura dei processi complessivamente individuati ed aggiornati specificando nuovamente che:

- per quelli oggetto di unificazione 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 modalità comuni di lavoro e di analisi dei processi che verranno sviluppati e analizzati nel corso del prossimo triennio.

- per l'affidamento di lavori, servizi e forniture in capo a IOR sono in corso approfondimenti in sede di Area Vasta a seguito dell'introduzione del nuovo Codice dei Contratti pubblici (D. Lgs 50/2016) per le modalità organizzative ed operative tese a individuare nuove procedure.

Il PTPCT viene completato con il catalogo degli eventi a rischio di corruzione, così come richiesto dal PNA e smi (all. 2) e dalla sezione Trasparenza.

7. SEGNALAZIONE DI FATTI ILLECITI O DI FATTI ANOMALI

L'onere di segnalare tempestivamente al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza la conoscenza di eventuali fatti illeciti o anche solo anomali, così come precedentemente definiti nel presente Piano, è posto in capo a tutti i dipendenti, comandati e collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto.

Nel caso in cui contingenti situazioni ne rivelassero l'esigenza, viene pienamente garantita l'adozione di idonee e tempestive misure correttive da parte del Responsabile per impedire qualunque tipo di ritorsione o comportamento discriminatorio a carico del segnalante. Al fine di garantire la massima riservatezza è stato attivato anche un canale dedicato (mail: prevenzione.corruzione@ior.it) attraverso cui inviare segnalazioni al Responsabile, mentre sono state rese trasparenti sul sito istituzionale tutte le indicazioni in merito alle modalità di segnalazione.

Il conseguente onere di informare la Direzione Generale è posto in capo al Responsabile.

Nel caso in cui pervengano segnalazioni, è compito del Direttore/Responsabile della Struttura/Servizio aziendale interessata/o valutare la fondatezza delle stesse e indicare al RPCT le proposte per attivare le necessarie procedure di correzione.

Al fine di permettere la piena aderenza con i principi declinati dal Legislatore, il Responsabile potrà valutare anche le eventuali segnalazioni anonime che gli dovessero essere recapitate.

Con la predisposizione, ad opera del Responsabile, del protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti e delle relative tutele è stata data piena attuazione al dettato normativo. Il protocollo e i relativi allegati sono pubblicati sul sito dell'Istituto nella sezione "Amministrazione Trasparente". ANAC, a supporto dell'attività svolta dalle aziende, gestisce direttamente anche le segnalazioni inviate dai dipendenti delle amministrazioni pubbliche tramite appositi moduli scaricabili dal sito, in attesa della realizzazione di un'apposita piattaforma informatizzata finalizzata a garantire maggiore riservatezza dei segnalanti, che verrà poi resa disponibile alle aziende.

Si fa presente che lo strumento non è mai stato finora utilizzato a livello aziendale, probabilmente ritenendo più appropriata la segnalazione ad organi terzi, quali l'ANAC o l'Autorità giudiziaria.

Con L. 30 novembre 2017, n. 179, il legislatore è intervenuto nuovamente sul tema dando vita a "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", volte a garantire maggiori tutele nei confronti del dipendente che segnala e a ridefinire alcuni profili di responsabilità. In attesa di apposite linee guida da parte di ANAC, a cui la stessa legge rimanda, l'Istituto continua ad applicare 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", approvato con delibera n. 468/2014.

8. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

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:

1. Le disposizioni in materia di assunzioni del personale definite negli ultimi anni dalla RER attraverso il "Piano Assunzioni";
2. le dimensioni dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
3. 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;

4. 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;
5. il coinvolgimento di IOR nel progetto di unificazione delle funzioni amministrative delle Aziende sanitarie di Bologna con creazione di uffici centrali concentrati nella stessa sede fisica e un'unica direzione, che ha di fatto già prodotto una rotazione.

Peraltro, già 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".

Ciononostante già fin dal 2015 si sono registrati numerosi avvicendamenti di incarichi dirigenziali ed è stata data piena attuazione alla rotazione dei funzionari in tutte le Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza. L'avvicendamento di incarichi dirigenziali di struttura complessa è la diretta conseguenza dei numerosi collocamenti a riposo avvenuti nel corso del 2017.

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.

Si specifica, infine, che l'unificazione dei servizi amministrativi ha dato vita ad una rotazione non solo per la modifica di sede e di funzioni, ma anche per la rivisitazione trasversale delle funzioni e dell'assegnazione dei compiti dei dipendenti delle aziende sanitarie coinvolte nel progetto.

9. 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 potenziale 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.

Nel corso del 2017 si sono realizzati, anche in collaborazione con le aziende sanitarie dell'AVEC, i seguenti percorsi formativi:

- Livello base. La formazione a tutti i dipendenti sui temi della prevenzione della corruzione (finalità, soggetti e strumenti) anche attraverso modalità formative “*blended*” con l'utilizzo di piattaforme e – *learning*;
- Livello medio avanzato rivolto alle reti dei dirigenti, referenti e ai loro collaboratori che operano nelle aree a rischio corruttivo sopra individuate. La formazione ha riguardato in particolare approfondimenti specifici su tematiche quali:
 1. “Il conflitto di interessi secondo il nuovo codice degli appalti e le misure di prevenzione. La figura del gestore delle segnalazioni antiriciclaggio”;
 2. “Legge 8 marzo 2017, n.24 fra sicurezza e responsabilità”
 3. “Nuovo accesso civico generalizzato”;
 4. “Aspetti etici e conflitto di interessi nell'affidamento di incarichi intra ed extraistituzionali elaborazione di una linea guida comune”;
 5. “Il regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali e l'impatto nel settore sanitario”;
 6. “Trasparenza, accesso civico e obblighi di pubblicazione. Approfondimento e prassi conseguenti alle novità introdotte dal D.Lgs. 97/2016 di riforma del S.Lgs. 33/2013”;
 7. “Conflitto di interessi nello svolgimento dell'attività libero professionale intramoenia rispetto all'attività istituzionale”;
 8. “Trasparenza e comportamenti etici nella conduzione delle attività di ricerca clinica” (Giornata della Trasparenza).

Per il 2018 sono in corso di pianificazione, in accordo con le altre aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro, percorsi formativi finalizzati ad approfondire tematiche quali:

- accesso generalizzato
- codice di comportamento
- liste di attesa e libera professione
- sponsorizzazioni, donazioni e ricerca

Tali eventi formativi saranno tenuti da docenti esperti nella disciplina – funzionari appartenenti a enti e organismi a livello centrale e regionale, quali Dipartimento della Funzione Pubblica, Agenas, A.N.A.C., FormezPa, magistrati, docenti universitari, funzionari regionali e Responsabili della Prevenzione della Corruzione.

Per quanto riguarda il livello base della formazione del personale sui temi dell'etica e della trasparenza verrà svolta anche attraverso modalità formative “*blended*” con l'utilizzo di piattaforme e – *learning*;

I predetti Piani formativi rientreranno pienamente nell'ambito dei percorsi di formazione obbligatoria previsti annualmente nel Piano formativo dell'Istituto (PAF) dell'anno 2018.

10. INCOMPATIBILITÀ

È fatto obbligo, ai sensi del Capo V e del Capo VI del Decreto Legislativo n. 39/2013 (così come confermato dalla deliberazione n. 149/2014 dell'ANAC) al Direttore Generale, al Direttore Scientifico, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario di dichiarare, con cadenza annuale, l'insussistenza di condizioni di incompatibilità alla carica ricoperta. Tale dichiarazione deve essere trasmessa 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.

Le predette dichiarazioni vengono pubblicate sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla “Amministrazione trasparente”.

IOR ha adottato, ai sensi dell'art. 53 del D. Lgs 165/2001 e s.m.i. il regolamento “Svolgimento di attività e incarichi, incompatibilità, cumulo di impieghi”.

Alla luce dell'unificazione dei servizi amministrativi a livello centralizzato in capo all'Azienda USL di Bologna con conferimento di funzioni in materia di gestione del personale al Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP) e in attesa della predisposizione del Nuovo Regolamento Unico per tutte le aziende, i Regolamenti vigenti all'interno delle aziende sono stati integrati da una nota del Direttore SUMAP in merito alle autorizzazioni e comunicazioni per incarichi extra-istituzionali (prot. n. 18565 del 18/02/2016) che verrà aggiornato alla luce del nuovo Codice di Comportamento unico regionale di cui si renderà conto nella sezione successiva.

11. CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

Il Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165" ha sostituito e aggiornato il previgente codice, vigente dall'anno 2000. La rivisitazione del Codice precedente è stata operata al fine di assicurare la qualità dei servizi, la prevenzione dei fenomeni di corruzione, il rispetto dei doveri costituzionali di diligenza, lealtà, imparzialità e servizio esclusivo alla cura dell'interesse pubblico in capo ai dipendenti pubblici.

In relazione alle proprie peculiarità, IOR ha adottato un Codice di Comportamento aggiuntivo, con obbligo di rispetto dello stesso da parte di tutti i dipendenti, comandati e collaboratori, a qualsiasi titolo. Il predetto obbligo è stato inserito negli schemi di incarico, contratto, bando con la specifica sottolineatura della condizione della sua osservanza per i collaboratori esterni a qualsiasi titolo, per titolari di organo, per i collaboratori delle ditte fornitrici di beni e servizi od opere a favore dell'Istituto, prevedendo la risoluzione o la decadenza dal rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti. Il Codice è pubblicato, in un formato aperto, in un'apposita sezione del portale web di IOR all'interno dell'area dedicata "Amministrazione trasparente".

A seguito di linee guida da parte di 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, un 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. La redazione del testo è stata ultimata e lo schema tipo di Codice di comportamento, in corso di formalizzazione da parte della Giunta regionale, è stato presentato e condiviso con tutte le Direzioni delle aziende sanitarie regionali.

Il testo verrà poi sottoposto all'iter di approvazione previsto dalla normativa vigente.

Conflitto di interesse

La nozione di conflitto di interesse deve essere intesa in un'accezione più 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". Non si tratta quindi di un comportamento, ma di una condizione che si verifica ogni volta che esiste una relazione in grado di compromettere l'indipendenza di giudizio della persona. In altre parole, 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. I Responsabili sono comunque tenuti alla vigilanza di tali situazioni, al fine di monitorare ed evitare che si verifichino o di dare una risposta tempestiva al problema.

Vista la delicatezza del tema l'Istituto ha, messo a punto una serie di azioni di prevenzione di situazioni più a rischio di generare conflitto, quali:

1. La comunicazione obbligatoria, da parte di tutti i dipendenti, della loro partecipazione ad associazioni o organizzazioni che possa, in qualsiasi modo, porli in conflitto, anche potenziale, con l'attività che il soggetto sta svolgendo all'interno dell'Istituto;
2. Il recepimento, quale parte integrante del Regolamento inerente lo svolgimento di attività e incarichi, della nota del Direttore del SUMAP (prot. N. 18565 del dicembre 2016) che regola attentamente l'autorizzazione per incarichi extra-istituzionali e la semplice comunicazione per gli incarichi che non richiedono autorizzazione, al fine di ottenere un monitoraggio costante.

Nel corso del 2017 la RER ha provveduto, in corrispondenza con la redazione di un 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 annualmente, entro il mese di ottobre, e ad ogni variazione contrattuale da parte di tutti i dipendenti delle aziende sanitarie regionali. La funzionalità del sistema è stata già sperimentata, nel corso del 2017, con i moduli relativi alle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti e l'implementazione della modulistica è prevista nel corso del 2018. Ciò consentirà in futuro al SUMAP di avere un quadro completo delle dichiarazioni dei dipendenti e al RPCT di operare controlli, anche in collaborazione con il SUMAP.

Al Servizio Ispettivo AVEC competono le verifiche a campione sul contenuto delle dichiarazioni.

Per tutti i Dirigenti Responsabili di Struttura (SC, SSD, SS e Laboratori):

- Richiesta relazioni annuali

L'azione di monitoraggio sulle misure adottate è intensificata con la richiesta da parte del Responsabile di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza di relazioni annuali ai Direttori e Referenti dei processi analizzati, anche relativi ai servizi unificati, in aggiunta ai controlli periodici a campione e audit anche esterni realizzati in collaborazione con i Responsabili della Prevenzione della Corruzione delle aziende dell'Area Vasta Emilia Centro, sulla base dell'esperienza positiva avviata negli anni precedenti.

- Presca d'atto del Piano
Invio dell'aggiornamento del PTPCT 2018 - 2020 a tutti i dirigenti con richiesta di presa d'atto e di impegno a:
 - diffondere il Piano all'interno della propria Struttura organizzativa e nello svolgimento di attività informativa in materia di Prevenzione della Corruzione ai propri operatori;
 - collaborare attivamente e con responsabilità nel rispetto e nell'osservanza delle indicazioni contenute nel Piano e, in particolare, nella progettazione, promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione, ivi comprese le misure gestionali previste dalla normativa quali l'avvio dei procedimenti disciplinari e la rotazione degli incarichi laddove possibile;
 - partecipare al processo di Gestione del Rischio, collaborando - per gli ambiti di propria competenza - con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed i gruppi tecnici e di supporto già costituiti e con quelli che verranno attivati per la mappatura/aggiornamento delle aree e delle attività in Istituto a più alto rischio di corruzione.
- Dichiarazioni relative a interessi finanziari e conflitti di interesse, obbligo di astensione e adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni
Tutti i Direttori Responsabili di Struttura sono tenuti a:
 - diffondere l'osservanza dell'obbligo di consegna a tutti i propri operatori;
 - operare controlli sulle dichiarazioni relative al conflitto di interesse e all'eventuale obbligo di astensione rese dai propri dipendenti.

Per tutti i dirigenti:

- Consegna delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali anno 2017
La consegna delle dichiarazioni patrimoniali o il loro aggiornamento annuale dovrà avvenire, come nel 2017, attraverso il sistema di Gestione Risorse Umane (GRU) entro il 31 ottobre di ogni anno.
- Consegna delle dichiarazioni relative a interessi finanziari e conflitti di interesse, obbligo di astensione e adesione o appartenenza ad associazioni o organizzazioni
La consegna di tali dichiarazioni o il loro aggiornamento annuale dovrà avvenire attraverso il sistema di Gestione Risorse Umane (GRU), entro il 31 ottobre di ogni anno e tempestivamente qualora sopraggiungano situazioni di conflitto di interesse o astensione.

Inoltre, sarà necessario procedere nel corso del 2018 :

- al rispetto e diffusione tra i collaboratori del nuovo Codice di Comportamento, in fase di formalizzazione da parte della Regione Emilia-Romagna anche attraverso l'organizzazione di momenti formativi con esperti in materia;
- al completamento, per quanto riguarda l'attività libero professionale, di una nuova organizzazione tesa al superamento del modello attuale e al monitoraggio del "Atto regolamentare per la definizione delle modalità organizzative dell'attività professionale della dirigenza del ruolo sanitario";
- all'adesione al sistema regionale "Gestione Area Amministrativo Contabile" (GAAC) per l'informatizzazione delle procedure amministrativo contabili, il cui completamento è previsto nel corso del 2019;
- al rispetto dei tempi procedurali, così come disposto dalla Legge 190/2012;
- all'effettuazione di audit anche in collaborazione con le altre aziende dell'Area Vasta Emilia Centro sui processi in capo a IOR e su quelli unificati, al fine di operare la verifica sull'attuazione delle misure nel PTPCT rispetto al PNA.

Area Sanitaria:

- alla messa punto di un monitoraggio comparativo sui tempi di attesa dei ricoveri in relazione al diverso tipo di accesso, da prestazione istituzionale o da prestazione in regime libero professionale, in ottemperanza della DGR 272/2017;
- alla piena attuazione e monitoraggio della procedura "Gestione DM gratuiti e visione apparecchiature (non sperimentali)", per la tracciabilità delle visioni di apparecchiature biomediche e dei campioni gratuiti di dispositivi medici al di fuori del contesto sperimentale, nonché per la definizione delle modalità e periodicità di pubblicazione dei dati;
- alla piena attuazione e monitoraggio del "Regolamento in ordine alle modalità di accesso e presenza delle Associazioni di Volontariato";

Area Sanitaria e Scientifica:

- alla piena attuazione del Regolamento per l'accesso degli informatori scientifici, per una maggiore trasparenza negli accessi e nei rapporti tra le aziende farmaceutiche e produttrici di dispositivi medici e l'Istituto;

Area amministrativa:

- al proseguimento della mappatura dei processi unificati dell'area metropolitana da attuarsi in collaborazione con gli RPCT delle aziende interessate, così come segue:

SUMAP:

- avvisi pubblici per il conferimento di incarichi di direzione di struttura complessa;
- incarichi extraistituzionali.

SUMCF:

- emissione dei mandati di pagamento.

SUME:

- gestione amministrativa acquisti in economia materiale farmaceutico
- gestione amministrativa acquisti diretti di materiale economico

SAM:

- acquisizione beni e servizi superiori a € 40.000,00.

SUME:

- alla piena attuazione e monitoraggio del "Regolamento per la gestione delle segnalazioni nelle ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo"

SC Patrimonio e Attività Tecniche:

- al completamento della rivisitazione della mappatura e alla riorganizzazione delle pubblicazioni e dei documenti del settore della "Supply chain", relativi alle forniture, servizi e lavoro alla luce del nuovo codice degli appalti e della diversa imputazione di funzioni che potrebbe essere definita a livello di Area Vasta;
- alla rivisitazione delle procedure relative alle donazioni a livello di Area Vasta, in collaborazione con il Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza;

SC ICT:

- alla piena attuazione e monitoraggio del "Regolamento per l'utilizzo dei sistemi informatici dell'Istituto Ortopedico Rizzoli";

Ufficio Comunicazione e Relazione con i media:

- al completamento dell'individuazione, tramite procedura pubblica, di un service foto e video per l'Ufficio Comunicazione e Relazione con i media;

SSD Affari Legali e Generali:

- alla predisposizione e formalizzazione di un regolamento riguardanti la gestione del contenzioso, coerentemente con l'entrata dell'Istituto nel "Programma regionale di gestione diretta dei sinistri in ambito RCT".

13. PUBBLICITÀ DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Piano Aziendale per la prevenzione della corruzione e trasparenza, con la connessa documentazione, è pubblicato, in formato aperto, in un'apposita sezione del portale web dell'IOR – www.ior.it – all'interno dell'area dedicata alla "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 2018-2020, il Responsabile ha avviato nel mese di ottobre la consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori d'interesse sul Piano 2017-2019 per raccogliere il/i contributo/i 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 stato, inoltre, reso disponibile anche sulla Intranet aziendale.

Il testo vigente del PTPCT è stato pubblicato sul sito istituzionale www.ior.it (sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Piano triennale di prevenzione della corruzione") dal giorno 2 al 21 ottobre 2017, con indicazione di come e dove inviare le eventuali osservazioni /suggerimenti.

ALLEGATO N. 1 - MAPPATURA PROCESSI AZIENDALI

A seguito degli accordi intercorsi con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi e l'Azienda USL di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi del Personale, Contabilità e Finanza, Acquisiti ed Economato è in corso di approfondimento, anche a seguito di una specifica proposta formulata dai RPCT dell'Area Vasta al Tavolo AVEC dei Direttori Amministrativi e della conclusione della fase sperimentale di unificazione dei predetti servizi, la definizione e la declinazione delle responsabilità sia dell'Azienda presso cui sono stati unificati tali processi sia in capo all'Azienda che ha conferito tali funzioni.

Nel corso del 2017, gli RPCT dell'Area Metropolitana hanno deciso di avviare la mappatura di alcuni processi relativi ai servizi unificati, così come riportati nelle misure ulteriori, che ha visto nel primo anno il completamento di un processo relativo al Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF). Nel corso del prossimo triennio saranno completati i processi già avviati e mappati quelli previsti.

In questa fase transitoria, in assenza di un definitivo completamento delle mappature, si riporta ad ogni buon fine anche la mappatura dei processi realizzata nel corso del 2013-2014, specificando quelli unificati presso l'Azienda USL di Bologna e quelli che restano in capo all'Istituto.

**AREA GENERALE: ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE
(EX IOR. DA NOVEMBRE 2015 COMPETENZA DEL SERVIZIO UNICO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE - SUMAP)**

PROCESSO N. 1		PROCEDIMENTI SELETTIVI (CONCORSI/ AVVISI/ MOBILITA')					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		attività di presidio
Emissione bando	Requisiti di accesso "personalizzati"	Direttore U.O. (richiesta emissione) - Direzione strategica (autorizzazione) - Direttore SC SGRU (bando) - Responsabile del procedimento					Monitoraggio preventivo sulle richieste di emissione bando
Ricevimento domande	Trattamento differenziato degli aspiranti candidati che inviano domande via mail o via posta rispetto ai partecipanti che presentano la domanda a mano	Uffici reclutamento comparto e dirigenza SGRU					Per il comparto: indicazione nei bandi del ricevimento delle domande unicamente via PEC o posta. Per le procedure della dirigenza, al momento tale azione non è realizzabile a causa degli elevati volumi di documentazione allegata.
Ammissione	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti	Uffici reclutamento comparto e dirigenza SGRU					Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà
Designazione Commissione	Irregolare composizione della Commissione finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Designazioni come da Regolamenti - Dirigenza: Collegio di Direzione, Regione Emilia Romagna, Ministero della Salute, Direttore UO (componente esperto avvisi pubblici), Direttore SC SGRU (segretario) - Comparto: Direttore Generale, Collegio di Direzione, Direttore UO (componente esperto avvisi pubblici), Direttore SC SGRU (segretario)	5	4	20	critico	Rotazione dei componenti la Commissione, ove possibile
Espletamento della procedura	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione quali, a titolo esemplificativo, la regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari	Commissione					Riduzione della discrezionalità della Commissione, prevedendo ove possibile, anche una prova pratica in forma anonima

P.1 PROCEDIMENTI SELETTIVI (CONCORSI/ AVVISI/ MOBILITA') - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Attività di presidio	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio preventivo sulle richieste di emissione bando	Dal 2015	Direzione SC SGRU	Rispondenza delle richieste di emissione bandi alla programmazione aziendale
Per il comparto: indicazione nei bandi del ricevimento delle domande unicamente via PEC o posta.	Entro il 2015	Uffici reclutamento comparto (SGRU)	Verifica inserimento della comunicazione dell'effettiva modifica nei bandi per invio della domanda
Intensificazione dei controlli a campione sulle dichiarazioni sostitutive di certificazione e di atto di notorietà	Dal 2015	Uffici reclutamento comparto e dirigenza (SGRU)	Report annuale controlli effettuati
Rotazione dei componenti, ove possibile	Già in corso	Stessi responsabili delle designazioni	Report annuale elenco componenti Commissioni
Riduzione della discrezionalità della Commissione, prevedendo, ove possibile, anche una prova pratica in forma anonima	Dal 2015	Commissione	Percentuale di prove pratiche svolte in forma anonima

PROCESSO N. 2		CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		attività di presidio
Emissione bando	Requisiti di accesso "personalizzati"	Direttore/Responsabile U.O. (richiesta emissione) - Direzione strategica (autorizzazione) - Direttore SC SGRU (bando e responsabile del procedimento)	5	4	20	critico	Monitoraggio preventivo sulle richieste di emissione bando
Ricevimento domande	Trattamento differenziato degli aspiranti candidati che inviano domanda via mail o posta rispetto ai candidati che presentano domanda a mano	Settore Direzione SGRU					Ricevimento delle domande unicamente via mail/PEC
Designazione Commissione	Irregolare composizione della Commissione finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Designazioni come da Regolamento: Dirigente/Responsabile U.O. - Responsabile della Struttura o delegato e Direttore Dipartimento o di Area o loro delegato					Applicazione regolamento per la composizione della Commissione
Espletamento della procedura	Distorta valutazione dei curricula/ colloqui conoscitivi	Commissione					Verifica presenza nei verbali della motivazione sul candidato idoneo

P.2 CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Attività di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
Monitoraggio preventivo sulle richieste di emissione bando	Dal 2015	Direzione SC SGRU	Rispondenza al budget o su autorizzazione della Direzione Strategica delle richieste di emissione bando
Ricevimento delle domande unicamente via mail/PEC	In corso	Settore Direzione SGRU	N. di domande pervenute via posta
Verifica presenza nel verbale della motivazione sul candidato idoneo	In corso	Per contratti libero professionali: Settore Direzione SGRU - per contratti co.co.co assistenza: Uffici Reclutamento Comparto SGRU	Controllo su tutti i verbali

PROCESSO N. 3 ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	attività di presidio	
Si evidenzia che per tali assunzioni, la procedura impone di richiedere i nominativi direttamente al Centro per l'Impiego, il quale, a sua volta, ha predisposto un'asta pubblica per la categoria richiesta.							
Designazione Commissione	Irregolare composizione della Commissione finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Designazioni come da normativa: Direttore/Responsabile U.O. della figura professionale oggetto della selezione (presidente e componente) Direttore S.C. GRU (segretario)	5	1	5	medio	Rotazione dei componenti Commissione, ove possibile
Espletamento della procedura	Esclusione di candidati al fine di mantenere eventuali tempi determinati già in servizio e/o di favorire altre candidature	Commissione					Rotazione dei componenti Commissione e verifica dei verbali

P. 3 ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Attività di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
Rotazione dei componenti della Commissione ove possibile	Dal 2015	Stessi responsabili delle designazioni	Report annuale elenco componenti Commissioni da parte degli uffici concorsi SGRU
Rotazione dei componenti della Commissione e verifica dei verbali	Dal 2015	Direttore SGRU	Da definire nel corso dell'anno 2015 in quanto forma di reclutamento residuale

PROCESSO N. 4		ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO legge 68/99					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	attività di presidio	
Si evidenzia che per tali assunzioni, la procedura impone di richiedere i nominativi direttamente al Centro per l'Impiego, il quale, a sua volta, ha predisposto un'asta pubblica per la categoria richiesta.							
Designazione Commissione	Irregolare composizione della Commissione finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Designazioni come da normativa: Direttore/Responsabile U.O. della figura professionale oggetto della selezione (presidente e componente) Direttore S.C. SGRU (segretario)	5	1	5	medio	Rotazione dei componenti Commissione ove possibile
Espletamento della procedura	Distorta valutazione dei curricula/ colloqui conoscitivi	Commissione					

P. 4 ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO legge 68/99 - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Attività di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
Rotazione dei componenti Commissione ove possibile	Dal 2015	stessi responsabili delle designazioni	Report annuale elenco componenti Commissioni (Uffici Concorsi) SGRU

AREA GENERALE: AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

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		PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure di presidio	
Stesura del capitolato tecnico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Ingegneri dirigenti SC PAT	5	5	25	critico	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati tecnici delle professionalità interessate.
	Requisiti di qualificazione non osservanti il principio di proporzionalità						Focus sulle procedure adottate
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					Focus sugli atti di gara; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate
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					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
Nomina commissione	Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari	Direzione aziendale					Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.
Valutazione/attribuzione punteggi qualità da parte della commissione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Commissari di gara					Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e s.m.i. e delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi
Collaudo/regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT					Verifica inserimento dei patti di integrità e richiamo al codice di comportamento aziendale
Sottoscrizione contratto	Inosservanza principi di trasparenza e di integrità	Responsabile ufficio gare SC PAT					Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione al subappalto. Istruzione operativa interna in fase di completamento
Autorizzazione al subappalto	Accordi collusivi tra le ditte	Responsabile ufficio gare SC PAT					Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica
Adozione di variante	Indebito vantaggio per la ditta aggiudicataria	Direttore SC SPAT					

PROCESSO N. 5 PROCEDURA DI APPALTO PER L’AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI – PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
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
Focus sulle procedure adottate	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
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
Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza dei conflitto di interesse e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR) nel rispetto dei principi di trasparenza e pubblicità delle nomine.	Già in corso	Direzione aziendale	Predisposizione criteri e rispetto dei medesimi nell'adozione degli atti di nomina
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
Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SC PAT	Controllo sulla rotazione incarichi
Verifica inserimento dei patti di integrità e del 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
Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione a subappalto. Istruzione operativa interna in fase di completamento.	Già in corso	Direttore SC PAT	Controllo a campione sull'osservanza dell'istruzione operativa predisposta da SC PAT
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. 6		PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.Lgs 50/2016)					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
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.
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					Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti
Regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT					Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi
Emissione ordine	Mancata osservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT					Verifica inserimento richiamo al codice di comportamento IOR in tutti gli ordini

P. 6		PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.Lgs 50/2016)		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
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	
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	
Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SC PAT	Rotazione incarichi	
Verifica inserimento in tutti gli ordini richiamo al codice di comportamento IOR	Già in corso	Direttore SC PAT	Presenza richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR sugli ordini	

PROCESSO N. 7 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca finalizzata)							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure di presidio	
Analisi, e definizione dei fabbisogni e programmazione	Uso distorto delle procedure (frazionamento della fornitura)	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15	critico	Audit interni sui reali fabbisogni
Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT					Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.
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/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT					Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti
Utilizzo del mercato elettronico	Mancato, scarso o improprio utilizzo del MEPA	Funzionario amministrativo SC PAT					Rotazione dei compiti/aggiornamento ed ulteriore formazione circa l'attivazione del mercato elettronico regionale
Emissione ordine	Inosservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT					Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR

P. 7 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca finalizzata) - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Audit interni sui reali fabbisogni	2016 - 2017	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Valore di acquisti affidati senza procedura/ Valore di acquisti affidati con procedura concorrenziale
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SPAT	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione di compiti	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SC PAT	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
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 MEPA sul totale degli acquisti effettuati
Verifica inserimento in tutti gli ordini 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

PROCESSO N. 8 CONVENZIONI PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte per attività di collaborazione tra enti pubblici, privati, Associazioni	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Favorire una struttura/associazione volontariamente	Direzioni Sanitaria/Scientifica e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)					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) 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
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	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzioni Sanitaria/Scientifica Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria) e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)	3	4	12	rilevante	
Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina 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 del procedimento AA.GG					

P.. 8 - CONVENZIONI PER ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Valutazione qualitativa in merito alle specifiche motivazioni riportate nelle premesse del relativo atto, per le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuale precisazione indagini preventive circa l'identificazione (verifica solo di tipo amministrativo, attraverso controllo requisiti)	Già in essere	Direzioni Sanitaria/Scientifica	Indicazione nelle premesse degli atti convenzionali le motivazioni della scelta e inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR
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 negativo.	Già in essere	Responsabile Procedimento AA.GG/ Controllo di Gestione	Formalizzazione dell'atto previa acquisizione parere CdG Numero richieste di revisione

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						
Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso	Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	4	20	critico	Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata. Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente						
	Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Favorire un singolo professionista rispetto all'equipe												
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 del procedimento AA.GG. (per istruttoria)					Predisposizione Master plan. Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore. Verifica congruità rispetto al regolamento IOR in vigore						
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 del procedimento AA.GG.											

P. 9 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
Indagini preventive di ordine amministrativo (Predisposizione Master plan)	Completamento 2017-2018	Direzione Strategica	Verifica della presenza di Master plan e congruenza con gli atti stipulati
Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata	Già in essere	Responsabile Procedimento AA.GG.	Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti.
Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente	Già in essere		Indicazione negli atti convenzionali delle motivazioni della scelta della struttura. Verifica al rinnovo dei professionisti che hanno effettuato le consulenze con eventuali relazioni a chiarimento da parte del Direttore/Responsabile SC - SSD IOR. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR.
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore, verifica congruità rispetto al regolamento consulenze in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento AA.GG.	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

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
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni	Direzione Sanitaria					Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione
	Mancanza imparzialità nella scelta della controparte						
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 inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri)	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (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
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 del procedimento AA.GG.					

PROCESSO N. 10 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata con eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere	Direzione Sanitaria/ Responsabile Procedimento AA.GG.	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
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari istituzionale o libera professione in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento AA.GG.	Indicazione delle tariffe nelle convenzioni Raffronto tariffari

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
Identificazione/sceita controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accREDITamento o del mantenimento dello stesso	Direzione Scientifica/Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR					Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'accREDITamento 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
	Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Mancanza imparzialità rispetto ai professionisti interni coinvolti						
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)	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
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 del procedimento AA.GG.					

P. 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 - PROGETTAZIONE ESECUTIVA

Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
<p>Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'accreditamento o al mantenimento dello stesso. Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione.</p> <p>Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti in base alle valutazioni del Responsabile della Struttura di riferimento</p> <p>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;</p> <p>Impegno alla non presenza in commissioni di gara firmato, parere favorevole espresso dal Direttore di Struttura di riferimento</p>	<p>Già in essere</p>	<p>Direzione Sanitaria/Amministrativa Responsabile Procedimento AA.GG.</p>	<p>Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento,</p> <p>Utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti,</p> <p>Acquisizione del parere preventivo e vincolante da parte delle strutture interne coinvolte e del Direttore di Area alle stesse appartenenti,</p> <p>acquisizione e verifica assenza conflitto di interesse.</p> <p>Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR</p>

PROCESSO N. 12		EROGAZIONE EVENTI FORMATIVI					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Valutazione ex ante dell'appropriatezza dell'evento Attivazione dell'evento formativo	Vantaggio di visibilità del Responsabile Scientifico dell'evento	Responsabile Scientifico/ Comitato Scientifico del Provider					Verifica appartenenza ad associazioni, società od organizzazioni del Responsabile Scientifico Elenco delle sponsorizzazioni correlate al Responsabile Scientifico
Predisposizione degli atti per il conferimento di incarichi di docenza Gestione dei rapporti con i docenti e con 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
Predisposizione della documentazione di rapporto dell'evento	Falsare le risultanze sull'andamento dell'evento	Responsabile Scientifico					Controllo a campione tra le valutazioni dei singoli partecipanti e la relazione del docente

P. 12 EROGAZIONE EVENTI FORMATIVI - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
<p>Verifica appartenenza ad associazioni, società od organizzazioni del Responsabile Scientifico</p> <p>Elenco delle sponsorizzazioni correlate al Responsabile Scientifico</p>	Già in essere	SS Formazione Settore Formazione ECM	Numero docenze svolte/Numero eventi sponsorizzati dalla stessa ditta
<p>Controllo sul rispetto delle disposizioni in merito alle selezioni ad evidenza pubblica</p> <p>Dichiarazioni sulla mancanza di conflitto di interesse</p> <p>Rotazione incarichi di docenza</p>	Già in essere	SS Formazione Settore Formazione ECM	<p>Verifica presenza dichiarazioni assenza conflitto di interesse</p> <p>Controllo numero di rotazione negli incarichi per esterni</p>
<p>Controllo a campione tra le valutazioni dei singoli partecipanti e la relazione del docente</p>	Già in essere	SS Formazione Settore Formazione ECM	Verifiche a campione

PROCESSO N. 13		CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Gestione amministrativa della convenzione per prenotazione visite e prestazioni ambulatoriali in libera professione (Società CUP 2000)	Inosservanza delle procedure operative concordate con CUP 2000	SSD AS	2	1	2	trascurabile	Controllo sui report mensili forniti da CUP 2000 sul numero delle prestazioni effettuate per verifica della corrispondenza del servizio al contratto

P. 13 CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Controllo sui report mensili forniti da CUP 2000 sul numero delle prestazioni effettuate per verifica della corrispondenza del servizio al contratto	Già in essere	Direzione SSD AS	Numero scostamenti rispetto al contratto

AREA GENERALE: PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

Le fattispecie (gestione delle liste di attesa dei ricoveri programmati e dell'attività in regime di libera professione) sono presenti nelle sezioni dedicate)

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

PROCESSO N. 14		APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
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

P. 14		APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA - PROGETTAZIONE ESECUTIVA		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
Presentazione ricevuta di pagamento per il ritiro della documentazione richiesta. Rotazione del personale.	Già in essere	Direzione SSD AS	Controlli a campione della corrispondenza tra copia consegnata e pagamento	

AREA GENERALE
GESTIONE ENTRATE, DELLE SPESE, DEL PATRIMONIO

PROCESSO N. 15		VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A € 40.000)					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
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	critico	Focus sui requisiti; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura degli atti delle professionalità coinvolte
Individuazione vincitore	Manca di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT					Focus sui verbali relativi all'individuazione
Contratto di vendita/locazione	Inosservanza al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità	Funzionario amministrativo SC PAT					Verifica inserimento in tutti i contratti del richiamo al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità e relativa sottoscrizione

P. 15 VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A € 40.000) - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
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
Focus sui verbali relativi all'individuazione	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di richieste di accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
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

PROCESSO N. 16 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
Ricezione della fattura	Accettazione di fatture elettroniche ricevute tramite piattaforma digitale SdI dell'Agenzia delle Entrate oppure cartacea non conformi	SUMCF	2	2	4	medio	Procedure PAC "Debiti e costi" con indicatori
Contabilizzazione della fattura con indicazione dell'importo liquidato, sospeso e/o non liquidabile	Registrazione contabile delle fatture tramite DDI senza verifica di presenza di bolla elettronica di liquidazione						
Eventuale comunicazione dei debiti scaduti da parte del SUMCF ai servizi gestori	Non trasmissione ai servizi gestori dell'elenco delle fatture non liquidate		3	1	3		
Eventuale certificazione dei crediti su istanza del creditore	Accettazione o rifiuto delle richieste di cessione di credito		5	1	5		
Eventuale anticipazione e/o cessione dei crediti certificati ad intermediario finanziario abilitato			5	2	10	rilevante	
Eventuale compensazione dei crediti certificati con somme dovute agli agenti della riscossione a seguito di iscrizione a ruolo ovvero con somme dovute in base ad istituti definatori della pretesa tributaria o istituti deflativi del contenzioso tributario			5	2	10		
Pagamento della fattura	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati. Pagamenti di fatture non autorizzate		5	4	20	critico	
Anagrafiche fornitori e cessioni di credito	Alterazione anagrafiche e appoggi bancari a proprio favore o di terzi		5	2	10	rilevante	
Registrazione fatture	Alterazione data scadenza creazione documento fittizio		2	2	4	medio	
Pagamenti beni e servizi	Favorire un fornitore con pagamenti anticipati. Pagamenti di fatture non autorizzate		5	4	20	critico	
Verifiche Durc e Agenzia delle Entrate - Riscossione	Mancata verifica e conseguente pagamento non dovuto		5	2	10	rilevante	

AREA GENERALE

CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

In relazione ad un sistema di norme in materia di prevenzione e repressione della corruzione ed illegalità nella Pubblica Amministrazione sempre più orientato alla valorizzazione di forme di controllo diffuse delle cosiddette aree a "rischio corruzione", in sede di Tavolo permanente Area Vasta Emilia Centro è stato deciso di avviare – fin dal 2015 - un audit tra l'Azienda Usl di Ferrara e l'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna per valutare, nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) delle due Aziende, l'attuazione delle misure di contenimento e di contrasto previste dalla norma in grado di incidere sui fenomeni corruttivi riconducibili alla "maladministration".

La verifica ha inteso integrare le disposizioni normative nazionali laddove, mentre definiscono puntualmente le responsabilità in capo al RPCT aziendale per omesso controllo in caso di violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano aziendale, non prevedono alcuna indicazione sulle modalità di svolgimento dei controlli per il rispetto delle misure previste nei Piani. Obiettivo dell'audit è, pertanto, la messa a punto di una metodologia condivisa di lavoro in grado di fornire/individuare un supporto operativo per il miglioramento dell'efficacia complessiva dell'impianto.

La metodologia seguita, in termini di processo e di modalità di sviluppo dei contenuti, può essere così sintetizzata:

- l'analisi dei Piani e relative procedure, documenti, percorsi in una logica di reciproco sostegno e confronto;
- la disamina dei processi delle aree a rischio individuati con il diretto coinvolgimento dei dirigenti e funzionari responsabili. Ai fini della massima trasparenza ed imparzialità i procedimenti esaminati sono stati sorteggiati a campione. Particolare attenzione è stata riservata all'analisi delle misure di concreto contrasto individuate, ai tempi di realizzazione e alle responsabilità correlate;
- individuazione dei punti di forza e delle integrazioni necessarie in condivisione con i dirigenti e i funzionari dei processi delle aree interessate al fine di allineare i Piani ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione 2016, all'aggiornamento del 2017 e di operare il raccordo con il Piano della performance;
- verifiche da remoto sul grado di applicazione dei dati e delle informazioni richieste dal D. Lgs 33/2013 e smi in materia di trasparenza.

Per le verifiche ispettive interne sono state seguite le modalità definite nella "Procedura generale audit interni" coinvolgendo, per gli aspetti metodologici, l'Ufficio Qualità.

Per quanto riguarda i servizi unificati, inoltre, sono state intraprese verifiche congiunte con gli RPCT dell'Area Metropolitana anche nell'ambito della predisposizione delle mappature dei processi, al fine di effettuare i dovuti controlli sulla base dei criteri e delle modalità già messe a punto nell'esperienza maturata con l'azienda di Ferrara. E' stato inoltre formalizzato, con delibera n. 194 del 28/09/2017, il progetto "Audit area metropolitana di Bologna" volto a progettare, organizzare ed eseguire i controlli specifici delle procedure PAC delle aziende dell'area metropolitana, attraverso un coordinamento del sistema dei controlli e la responsabilizzazione, valorizzazione e collaborazione con le singole strutture aziendali. In tale progetto sono stati coinvolti tutti gli RPCT dell'Area metropolitana al fine di supportare i controlli contabili dal punto di vista della correttezza e trasparenza delle procedure.

Si avvieranno infine, come già realizzato con il Collegio Sindacale e laddove possibile, iniziative comuni con altri organi e organismi aziendali e interaziendali, quali UPD, Servizio ispettivo metropolitano (ora Servizio Ispettivo AVEC), Osservatorio sull'attività libero professionale, già deputati allo svolgimento dei rispettivi controlli.

**AREA GENERALE
INCARICHI E NOMINE**

PROCESSO N. 17		AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016)					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Stesura delle specifiche tecniche relative all'incarico	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.
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					Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti
Stesura disciplinare di incarico	Inosservanza patti di integrità/codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT					Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità

P. 17 AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016) - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Focus sulle specifiche tecniche; maggior 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
Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SC PAT	N. richieste di accesso agli atti, contestazioni e ricorsi presentati
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 sui tutti i disciplinari

PROCESSO N. 18		CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO "ATIPICO"					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Espletamento della procedura comparativa	<p>Conflitto di interesse di membro della Commissione</p> <p>Distorta valutazione dei curricula rispetto all'avviso pubblico, per favorire un candidato</p>	Commissione Valutatrice	3	1	3	trascurabile	Verifica dell'esposizione della motivazione della scelta del candidato idoneo all'interno del verbale

P. 18 CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO "ATIPICO" - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
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. 19 ASSICURAZIONE RCT - GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
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
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					Rispetto dei termini di polizza e procedura interna
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					Acquisizione relazioni medico legali interne e pareri redatti dai fiduciari della Compagnia di Assicurazioni (la Compagnia generalmente coinvolge due fiduciari).
Gestione del sinistro anche in relazione all'eventuale evoluzione del sinistro anche in giudizio	Decisione legata ad interessi personali	SSD Affari Legali Loss Adjuster					Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno
Liquidazione rimborso franchigia contrattuale per i sinistri liquidati	Irregolarità nella gestione e inosservanza delle regole sulla trasparenza	SSD Affari Legali					Controllo delle richieste di rimborso approvate con atto deliberativo pubblicato e nel rispetto dei termini di polizza e procedura interna
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					Monitoraggio dei mandati di pagamento e invio cronologico ed esaustivo nel rispetto del protocollo operativo interno

Processo n. 19 ASSICURAZIONE RCT GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Inserimento delle pratiche in ordine temporale come da manuale di gestione flussi documentali	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei tempi indicati nel manuale di gestione flussi documentali
Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
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
Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno	In essere	SSD Affari Legali	Verbalizzazione degli incontri
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
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. 20							
GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Valutazione degli atti notificati	Tutela di un interesse particolare	Direttore Generale/Amministrativo e SSD Affari Legali e Generali					Inquadramento del caso e decisione sulle modalità per la tutela degli interessi dell'Ente
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					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
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
Pubblicazione dei compensi dei curricula	Mancanza di trasparenza	SSD Affari Legali					Aggiornamento semestrale esaustivo delle liquidazioni effettuate ai professionisti

PROCESSO n. 20 GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	Tempi di realizzazione	Ufficio responsabile	Indicatori
Inquadramento del caso e decisione sulle modalità per la tutela degli interessi dell'Ente	Già in essere	Direzione Generale	
<p>Verifica della congruità della scelta fiduciaria della Direzione rispetto al bisogno di difesa nel caso concreto</p> <p>Report degli incarichi assegnati nell'anno per valutazione possibile rotazione degli stessi</p> <p>Acquisizione dichiarazione di insussistenza conflitto di interesse prima dell'assegnazione dell'incarico</p>	Già in essere	SSD Affari Legali e Generali	<p>Rotazione effettiva degli incarichi</p> <p>Presenza dichiarazione di assenza conflitto di interesse</p>
<p>Valutazione del preventivo in base ai parametri e principi stabiliti dall'AVEC rif. Tariffe DM 55/2014</p> <p>Verifica congruità tra preventivo e fattura</p>	Già in essere	SSD Affari Legali	<p>Proporzionalità preventivo alle tariffe</p> <p>Scostamento tra quanto pagato rispetto a quanto preventivato</p>
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

Si riporta la mappatura degli anni precedenti, in quanto l'area è soggetta a riorganizzazione, con rivisitazione delle modalità organizzative e delle relative responsabilità.

PROCESSO N. 21		LIBERA PROFESSIONE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Ricoveri programmati	Inserimento in lista d'attesa di un paziente con diagnosi volutamente sottostimata al fine di agevolarlo	Medico	5	3	15	critico	Applicativo Sistema Informatico Rizzoli/Spedalità per gestione "pratica ricovero" (preventivo, periodo di ricovero, SDO, spese per eventuale accompagnatore, maggiori confort ecc.)
	Predisposizione preventivo di spesa sottostimato in relazione alla diagnosi del medico						
Prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale	Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico	Medico	5	3	15	critico	1) Per verifiche attività esterna : Applicativo Informatico CUPWEBALP fornito dalla RER (gestione attività prenotazione, erogazione prestazione e incasso); 2) Per verifica attività interna IOR: Applicativo Informatico Sistema Informatico Rizzoli (SIR) per gestione prenotazione, accettazione, erogazione prestazione e Cassa Interna per riscossione.

P. 21 LIBERA PROFESSIONE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Applicativo Sistema Informatico Rizzoli/Spedalità 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
1) Per verifiche attività esterna : Applicativo Informatico CUPWEBALP fornito dalla RER (gestione attività prenotazione, erogazione prestazione e incasso); 2) Per verifica attività interna IOR: Applicativo Informatico Sistema Informatico 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. 22 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
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) e 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
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) e segreteria (esegue)					- Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato n°PG23DS rev.1 – novembre 2016 - Pubblicazione sul sito internet dei tempi d'attesa aziendali - Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)

P. 22 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Informatizzazione della lista d'attesa	Già attiva	In base alle competenze	
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 (Amministrazione Trasparente) del dato relativo ai 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)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere ogni tre mesi il modulo ST12 ai Direttori di UO, i quali hanno la responsabilità di "pulire" le liste d'attesa eliminando i casi non più attuali.	Invio report ST12 N° di pazienti in LdA per anno-scostamento rispetto ai dati dell'invio precedente
Monitoraggio interno IOR finalizzato al rispetto della classe di priorità (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 > 30GG N° di pazienti in Classe A
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libera-professione rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale (estrazione dati SIR)	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

PROCESSO n. 23		LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
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) e 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 classe di priorità
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) e segreteria (esegue)					- Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato n°PG23DS rev.1 – novembre 2016 - Pubblicazione sul sito internet dei tempi d'attesa aziendali - Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)

P. 23 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Informatizzazione della lista d'attesa	Già attiva	In base alle competenze.	
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 (Amministrazione Trasparente) del dato relativo ai 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)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere ogni tre mesi il modulo ST12 ai Direttori di UO, i quali hanno la responsabilità di "pulire" le liste d'attesa eliminando i casi non più attuali.	Scostamento rispetto ai dati dell'ultima verifica
Monitoraggio interno IOR finalizzato al rispetto della classe di priorità (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 > 30GG/N° di pazienti in Classe A
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libera-professione rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale (estrazione dati SIR)	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 CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI**

PROCESSO N. 24		CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione di diverse opzioni	Direzione Sanitaria	5	4	20	critico	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione
	Favorire una struttura volontariamente						
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)					
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 del procedimento AA.GG.					

P. 24 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
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
Predisposizione accordi quadro con P.A.	Completamento 2017-2018	Responsabile Procedimento AA.GG./ Controllo di Gestione/ Direzione Sanitaria	Predisposizione procedura per gestione e monitoraggio convenzioni passive
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive	Già in essere		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.
Monitoraggio convenzioni passive	Completamento 2017-2018		Verifica della gestione tramite accordo quadro delle convenzioni con l'ente di riferimento con esclusione di quelle gestite dai servizi unificati

AREA SPECIFICA

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

PROCESSO N. 25		APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	Livello di rischio		Misure di presidio
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
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
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
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/trasmisione dei risultati ottenuti tramite protocollo

P. 25 APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
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)
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
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/ tot. Dichiarazioni dovute Numero di studi commissionati contenenti studi sponsorizzati profit
Pubblicazione dei risultati ottenuti/trasmisione dei risultati ottenuti tramite protocollo	Già in corso	SCAR	Numero di studi con pubblicazioni o inviati con regolare protocollo (ove la pubblicità non sia possibile)

PROCESSO N. 26								PROGETTI DI RICERCA – PARTENARIATO CON TERZE PARTI							
Fasi		elenco rischi		responsabilità		probabilità		impatto		livello rischio		Misure di presidio			
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		I soggetti agevolatori di bandi e/o consulenti non sono ammessi nel partenariato se non come terze parti	

P. 26				PROGETTI DI RICERCA – PARTENARIATO CON TERZE PARTI – PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio		tempi di realizzazione		ufficio responsabile		Indicatori	
I soggetti agevolatori di bandi e/o consulenti non sono ammessi nel partenariato se non come terze parti		Già in essere		SCAR		Le misure o il numero dei progetti che non prevede soggetti non parte finanziata	

PROCESSO N. 27		STIPULA DI CONTRATTI DI RICERCA COMMISSIONATA DA TERZI					
Fasi	rischi	Responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio		Misure di presidio
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 Revisione della procedura

P. 27 STIPULA DI CONTRATTI DI RICERCA COMMISSIONATA DA TERZI - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Assenza di conflitti di interesse	Già in corso	SCAR	Verifica delle contestazioni provenienti dall'esterno/interno
Revisione della procedura	Già in corso	SCAR	Verifica delle contestazioni provenienti dall'esterno/interno

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

ALLEGATO N. 2 - REGISTRO EVENTI RISCHIOSI

AREE GENERALI

ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

- Richiesta di predisposizione bando con requisiti di accesso "personalizzati";
- Trattamento differenziato degli aspiranti candidati che inviano domanda via mail o tramite posta rispetto ai candidati che presentano la domanda a mano;
- Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti;
- Irregolare composizione della Commissione finalizzata al reclutamento di candidati "particolari";
- Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione quali, a titolo esemplificativo, la regola dell'anonimato nel caso di prova scritta e la predeterminazione dei criteri di valutazione delle prove allo scopo di reclutare candidati particolari;
- Distorta valutazione dei curricula ed degli eventuali colloqui conoscitivi;
- Esclusione di candidati al fine di mantenere eventuali incarichi di tempi determinati già in servizio o per favorire altre candidature;

AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

- Specifiche tecniche che limitano la concorrenza;
- Requisiti di qualificazione non osservanti il principio di proporzionalità;
- Individuazione della procedura non congrua, errato utilizzo della procedura negoziata e/o di affidamento diretto;
- Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti, quali inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità;
- Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari;
- Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione;
- Mancanza di inserimento di quanto previsto dalle norme sugli obblighi di trasparenza/anticorruzione. Non richiamo ai codici di comportamento e non sottoscrizione dei patti d'integrità;
- Accordi collusivi tra le ditte;
- Indebito vantaggio per la ditta aggiudicataria;
- Uso distorto delle procedure (frazionamento della fornitura);
- Mancato, scarso o improprio utilizzo del MEPA;
- Scelta struttura privata senza valutazione delle diverse opzioni e favorendo una struttura/associazione volontariamente;
- Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo;
- Mancata verifica delle cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare e mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto;
- Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri favorendo un singolo professionista rispetto all'equipe;
- Mancata imparzialità nella scelta della controparte;
- Vantaggio di visibilità del Responsabile Scientifico dell'evento formativo;
- Vantaggi diretti/indiretti derivanti dall'individuazione di docenti esterni e di eventuali sponsor;
- Falsare le risultanze sull'andamento dell'evento;
- Inosservanza delle procedure operative concordate con CUP 2000.

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI CON EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO (vedasi anche Aree Specifiche per la Sanità – Liste d’attesa e libera professione)

- Inosservanza regole procedurali interne come da delibera 63/2016 (tariffario);
- Predisposizione preventivo di spesa per esecuzione di prestazioni in libera professione sottostimato rispetto alla diagnosi del medico;
- Effettuazione della prestazione in libera professione con riscossione diretta del medico.

PROVVEDIMENTI AMPLIATIVI DELLA SFERA GIURIDICA DEI DESTINATARI PRIVI DI EFFETTO ECONOMICO DIRETTO ED IMMEDIATO PER IL DESTINATARIO

(I rischi riconducibili a detta sezione sono riportati nella specifica per la sanità – liste di attesa)

GESTIONE ENTRATE, SPESE E DEL PATRIMONIO

- Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione;
- Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione;
- Inosservanza al Codice di comportamento IOR e dei patti di integrità;
- Accettazione di fatture elettroniche ricevute tramite piattaforma digitale Sdl dell'Agenzia delle Entrate oppure cartacea non conformi;
- Registrazione contabile delle fatture tramite DDI senza verifica di presenza di bolla elettronica di liquidazione;
- Non trasmissione ai servizi gestori dell'elenco delle fatture non liquidate;
- Accettazione o rifiuto delle richieste di cessione di credito;
- Favorire un fornitore con pagamenti anticipati;
- Pagamenti di fatture non autorizzate;
- Alterazione anagrafiche e appoggi bancari a proprio favore o di terzi;
- Alterazione data scadenza creazione documento fittizio;
- Mancata verifica e conseguente pagamento non dovuto.

INCARICHI E NOMINE

- Presenza di specifiche tecniche che limitano la concorrenza e la rotazione degli incarichi;
- Individuazione di parametri irrilevanti che favoriscono alcuni concorrenti;
- Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione e parità di trattamento;
- Irregolare composizione della Commissione;
- Inosservanza dei patti di integrità e dei codici di comportamento.
- Conflitto di interesse di membro della Commissione;
- Distorta valutazione dei curricula/colloqui conoscitivi rispetto all'avviso pubblico, per favorire un candidato.

CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

Violazioni/inosservanza di norme, di regolamenti, di procedure nella valutazione e nei controlli per evitare l'emersione di situazioni riconducibili a comportamenti corruttivi rientranti nella c.d. "maladministration". La mancanza di trasparenza è anche contenuta in tutti gli esempi riportati nelle altre sezioni del presente registro.

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

- Non rispetto dell'ordine cronologico di arrivo delle richieste al fine di privilegiarne alcune rispetto alle altre;
- Privilegiare casi piuttosto che altri anche con il ricorso di istruttorie parziali ed incomplete;
- Decisioni legate ad interessi personali;
- Irregolarità nella gestione e inosservanza delle regole di trasparenza;
- Non invio di casi alla Corte dei Conti al fine di occultare posizioni di possibile danno erariale;
- Illogicità nella scelta del difensore dell'Istituto in base a preferenze personali;
- Immotivata ripetitività degli incarichi allo stesso legale;
- Assegnazioni di incarichi a soggetti in conflitto di interesse con il caso di cui trattasi;
- Accettazione di un preventivo di un legale sproporzionato rispetto al caso in esame;
- Pagamento di una somma non pattuita;
- Mancanza di trasparenza nella gestione.

AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE D'ATTESA

Liste di attesa

- 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);
- 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);

Attività libero professionale

- 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;
- Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico;

RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI

- In caso di struttura privata, scelta senza valutazione di diverse opzioni;
- Favorire una struttura/associazione volontariamente;
- Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo;
- Mancata verifica delle cause ostative alla stipula di un ordine normativo regolamentare, mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto.

FARMACIA, DISPOSITIVI E ALTRE TECNOLOGIE: RICERCA, SPERIMENTAZIONI E SPONSORIZZAZIONI

- Vantaggio personale diretto o indiretto da qualche azienda al ricercatore;
- Approvazione di contratti che favoriscano interessi privati (dello sponsor/ricercatore);
- Previsione di output di ricerca con vincolo di risultato;
- Agevolazione della prioritaria sottomissione di uno studio al fine di favorire interessi privati di una azienda;
- Conflitto di interesse da parte di membri del Comitato Etico e/o del ricercatore;
- Infedeltà rispetto a quanto definito nel contratto rispetto agli output da rendere

all'azienda;

- Previsione, all'interno del contratto, di fee a favore di terzi non previsti dal progetto, non a carico dei costi standard;
- Scelta del contraente influenzata da interessi personali del ricercatore/SCAR.

**PROGRAMMA TRIENNALE
DELLA TRASPARENZA
2018 - 2020**

1. INTRODUZIONE

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).

2. NOZIONE DI "TRASPARENZA"

La trasparenza è intesa come "accessibilità" totale dei dati e documenti detenuti dall'Amministrazione, non più esclusivamente allo scopo di garantire forme di diffusione del controllo sulle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse dedicate, ma anche allo scopo di tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla Nazione. Essa concorre, inoltre, alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino, favorendo allo stesso tempo la prevenzione di possibili eventi corruttivi e creando una migliore amministrazione alla quale partecipano anche i cittadini.

Contemporaneamente al rafforzamento dei poteri dell'ANAC, già nel 2014 e ancora di più a seguito del D.lgs. 97/2016, si inserisce l'intervento del Garante della Privacy. Tale intervento, teso alla tutela dei dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi pubblicati sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati, ha richiamato l'attenzione sulla tutela dei diritti e delle libertà fondamentali (con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali) con l'obiettivo di contribuire a declinare con equilibrio il rapporto fra esigenze di trasparenza della Pubblica amministrazione e le garanzie poste a tutela dei diritti.

La sfida per la pubblica amministrazione è la ricerca di un corretto bilanciamento (di delicato equilibrio) fra attuazione del principio di trasparenza così come inteso dal D.lgs. 33/2013 e riformulato dal D.lgs. 97/2016 e la tutela della riservatezza in funzione di garanzia, ovvero la non semplice integrazione tra norme - spesso confliggenti - sulla trasparenza e il Codice della Privacy e la netta separazione tra gli obblighi di pubblicità per finalità di trasparenza e gli obblighi di pubblicità per altre finalità.

3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA

Compiti

Il Responsabile per la Trasparenza è il soggetto preposto in Istituto 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:
 - alla Direzione Generale dell'Istituto e all'Organismo aziendale di Supporto, ai fini dell'attivazione delle altre forme di responsabilità.
 - all'Ufficio Procedimenti Disciplinari, ai fini dell'eventuale attivazione del procedimento disciplinare;

Accanto al Responsabile, il Decreto prevede l'obbligo di tutti i Dirigenti, dei Responsabili e dei Referenti appositamente individuati di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare.

4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE TRASPARENZA

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. Il predetto processo di trasparenza, nel rispetto dei principi di buon andamento di imparzialità e fermi i contenuti della normativa nazionale in materia di riservatezza (D. Lgs. n. 196/2003 e s.m.i) e delle correlate Linee Guida per il trattamento di dati personali del Garante della Privacy, deve prevedere l'attivazione di azioni positive volte a garantire ai cittadini l'accesso ai dati, alla documentazione amministrativa e alle informazioni conservate in Istituto.

La pubblicazione dei dati sul portale web dell'Istituto viene costantemente aggiornata al fine di garantirne la veridicità dei contenuti e la visibilità degli stessi.

La sezione Trasparenza, in quanto parte integrante del Piano di Prevenzione della Corruzione, viene aggiornata contestualmente e con la stessa procedura, su proposta del RPCT.

L'attuazione delle misure di Trasparenza è riservata 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 e all'Organismo aziendale di Supporto (OAS) ai fini delle determinazioni, in fase di valutazione degli obiettivi individuali, nella corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio per i soggetti inadempienti. Per favorire la tempestiva e corretta trasmissione dei flussi di dati da pubblicare, sono stati individuati, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni struttura, i **Referenti**

Aziendali con i compiti di curare la raccolta e la trasmissione dei dati per la relativa pubblicazione e di coadiuvare il RPCT.

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 loro competenza.

Aggiornamento 2018 - 2020

L'aggiornamento tiene conto delle modifiche normative intervenute a livello nazionale e delle determinazioni ANAC del 2016, in particolar modo delle deliberazioni n. 1309 e 1310, delle linee recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del D.Lgs 33/2013 e smi, delle indicazioni fornite dalla Regione Emilia - Romagna e degli orientamenti assunti in sede del Tavolo AVEC.

In sintesi la sezione presenta:

- a) definizione degli obblighi di pubblicazione sia in capo a IOR che ai servizi unificati;
- b) maggiore definizione dei contenuti di alcuni obblighi di pubblicazione;
- c) più puntuale definizione della tempistica di aggiornamento delle pubblicazioni obbligatorie.

La cadenza dell'aggiornamento delle pubblicazioni (annuale, semestrale, trimestrale, tempestivo) è stata rivista da ANAC (allegato deliberazione n. 1310) con una più corretta definizione dei tempi di aggiornamento in base ai singoli adempimenti, in particolar modo per quanto concerne il termine *tempestivo*.

Per quanto riguarda la messa a punto dei contenuti di alcuni obblighi di pubblicazione si è provveduto alla raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali della dirigenza Professionale, Tecnico e Amministrativa, già nel corso del 2016, e della dirigenza Sanitaria nel corso del 2017, così come disposto dalla normativa e dalla Regione Emilia-Romagna in merito ai titolari di incarichi dirigenziali.

La RER è infatti intervenuta con l'emanazione della L.R. n. 9 del 1/06/2017, che all'art. 5 ha ribadito l'importanza e l'obbligatorietà della consegna delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali di tutta la dirigenza del Servizio Sanitario Regionale, nonché delle dichiarazioni relative al conflitto di interesse, obblighi già previsti dal Codice di Comportamento dei dipendenti pubblici (D.P.R. 62/2013). A seguito di tale legge regionale e dell'introduzione del sistema di Gestione Risorse Umane (GRU), si è proceduto informaticamente all'ampliamento nella raccolta delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali estendendo l'obbligo a tutta la dirigenza sanitaria, oltre che a quella professionale, tecnica e amministrativa.

Tale adempimento, transitoriamente svolto dal Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, al fine di rendere più agevole l'attività di informazione relativa a tale obbligo e di supporto ai dirigenti, verrà in futuro effettuato dal Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP). Verrà comunque garantito il supporto del RPCT, anche in vista dell'ampliamento nel 2018 del sistema GRU con le dichiarazioni relative al conflitto di interesse, in attuazione del Codice di Comportamento unico regionale.

Al Servizio Ispettivo AVEC competono le verifiche a campione sul contenuto delle dichiarazioni.

In merito alla pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali, invece, si è ancora in attesa della modifica normativa che allinei gli obblighi di pubblicazione (redditi e patrimonio) per tutta la dirigenza del Servizio sanitario nazionale, senza distinzioni tra la dirigenza professionale, tecnica e amministrativa e quella sanitaria. A causa di tale disallineamento si è deciso di sospendere tutte le pubblicazioni in merito,

nel rispetto anche di quanto stabilito da ANAC nella delibera 382 del 12/04/2017 e delle indicazioni regionali.

A tal proposito si precisa che, in Amministrazione Trasparente la pubblicazione dei dati riguardanti i titolari di incarico dirigenziale nella sezione indicata da ANAC riporterà il contenuto di cui all'art. 15 (e non all'art. 14) del D.Lgs. 97/2017, proprio a causa del disallineamento normativo.

Per quanto riguarda il 2018-2020, si segnala che verrà data attuazione:

- all'accesso civico generalizzato, anche attraverso la formalizzazione del regolamento contenente le diverse modalità di accesso ai documenti e dati detenuti dalla pubblica amministrazione, redatto congiuntamente dai RPCT dell'Area Vasta;
- al completamento della riorganizzazione delle pubblicazioni e dei documenti del settore della Supply chain, relativi alle forniture, servizi e lavoro, alla luce del nuovo codice degli appalti, della gestione informatizzata delle pubblicazioni e della diversa imputazione di funzioni che potrebbe essere definita a livello di Area Vasta;
- all'allineamento con le banche dati, al fine di dare attuazione alle disposizioni di cui all'art. 9 bis del decreto legislativo 33/2013 come integrato dal D.lgs 97/2017;
- alla riorganizzazione delle pubblicazioni del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (SUMAP), attraverso criteri omogenei per tutte le aziende sanitarie dell'area metropolitana;
- all'implementazione della sottosezione "Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8/3/2017", sottosezione inserita nella sezione "Profilo del committente" a seguito di note del Servizio Amministrazione SSR e dell'OIV-SSR;
- all'organizzazione della Giornata della Trasparenza, in collaborazione con le altre aziende dell'Area Metropolitana.

Obiettivo strategico del 2018 per la Trasparenza è, oltre al costante impegno di IOR a pubblicare nella sottosezione "Dati ulteriori" tutta la documentazione non compresa nelle voci contenute nelle altre sezioni, l'allineamento attraverso collegamento ipertestuale alle banche dati finora disponibili per una corretta attuazione della normativa vigente e una semplificazione nelle pubblicazioni.

Viste le dimensioni dell'Istituto e la sua organizzazione, la gestione del sito web e la pubblicazione delle informazioni richieste ai fini della trasparenza amministrativa (D.Lgs. n. 33/2013 e D.Lgs. n. 97/2016) vengono interamente gestite dall'Ufficio Marketing Sociale.

La pubblicazione dei dati sul portale web è costantemente aggiornata al fine di garantirne la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative o amministrative intervenute, nonché il miglioramento in termini di qualità dei contenuti e di visibilità degli stessi.

Per ciascun adempimento l'Istituto ha individuato la struttura responsabile dell'aggiornamento e della trasmissione delle informazioni e dei dati richiesti.

Il Responsabile e il Referente per la pubblicazione dei dati operano controlli trimestrali sulla ricezione e pubblicazione di tutte le informazioni di cui alla delibera 1310/2016 ANAC.

Al fine di favorire l'accesso ai dati, sul sito internet è stata attivata una sezione dedicata in "Amministrazione Trasparente" contenente altresì il Regolamento Aziendale e la modulistica necessaria per l'esercizio del diritto di accesso civico, che, nelle more di un nuovo Regolamento concernente le tre tipologie di accesso previste dalla legge (accesso ex L. 241/90, accesso civico e accesso civico generalizzato ex D.Lgs. 97/2016), verrà utilizzato ai fini della corretta attuazione dello strumento.

5. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE

Il RPCT svolge attività di controllo e monitoraggio sull'adempimento, da parte dell'Istituto, degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente, con cadenza trimestrale.

I Dirigenti hanno il compito di collaborare e di dare piena attuazione, per quanto di propria competenza, agli obblighi di pubblicazione secondo il seguente schema riassuntivo:

	DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI	INDICATORI
1	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 5 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"

In base alle disposizioni ANAC i **Referenti Aziendali per la Trasparenza** preposti alla raccolta e trasmissione dei flussi informativi, secondo le aree di afferenza, sono:

RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE	
Andrea Paltrinieri	
SUMAP (per dati personale)	
RESPONSABILE DELLA TRASMISSIONE DEI FLUSSI INFORMATIVI	
STRUTTURA	NOMINATIVI
SC Bilancio e Coordinamento Processi Economici	Chiara Zanasi
SC ICT	Margherita Pierantoni
SC Patrimonio e Attività Tecniche	Francesca Comellini
SSD Affari Legali e Generali	Claudio Bacolini
SSD Accesso ai Servizi	Rita Dal Passo
Dipartimento Rizzoli Sicilia	Paola Proia
SC Amministrazione della Ricerca	Claudia Cioni

SC Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione	Annamaria Gentili
SS Formazione	Patrizia Suzzi
SSD Struttura di Supporto Direzionale	Daniela Negrini
Direzione Sanitaria	Luca Bianciardi
Direzione SAITER	Daniele Tosarelli
Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale	Tiziana Dovesi e Daniela Vighi
Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza	Paola Gazzotti
Servizio Unico Metropolitan Economato	Angelo Giordano
Servizio Acquisti Metropolitan	Rosanna Campa

6. DATI DA PUBBLICARE

Ai sensi della normativa vigente devono essere pubblicati nel sito istituzionale:

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

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, predisposti dai Referenti, vengono inoltrati al Responsabile dell'Ufficio Marketing Sociale, soggetto individuato quale Responsabile della pubblicazione. Nel 2017, con l'introduzione del nuovo sistema di Gestione Risorse Umane (GRU), i dati relativi al personale verranno gestiti direttamente dal Servizio Unico Metropolitan Amministrazione del Personale (SUMAP).

Preliminarmente alla pubblicazione di ogni informazione viene considerata l'applicabilità della normativa inerente la protezione dei dati personali, al fine di realizzare un giusto temperamento tra i due valori costituzionalmente garantiti: trasparenza e riservatezza.

Pertanto i dati pubblicati sono pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità della legge. Per quanto concerne i dati sensibili e quelli giudiziari, viene prestata particolare attenzione alla modalità di pubblicazione, ove necessaria, 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.

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.

IOR, nel corso del 2016, ha anche 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 consentirà, anche mediante integrazione con i diversi flussi documentali, la semplificazione nella gestione dei documenti e degli obblighi di pubblicazione.

La sezione "Amministrazione Trasparente" è suddivisa in sottosezioni, individuate seguendo lo schema predisposto dall'ANAC. Nel caso 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.

Durata della pubblicazione

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria rimangono pubblicati cinque anni, con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, salvo termini diversi previsti dalla normativa. Decorsi tali termini, tali dati e documenti sono resi accessibili tramite accesso civico generalizzato (art. 5 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016).

Il Decreto Legislativo n. 97/2016 demanda ad ANAC, anche su proposta del Garante per la protezione dei dati personali, la possibilità di stabilire i casi in cui la durata della pubblicazione possa essere inferiore, in base ad esigenze di semplificazione.

Nel corso del 2017, si è intrapresa in sede di Tavolo AVEC una riflessione in merito alla rimozione dei dati presenti sul sito da oltre 5 anni e 3 anni per la sezione relativa ai consulenti e collaboratori, in virtù anche del fatto che il D.Lgs. 97/2016 ha eliminato l'archivio. Nel corso del 2018 si procederà ad un attento monitoraggio e rimozione manuale dei dati in eccesso, in ottemperanza ai termini stabiliti dalla legge.

Requisiti 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 Decreto Legislativo n. 82/2005 e s.m.i.).

Forma dei dati di tipo "aperta"

In merito alla forma dei dati da pubblicare preme precisare che per "aperta" deve intendersi che gli stessi devono essere resi disponibili e fruibili on-line in formati non proprietari, per permetterne il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la ridistribuzione 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 dei dati personali.

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. Per quanto concerne il formato pdf – portable document format (formato proprietario il cui programma reader è disponibile gratuitamente) si precisa che lo stesso viene impiegato esclusivamente per le informazioni e i documenti che, per loro natura e contenuti, prevedono la sola consultazione e un'archiviazione a lungo termine, senza la necessità di un'elaborazione.

Viene preso in considerazione, ove possibile, l'utilizzo del formato odf – open document format, che consente la lettura e l'elaborazione di documenti di testo di dati in formato tabellare e di presentazioni.

Per quanto riguarda le banche dati, nel corso del 2017 verrà predisposto apposito collegamento tramite link, in ottemperanza a quanto disposto dalla recente normativa.

Trasparenza e risvolti in tema di trattamento dei dati personali

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, sin dall'introduzione delle modifiche normative in tema di privacy (D.Lgs. 196/2003) e successivamente dai nuovi obblighi di pubblicazione e di accesso, posto particolare attenzione alla normativa che richiede la tutela della riservatezza cercando di coniugarla con la *disclosure* sottesa ai concetti di trasparenza e accessibilità. Negli ultimi anni infatti è richiesto sempre più alle amministrazioni di operare un bilanciamento degli interessi in gioco, evitando la lesione dei diritti e della dignità degli interessati, tema ancora più rilevante nelle aziende sanitarie che trattano quotidianamente una moltitudine di dati riservati relativi alla salute.

In tema di privacy, l'Istituto ha dato vita ad un Regolamento dedicato e all'individuazione di livelli di responsabilità per tutti coloro che, a diverso titolo, sono autorizzati al trattamento dei dati personali e sensibili, che verrà rivisto e adattato alla luce delle nuove disposizioni comunitarie in materia.

Per quanto concerne il rapporto tra la privacy e la trasparenza, l'Istituto ha posto in essere delle cautele nella pubblicazione degli atti o documenti rendendo non intellegibili o anonimizzando i dati personali non pertinenti o, se sensibili o giudiziari, non indispensabili rispetto alle finalità di trasparenza. Tale rapporto diventa talvolta difficile quando si adempie all'obbligo di indicizzazione nei motori di ricerca, di pubblicazione in formati di tipo aperto e di riutilizzo dei dati. Problema sollevato anche dall'ANAC nell'atto di segnalazione n. 5/2017 in relazione alla pubblicazione delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali relative ai titolari di incarichi di direzione e dirigenziali, obbligo attualmente sospeso ma che dovrà essere rivisto in seguito alle decisioni costituzionali in materia. L'ANAC sottolinea, infatti, che sono nate "perplexità e problemi interpretativi con riferimento alla tutela della riservatezza derivanti dall'obbligo vigente di indicizzare e rendere rintracciabili tramite motori di ricerca web anche i dati riguardanti la situazione patrimoniale e reddituale" comportando un "elevato rischio di alterazione, manipolazione e riproduzione degli stessi per scopi diversi rispetto alle finalità di trasparenza".

Si ribadisce quindi la particolare attenzione e cura dell'Istituto sul tema, che viene supportata dall'attività di monitoraggio semestrale da parte del RPCT e dal controllo nella pubblicazione da parte dei Referenti aziendali e del Responsabile aziendale della pubblicazione.

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.

Nel corso del 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. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA

La trasparenza richiede un'attività di monitoraggio periodica che viene svolta dal RPCT a cadenza, di norma, semestrale e riguarda l'individuazione delle attività e l'indicazione degli scostamenti rispetto a quanto prescritto dalla normativa. 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 Valutazione (OAS) verifica:

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

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 titolari della trasmissione dei dati.

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.

8. LE INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

Le iniziative a sostegno della trasparenza si possono riassumere in:

- organizzazione, anche in collaborazione con altre Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro, della "*giornata della trasparenza*", nel corso della quale vengono approfonditi i temi della trasparenza e del nuovo accesso civico generalizzato;

- acquisizione di proposte da parte di interlocutori istituzionali e dei cittadini per migliorare e implementare la “trasparenza”;
- aggiornamento della “Carta dei servizi” nella sua versione online.

Con la sezione Trasparenza 2018 - 2020, 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) 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).

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 stata approvato il nuovo testo aggiornato della Carta dei Servizi IOR, disponibile nella sezione 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. E' in corso una riprogettazione dei materiali informativi al fine di migliorare la qualità nel rilascio delle informazioni verso l'esterno anche attraverso l'uso dei social media.

Bilancio di Missione

L'Istituto ha intrapreso dal 2007 un percorso di analisi e di approfondimento della tematica del bilancio sociale, al fine di fornire informazioni più utili e fruibili per i cittadini, di avvicinare l'Istituto agli utenti e di incrementare il rapporto di fiducia con i portatori di interesse. Con il Bilancio di Missione l'Istituto Ortopedico Rizzoli presenta i principali risultati e i dati di attività dell'anno di riferimento, con particolare riguardo agli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia-Romagna e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria di Bologna.

Il documento analizza i servizi attraverso l'andamento nel tempo degli indicatori di attività, favorendo una conoscenza e valutazione dell'assistenza erogata ai pazienti, dell'attività di ricerca scientifica svolta e dei suoi risultati, oltre che dell'organizzazione del lavoro, della formazione e della collaborazione con l'Università di Bologna.

Il Bilancio di Missione costituisce quindi uno strumento di rendicontazione a disposizione non solo dei committenti istituzionali e dei "portatori di interessi" (Comitato Consultivo Misto, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Volontariato, rappresentanze dei professionisti), ma anche dei singoli cittadini interessati all'attività dell'Istituto.

Il testo del Bilancio di Missione è reperibile nel sito www.ior.it alla sezione "Amministrazione Trasparente".

A seguito di indicazioni regionali, nel corso dell'anno 2017 non si è proceduto alla redazione del documento.

Ascolto degli stakeholder

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 "dematerializzazione" della burocrazia.

L'indirizzo PEC per cittadini e utenti è: urp@pec.ior.it.

L'indirizzo PEC per Amministrazioni Pubbliche, Aziende e Professionisti è: direzione.amministrativa@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", recentemente modificato a seguito del Decreto Legislativo 117/2017 e formalizzato con delibera n. 245 del 21/11/2017. 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.

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 a tutti gli effetti considerate la sede opportuna per fornire informazioni sulla Trasparenza, sul Piano e Relazione della *Performance*.

Considerato lo stretto collegamento tra la disciplina della trasparenza e quella della *performance*, le giornate della Trasparenza sono l'occasione per condividere *best practice*, 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).

IOR ha organizzato a Bologna in data 1 dicembre, in collaborazione con le aziende sanitarie dell'Area Metropolitana, la "**Giornata della Trasparenza**". Dell'incontro è stata data ampia divulgazione per mezzo della pubblicazione della notizia sui siti internet delle rispettive aziende sanitarie, per mezzo di comunicati agli organi di stampa e di informazione, per mezzo di cartellonistiche presso le varie Aziende e invii al personale dipendente di messaggi di posta elettronica.

Quest'anno, in particolar modo, oltre al tema del consenso informato, è stato ampiamente trattato il tema della trasparenza e dell'eticità del comportamento nella promozione e conduzione delle attività di ricerca clinica, sia dal punto di vista giuridico sia dal punto di vista dei ricercatori e delle problematiche che possono sorgere da eventuali conflitti di interesse.

Accesso civico

L'attenzione sempre maggiore che in questi anni il legislatore ha avuto per il tema della trasparenza amministrativa ha portato all'introduzione, anche in Italia, di una norma che si ispira al "Freedom of Information Act" (FOIA). La stessa Corte europea dei diritti dell'uomo ha riconosciuto l'accesso alle informazioni detenute dagli Stati e dalle loro pubbliche amministrazioni come diritto.

Già con l'emanazione del D.Lgs. n. 33/2013 si era esteso il raggio d'azione ben oltre i confini tracciati dal diritto di accesso riconosciuto ai soggetti interessati dalla Legge 241/1990. Il D.Lgs. n. 97/2016 riconosce, però, una legittimazione generalizzata inerente un insieme di informazioni che oltrepassa gli specifici atti e documenti che le pubbliche amministrazioni sono tenute a rendere pubblici e fruibili.

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;
- accesso civico 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;

- 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, senza motivazione per il richiedente, ma con l'obbligo per la P.A. di espressa motivazione in caso di diniego.

Nel corso del 2017 sono stati realizzati approfondimenti sul tema, anche con incontri formativi che hanno analizzato, in particolar modo, il tema 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 2017, in sede di Tavolo AVEC gli RPCT congiuntamente hanno dato vita ad un regolamento condiviso, diversificato soltanto nelle modalità organizzative, che verrà formalizzato nel corso del 2018.

Al fine di porre in essere una più efficiente organizzazione e di garantire un migliore monitoraggio delle richieste e della tenuta del Registro degli accessi, si è deciso di accentrare la gestione del diritto di accesso in un unico servizio, che ha il compito poi di provvedere allo smistamento delle richieste ai servizi competenti e detentori del dato e/o documento, i quali saranno tenuti ad ottemperare all'obbligo di legge entro il termine stabilito.

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 avvierà il proprio percorso con il procedimento relativo alla gestione del diritto di accesso e analogamente permetterà di dar vita in maniera automatica al Registro degli accessi. Il Responsabile ha il dovere di segnalare al Direttore Generale, all'Organismo aziendale di supporto e all'UPD gli inadempimenti di cui sia venuto a conoscenza a seguito delle richieste di accesso.

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".

ALLEGATO N. 3 - QUADRO NORMATIVO

Atti normativi:

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 ottobre 2009, n. 254;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 13 novembre 2012, n. 265;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n.190, recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 5 aprile 2013, n. 80;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 aprile 2013, n.92;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia" convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013, n. 98;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza unificata del 31 luglio 2013 ad oggetto "Intesa tra Governo, regioni ed enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, comma 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125;
- Legge 11 agosto 2014, n. 114. Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Legge 28 dicembre 2015 n. 208/2015 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità)";
- 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 degli appalti;
- 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”.

Circolari:

- Circolare 25 gennaio 2013, n. 1 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto “Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell’illegalità nella pubblica amministrazione”;
- Circolare 14 marzo 2013 del Comitato Interministeriale costituito con D.P.C.M. 16 gennaio 2013 ad oggetto “Linee di indirizzo per la predisposizione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica del piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190”;
- Circolare 19 luglio 2013, n.2 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto “Decreto Legislativo 33 del 2013 – attuazione della trasparenza”;
- Circolare 30 maggio 2017, n. 2 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto “Attuazione delle norme sull’accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)”.

Atti ANAC:

- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) n. 50 del 4 luglio 2013: “Linee guida per l’aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l’integrità 2014-2016”;
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) n. 71 del 1 agosto 2013: “Attestazioni OIV sull’assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione per l’anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione”;
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) n. 72 dell’11 settembre 2013: “Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l’Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) n. 75 del 24 ottobre 2013: “ Linee Guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (Art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001);
- FAQ all’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in materia di trasparenza (sull’applicazione del d. lgs. n. 33/2013) del 18 febbraio 2014;
- FAQ all’Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in materia di anticorruzione (sull’applicazione della L. 190/2012); Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). “Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell’Autorità Nazionale Anticorruzione per l’omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei Codici di Comportamento. Delibera del 9 settembre 2014”;

- Delibera n. 148/2014 Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC): "Attestazione OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni di vigilanza e controllo dell'Autorità";
- Delibera n. 149/2014 ANAC ad oggetto: "Interpretazioni e applicazioni del decreto legislativo 39/2013 nel settore sanitario";
- Determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)";
- Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 di emanazione delle "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalla pubblica amministrazione e degli enti pubblici economici";
- Deliberazione del Presidente ANAC ai Responsabili della prevenzione della corruzione nelle Amministrazioni pubbliche e negli Enti di diritto privato in controllo pubblico del 29 dicembre 2014;
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015: "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Determinazione ANAC n. 831 del 3 agosto 2016: "Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016";
- Delibera n. 833 del 3 agosto 2016: "Linee guida in materia di accertamento delle inconferibilità e delle incompatibilità degli incarichi amministrativi da parte del responsabile della prevenzione della corruzione. Attività di vigilanza e poteri di accertamento dell'A.N.A.C. in caso di incarichi inconferibili e incompatibili";
- *Linee Guida ANAC del 20 settembre 2016: "Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";*
- *"Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio ai sensi dell'articolo 47 del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, come modificato da decreto legislativo 25 maggio 2016, n. 97" approvato in data 16 novembre 2016;*
- Determinazione ANAC n. 1309 del 28 dicembre 2016: "Linee guida recanti indicazioni operative ai fini della definizione delle esclusioni e dei limiti all'accesso civico di cui all'art. 5 co. 2 del D.Lgs. 33/2013";
- Determinazione ANAC n. 1310 del 28 dicembre 2016: "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel D.Lgs. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. 97/2016";
- Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017: "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato dall'art. 13 del d.lgs. 97/2016";
- Determinazione ANAC n. 358 del 29 marzo 2017: "Linee guida per l'adozione dei Codici di comportamento negli enti del Servizio Sanitario Nazionale";
- Delibera ANAC n. 382 del 12 aprile 2017: "Sospensione dell'efficacia della delibera n. 241/2017 limitatamente alle indicazioni relative all'applicazione dell'art. 14 c. 1 lett. c) ed f) del d.lgs. 33/2017 per tutti i dirigenti pubblici, compresi quelli del SSN"; Determinazione ANAC n. 1134 del 8 novembre 2017: "Nuove linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalle pubbliche amministrazioni e degli enti pubblici economici";
- Determinazione ANAC n. 1208 del 22 novembre 2017: "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera ANAC n. 1301 del 20 dicembre 2017: "Atto di segnalazione n. 6 del 20 dicembre 2017 - Concernente la disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni, contenuta nel d.lgs. 33/2013, come modificato dal

d.lgs. 97/2016”;

Atti regionali:

- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1621/2013 avente ad oggetto: “Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n.33”;
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n, 334/2014 ad oggetto: "Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale e per l'Agenzia regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia – Romagna;
- Deliberazione n. 1 del 19 dicembre 2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) "Provvedimenti in merito di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo della Performance”;
- Deliberazione n. 2 del 18 dicembre 2015 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) “Linee guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS”;
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1003/2016 avente ad oggetto: “Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016”;
- 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/2016/724035 del 18 novembre 2016, Regione Emilia-Romagna;
- Deliberazione n. 4 del 20 dicembre 2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) “Prevenzione Corruzione e trasparenza: Prime indicazioni, ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali”;
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 2327/2016 avente ad oggetto: “Riordino dei Comitati Etici della 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;
- Determinazione n. 19717 del 5 dicembre 2017 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare avente ad oggetto: “Costituzione del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale”.

Comunicazioni:

- del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 2 luglio 2013 ad oggetto “Disposizioni in materia di trasparenza nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Applicazione del DLgs n. 33/2013”;
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 30 ottobre 2013 ad oggetto “Legge 6 novembre 2012 n. 190 e decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39. Attività di coordinamento per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale”;
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 26 novembre 2013 ad oggetto “ Piano Triennale della Corruzione (P.T.P.C.) aziendale e Codice di Comportamento per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale”;
- del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 10 giugno 2014 ad oggetto:

"Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs n. 33/2013 nelle Aziende Sanitarie, Enti e Società del Servizio Sanitario Regionale, ad integrazione della precedente circolare prot. 158950 del 2 luglio 2013";

- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 24 giugno 2014 ad oggetto: "Dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 29 settembre 2014 ad oggetto: "Dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 22 ottobre 2014 ad oggetto: "Competenze e funzioni proprie dell'OIV e loro interazione con le competenze e funzioni proprie delle aziende e enti del Servizio sanitario regionale";
- del Direttore Operativo AREA VASTA EMILIA CENTRO (AVEC) del 3.12.2013 ad oggetto: "Attivazione di un tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione e trasparenza delle Aziende Sanitarie dell'AVEC";
- del Direttore del Servizio Unico Amministrazione del Personale (SUMAP) del 18 febbraio 2016, prot. N. 18565, ad oggetto "Attività e Incarichi extra-istituzionali. Autorizzazioni. Modalità. Art.53 D.Lgs. 165/2001. Anagrafe delle Prestazioni";
- del Responsabile del Servizio Amministrazione del SSR del 20 aprile 2017, prot. n. 302132 ad oggetto "Prime indicazioni operative in ordine all'applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24";
- dell'OIV-SSR del 13 giugno 2017, prot. n. 438502 ad oggetto: "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".

Altro:

- *"Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati". Garante della Privacy. Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12 giugno 2014;*
- "Basi dati della PA – domande frequenti" all'Agenzia per l'Italia Digitale del 18 novembre 2014;

ALLEGATO N. 4 - ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI

(Fonte: Enciclopedia giuridica)

AgId	: Agenzia per l'Italia Digitale
DGR regionale	: Deliberazione della Giunta regionale
d. l.	: Decreto legge
D. Lgvo,	: Decreto legislativo
D. Lgs.	: Decreto legislativo
DFP	: Dipartimento della Funzione pubblica
dPR Repubblica	: Decreto del Presidente della Repubblica
IRCCS scientifico	: Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
l.	: Legge nazionale
l. reg.	: Legge regionale
OIV	: Organismo Indipendente di Valutazione
OAS	: Organismo Aziendale di Supporto
ANAC	: Autorità Nazionale Anticorruzione
PNA	: Piano nazionale anticorruzione
FIASO	: Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere
PA	: Pubblica amministrazione
PP.AA.	: Pubbliche Amministrazioni
PTA	: Dirigenza PTA Professionale tecnica amministrativa
PTF	: Piano triennale della Formazione
PTPC	: Piano triennale prevenzione della corruzione
PTTI	: Piano triennale Trasparenza e Integrità
RER	: Regione Emilia-Romagna
RPCT	: Responsabile prevenzione della corruzione e della trasparenza
RUP	: Responsabile unico del procedimento
smi	: Successive modificazioni e integrazioni
SSN	: Servizio sanitario nazionale
SSR	: Servizio sanitario regionale
UO	: Unità operativa
UPD	: Ufficio procedimenti disciplinari

STRUTTURE IOR

SC AR	: Struttura Complessa Amministrazione della Ricerca
SC PAT	: Struttura Complessa Patrimonio Attività Tecniche
SSD ALG	: Struttura Semplice Dipartimentale Affari Legali e Generali
SSD AS	: Struttura Semplice Dipartimentale Accesso ai Servizi
DIR/SCEN	: Direzione Scientifica
DS	: Direzione Sanitaria

STRUTTURE AREA METROPOLITANA

SUMAP	: Servizio Unificato Metropolitan Amministrazione del Personale
SUME	: Servizio Unificato Metropolitan Economato
SUMCF	: Servizio Unificato Metropolitan Contabilità e Finanza
SAM	: Servizio Acquisti Metropolitan
INTERCENT-ER:	Agenzia per lo sviluppo dei mercati telematici
CONSIP	: Centrale acquisti della pubblica amministrazione italiana

ALLEGATO N. 5 - SEZIONE TRASPARENZA (ESTRATTO DA ALL.1 DELIBERA ANAC N. 1310/2016)

A SEGUITO DELL'UNIFICAZIONE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI A LIVELLO METROPOLITANO GLI OBBLIGHI DI INVIO DEI DATI PER LA PUBBLICAZIONE DELL'AREA DEL PERSONALE, CONTABILITA' E FINANZA, PROVVEDITORATO ED ECONOMATO SONO IN CARICO AI RISPETTIVI SERVIZI (SUMAP, SUMCF, SAM E SUME). GLI OBBLIGHI DELLA PUBBLICAZIONE SONO IN CAPO ALL'UFFICIO MARKETING SOCIALE

Macrofamiglie	Denominazione e sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Responsabilità della produzione e/ o trasmissione dati	Aggiornamento
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10 c. 8, lett. a) d.lgs. n. 33/2013	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)	RPCT	Annuale. Entro 30 giorni dall'adozione o nei tempi previsti da ANAC
	Atti generali	Art. 12 c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dalla pubblicazione sulla GU
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sull'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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE ARTICOLAZIONI AMM.VE COINVOLTE	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dalla pubblicazione su GU.
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documento di programmazione, obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza	RPCT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dall'adozione
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dall'adozione
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	RPCT	Tempestivo. Entro 30 gg. dall'adozione/aggiornamento
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12 c. 1bis d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni secondo le modalità definite con DPCM 8 novembre 2013	RPCT	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione

Organizzazione	Articolazione e degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Indicazione delle competenze di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale, i nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg. dall'adozione degli atti deliberativi
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg. dall'adozione degli atti deliberativi
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	SUMAP	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg. dall'adozione degli atti deliberativi
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	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	URP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg. dagli aggiornamenti

Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15 c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	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	SUMAP SC AR SC PAT SSD ALG (per quanto di competenza)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 90 gg. dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	Banca Dati PerLa PA (art. 9bis all.b)
				Per ciascun titolare di incarico:			
		Art. 15 c. 1 lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	SUMAP SC AR SC PAT SSD ALG (per quanto di competenza)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 90 gg. dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15 c. 1 lett. c), d.lgs. n. 33/2013		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	SUMAP SC AR SC PAT SSD ALG (per quanto di competenza)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 90 gg. dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15 c. 1 lett. d), d.lgs. n. 33/2013		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	SUMAP SC AR SC PAT SSD ALG (per quanto di competenza)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 90 gg. dal conferimento dell'incarico	
		Art. 15 c. 2 d.lgs. n. 33/2013 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)	SUMAP SC AR SC PAT SSD ALG (per quanto di competenza)	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg. dall'invio alla F.P.	
		Art. 53 c. 14 d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	SUMAP SCAR SC PAT SSD ALG (per quanto di competenza)	Tempestivo Entro 90 gg dal conferimento incarico	

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Scientifico)	Art. 14 c.1 lett a) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013	Incarichi amministrativi di vertice	Per ciascun titolare di incarico:			In attesa di interventi normativi e di specifiche indicazioni ANAC e regionali
		Art. 41 c. 1 lett b) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	RER SSD ALG MIUR	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	
		Art. 14 c.1 lett. c) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	RER SUMAP MIUR	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	
		Art. 14 c.1 lett. d) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	RER SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017	
		Art. 14 c.1 lett. e) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017	
		Art. 41, c. 1, lett f) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	RER SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione rilasciata dagli enti pubblici o privati	
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non Applicabile alle Aziende del SSR		
	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]	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017 Non Applicabile alle Aziende del SSR					

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Scientifico)	Art. 41, c. 1, lett f) e c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2 l. n. 441/1982	Incarichi amministrativi di vertice	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)	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017 Non Applicabile alle Aziende del SSR		In attesa di interventi normativi e di specifiche indicazioni ANAC e regionali
		Art. 41, c. 1, lett f) e c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013 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)]	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017 Non Applicabile alle Aziende del SSR		
		Art. 20, c. 3 d. lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	RER SUMAP MIUR	Tempestivo (art. 20, c. 1, d. lgs. n. 39/2013) Entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione	
		Art. 14 c. 1ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	RER SUMAP MIUR	Annuale (art. 20, c. 2, d. lgs. n. 39/2013) Entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione	
				Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Non Applicabile alle Aziende del SSR		

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (in tabelle con specifica delle funzioni)	Per ciascun titolare di incarico:			In attesa di interventi normativi e di specifiche indicazioni ANAC e regionali
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017	
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017 Non Applicabile alle Aziende del SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Non Applicabile alle Aziende del SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 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]	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017 Non Applicabile alle Aziende del SSR		

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali	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)	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017	In attesa di interventi normativi e di specifiche indicazioni ANAC e regionali
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 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)]	Obbligo sospeso dalla delibera ANAC n. 382/2017	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Posti di funzione disponibili	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	Non Applicabile alle Aziende del SSN (cfr. delibera ANAC 149/2014)	
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	Non Applicabile alle Aziende del SSN (cfr. delibera ANAC 149/2014)	
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013	Ruolo dei dirigenti	Ammontare complessivo degli emolumenti percepiti a carico della finanza pubblica	Non Applicabile alle Aziende del SSR	In attesa di interventi normativi e di specifiche indicazioni ANAC e regionali
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001		Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Non applicabile alle Aziende del SSN	
		Art. 1, c. 7 d.p.r. n. 108/2004		Ruolo dei dirigenti	Non applicabile alle Aziende del SSN	

Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Non Applicabile alle Aziende del SSR	In attesa di interventi normativi e di specifiche indicazioni ANAC e regionali
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica		
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici		
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti		
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, 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)		
		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)]				
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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	RPCT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento da parte dell'ANAC	
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dal ricevimento dal dipendente	

Personale	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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	SUMAP	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato.	Banca Dati SICO (art. 9bis all.b)
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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	SUMAP	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato.	
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato	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	SUMAP	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Elenco dei titolari dell'anno precedente entro il 28.02	Banca Dati PerLa PA e SICO (art. 9bis all.b)
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato	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	SUMAP	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre	
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza trimestrali	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	SUMAP	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre	
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	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	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	Banca Dati PerLa PA (art. 9bis all.b)

Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 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	RELAZIONI SINDACALI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Pubblicazione come da sito ARAN	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (art. 9bis all.b)
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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)	RELAZIONI SINDACALI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla pubblicazione atto deliberativo	
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 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 predispone, 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	RELAZIONI SINDACALI	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009) Entro 30 gg dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato.	
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	OAS/OIV	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla nomina	Anche con rinvio a specifica pagina su sito RER http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	OAS/OIV	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla nomina	
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	OAS/OIV	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla nomina	

Bandi di concorso		Art. 19 d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso	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	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) 5 gg per pubblicazione bando 30 gg per pubblicazione criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale
--------------------------	--	---------------------------	--------------------------	--	-------	--

Performance	Sistema di misurazione e valutazione della 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)	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	SUMAP	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	SUMAP SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	SUMAP SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato

Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati	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	Al momento non vi sono Enti pubblici vigilati	Banca Dati SiQuEL e Patrimonio PA (art. 9bis All. b)
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		
				3) durata dell'impegno		
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)		
				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 incompatibilità al conferimento dell'incarico				
	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati				

Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate	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 (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	Banca Dati SiQuEL e Patrimonio PA (art. 9bis All. b)
				Per ciascuna delle società:			
				1) ragione sociale	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				3) durata dell'impegno	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento	
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	
	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità dell'incarico	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 20, c. 2, d. lgs. n. 39/2013) Entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione			

Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate	Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento		Banca Dati SiQuEL e Patrimonio PA (art. 9bis All. b)
		Art. 22, c. 1, lett d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione di società a partecipazione pubblica, acquisto di partecipazioni in società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni sociali, quotazione di società a controllo pubblico in mercati regolamentati e razionalizzazione periodica delle partecipazioni pubbliche, previsti dal decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 della legge 7 agosto 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. 175/2016)	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro un mese dalla comunicazione degli atti da parte delle società partecipate	Non applicabile per le società ex 9bis D.Lgs. 502/92	
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche socie fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, ivi comprese quelle per il personale, delle società controllate	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla comunicazione degli atti da parte delle società partecipate		
				Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla comunicazione dei provvedimenti da parte delle società partecipate		

Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati	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	Al momento non vi sono Enti di diritto privato controllati	Banca Dati SiQuEL e Patrimonio PA (art. 9bis All. b)
				Per ciascuno degli enti:		
				1) ragione sociale		
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione		
				3) durata dell'impegno		
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione		
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante		
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo		
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico		
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico					
	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati					
	Rappresentazioni e grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Per ciascuna tipologia di procedimento:			
			Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP - SUMCF SUME- SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP - SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013	5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013	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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013	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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013	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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013	9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	In fase di analisi	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali	
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto 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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali	
		Per i procedimenti ad istanza di parte:					
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali	
	Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	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	ARTICOLAZIONI AMM.VE INTERESSATE SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali			
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	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	ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR COINVOLTE SUMAP – SUMCF SUME - SAM	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dalle modifiche		

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 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; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	SSD ALG SC PAT SCAR SAM (per quanto di competenza)	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 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; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	SSD ALG SC PAT SCAR SAM (per quanto di competenza)	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre

Nella Sezione "Profilo del committente" è stata inserita la voce "Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8/3/2017" come da note PG/2017/0302132 del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/0438502 del 13/06/2017 dell'OIV-SSR (pubblicazione annuale al 31/3).

bandi di gara e contratti	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	Codice Identificativo Gara (CIG)	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Banca Dati BDNCP, BDAP e Servizio contratti pubblici (art. 9bis all.b)
		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	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento	
		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, 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)	SAM SC PAT	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012) Entro il 31.01	
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, let. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 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	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 giorni dall'approvazione dei programmi	

bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura			Per ciascuna procedura:			
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 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 d.lgs. n. 50/2016	Avvisi di preinformazione Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3 d.lgs. n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141 d.lgs. n. 50/2016)	SAM	Tempestivo Entro 30 gg dalla data dell'avviso	Banca Dati BDNCP, BDAP e Servizio contratti pubblici (art. 9bis all.b)
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento	
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		Avvisi e bandi Avviso (art. 19 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36 c.7 d.lgs. n. 50/2016 e Linee Guida ANAC); Avviso di formazione elenco operatori economici e pubblicazione elenco (art. 36 c.7 d.lgs. n. 50/2016 e Linee Guida ANAC); Bandi e avvisi (art. 36 c. 9 d.lgs. n. 50/2016); Bandi e avvisi (art. 73 c. 1 e 4 d.lgs. n. 50/2016); Bandi e avvisi (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127 c. 2 d.lgs. n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura; Pubblicazione a livello nazionale di bandi e avvisi; Bando di concorso (art. 153 c. 1 d.lgs. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153 c. 2 d.lgs. 50/2016); Bando di concessione, invito a presentare offerta, documenti di gara (art. 171 c. 1 e 5 d.lgs. n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dell'ordine di importanza dei criteri, Bando di concessione (art. 173 c. 3 d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 183 c. 2 d.lgs. n. 50/2016); Avviso costituzione del privilegio (art. 186 c. 3 d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 188 c. 3 d.lgs. n. 50/2016)	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento	
Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	Avviso sui risultati della procedura di affidamento Avviso sui risultati della procedura di affidamento con indicazione dei soggetti invitati (art. 36 c. 2 d.lgs. n. 50/2016); Bando di concorso e avviso sui risultati del concorso (art. 141 d.lgs. n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura, possono essere raggruppati su base trimestrale (art. 142 c. 3 d.lgs. n. 50/2016); Elenchi dei verbali delle commissioni di gara	SAM SC PAT		Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento			

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 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 d.lgs. n. 50/2016	Avvisi sistema di qualificazione - 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 d.lgs. n. 50/2016)	SAM	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento	Banca Dati BDNCP, BDAP e Servizio contratti pubblici (art. 9bis all.b)
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		Affidamenti 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 d.lgs. n. 50/2016); 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 d.lgs. n. 50/2016)	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento	
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		Informazioni ulteriori 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 d.lgs. n. 50/2016); Informazioni ulteriori, complementari o aggiuntive rispetto a quelle previste dal Codice; Elenco ufficiali operatori economici (art. 90 c. 10 d.lgs. n. 50/2016)	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dalla data del provvedimento	

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 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico-professionali	Provvedimenti di esclusione e di ammissione (entro 2 giorni dalla loro adozione)	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dalla data del provvedimento	Banca Dati BDNCP, BDAP e Servizio contratti pubblici (art. 9bis all.b)
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg dalla data del provvedimento	
		Art. 1, c. 505 l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. n. 50/2016	Contratti	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	Non Applicabile (comma 505 della L. 208/2015 abrogato dal D.Lgs. 18 aprile 2016, n. 50, come modificato dal D.Lgs. 19 aprile 2017, n. 56)		
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione	SAM SC PAT	Tempestivo Entro 30 gg	

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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	SC PAT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Dall'adozione del provvedimento e comunque prima della produzione di effetti degli atti
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione	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	SC PAT	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento
				Per ciascun atto:		
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	SC PAT	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	SC PAT	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	SC PAT	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	SC PAT	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	SC PAT	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	MARKETING SOCIALE	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	MARKETING SOCIALE	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento
Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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	SC PAT	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) Entro 28.03			

Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	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	SC BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia - Romagna	Banca Dati BDAP (art. 9bis All. b)
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 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	Non applicabile alle Aziende del SSN		
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	SC BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia - Romagna	
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 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	Non applicabile alle Aziende del SSN		
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	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	Non applicabile alle Aziende del SSN		

Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	SC PAT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Semestrale. Entro 30 gg dalla scadenza del semestre	Banca Dati Patrimonio PA (art. 9bis All. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	SC PAT	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Semestrale. Entro 30 gg dalla scadenza del semestre	
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	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	OIV/OAS	Annuale e in relazione a delibere ANAC	
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14 c. 4 lett. c) d.lgs. n. 150/2009)	Non applicabile alle Aziende del SSR secondo quanto previsto dalla Delibera 3/OIV-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)	OIV/OAS	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30gg dalla trasmissione da parte OIV	
				Altri atti degli organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe, procedendo all'indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti	OIV/OAS	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30gg dalla trasmissione da parte 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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	
	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	SSD ALG	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del rilievo	

Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'eventuale modifica
	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	SSD ALG	Tempestivo Entro 30 giorni dall'adozione dei provvedimenti
		Art. 4 c. 2 d.lgs. n. 198/2009		Sentenza di definizione del giudizio		
		Art. 4 c. 6 d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate in ottemperanza alla sentenza		
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione del bilancio di esercizio
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	DIREZIONE SANITARIA	Tempestivo (art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'invio alla Regione dei dati MAPS
Servizi in rete	Art. 7 c. 3 d.lgs. n. 82/2005 modificato dall'art. 8 c. 1 d.lgs. n. 179/2016	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	ICT	Tempestivo Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	

Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti	Dati sui propri pagamenti in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Non applicabile alle Aziende del SSN	
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41 c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata	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	SUMCF	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale) Entro un mese dalla fine del trimestre link a http://soldipubblici.gov.it (ex art. 4bis)
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	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)	SUMCF	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 31.01 di ogni anno con riferimento all'anno precedente
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	SUMCF	Trimestrale (art. 33 c.1 d.lgs. n. 33/2013) Entro un mese dalla fine del trimestre
			Ammontare complessivo dei debiti	Ammontare complessivo dei debiti e il numero delle imprese creditrici	SUMCF	Annuale (art. 33, c. 1 d.lgs. n. 33/2013) Entro un mese dalla fine del trimestre
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 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, 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	SC BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla modifica

Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Informazioni relative 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)	Non applicabile alle Aziende del SSN		Banca Dati BDAP (art. 9bis All. b)
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 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 A titolo esemplificativo: Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n. 50/2016	SC PAT	Tempestivo (art. 8 d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio da parte della RER	
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	SC PAT	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Annuale. Entro fine marzo per l'anno precedente	
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	SC PAT	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Annuale. Entro fine marzo per l'anno precedente	

Pianificazione del Territorio	Art. 39 c. 1 lett. a) d.lgs. n. 33/2013	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio quali, tra gli altri, piani territoriali, piani di coordinamento, piani paesistici, strumenti urbanistici, generali e di attuazione, nonché le loro varianti	Non applicabile alle Aziende del SSN
	Art. 39 c. 2 d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in variante allo strumento urbanistico generale comunque denominato vigente nonché delle proposte di trasformazione urbanistica di iniziativa privata o pubblica in attuazione dello strumento urbanistico generale vigente che comportino premialità edificatorie a fronte dell'impegno dei privati alla realizzazione di opere di urbanizzazione extra oneri o della cessione di aree o volumetrie per finalità di pubblico interesse	Non applicabile alle Aziende del SSN
Informazioni ambientali	Art. 40 c. 2 d.lgs. n. 33/2013	Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Non di competenza IOR
		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 igrotopi, 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 d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Non di competenza IOR ma della RER	
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate		
Interventi straordinari di emergenza		Art. 42 c. 1 lett a) d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza	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	Non Applicabile alle Aziende del SSN	
		Art. 42 c. 1 lett b) d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari		
		Art. 42 c. 1 lett c) d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione		
Altri contenuti	Prevenzione della corruzione	Art. 10 c. 8 lett a) d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	RPCT	Annuale Entro 30 gg dall'adozione e/o in relazione a termini indicati da ANAC
		Art. 1 c. 8 l. n. 190/2012 Art. 43 c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	DIREZIONE GENERALE	Tempestivo Entro 30 gg dal provvedimento di nomina
			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)	RPCT	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento
		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)	RPCT	Annuale (ex art. 1 c. 14 L. n. 190/2012) In relazione ai termini indicati da ANAC
		Art. 1 c. 3 l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	RPCT	Tempestivo Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del provvedimento ANAC Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento
		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	RPCT	Tempestivo Entro 30 gg dalla comunicazione della violazione

Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5 c. 1 d.lgs. n. 33/2013 Art. 2 c. 9bis l. n. 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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Tempestivo Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT
		Art. 5 c. 2 d.lgs. n. 33/2013	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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	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	SSD SUPPORTO DIREZIONALE	Semestrale Entro 30 gg dalla scadenza del semestre
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53 c. 1bis d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. n. 179/2016	Catalogo di 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.dati.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	ICT	Tempestivo Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica
		Art. 53 c. 1bis d.lgs. 82/2005	Regolamento	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	ICT	Annuale Entro il 31.03 di ogni anno
		Art. 9 c. 7 d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità	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 telelavoro" nella propria organizzazione	MARKETING SOCIALE ICT	Annuale (ex art. 9 c. 7 D.L. n. 179/2012) Entro il 31.03 di ogni anno
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7bis c. 3 Art. 1 c.9 lett. f) l.n. 190/2012	Dati ulteriori	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	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE IOR (per quanto di competenza)	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione degli atti