



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: DA
REGISTRO: Deliberazione
NUMERO: 0000035
DATA: 31/01/2020 15:34
OGGETTO: Approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2020-2022

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 Rolli Maurizia - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Cilione Giampiero - Direttore Amministrativo

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

CLASSIFICAZIONI:

- [06-02]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Bilancio e Coordinamento Processi Economici
- Supporto Direzionale
- Dipartimento Rizzoli - Sicilia
- Dipartimento Patologie Complesse
- Dipartimento Rizzoli RIT Research, Innovation Technology
- Dipartimento Patologie Specialistiche
- Direzione Sanitaria
- Direzione Scientifica
- Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e Riabilitazione (SAITER)
- RS Direzione Amministrativa
- RS Direzione Sanitaria
- Direzione Generale
- Direzione Amministrativa
- Marketing Sociale
- Comunicazione e Relazione con i Media



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.



- Clinical Trial Center
- Formazione
- Patrimonio ed Attivita' Tecniche
- Servizio Unico Metropolitan Economico (SUME)
- Servizio Unico Metropolitan Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)

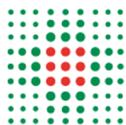
DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000035_2020_delibera_firmata.pdf	Cavalli Mario; Cilione Giampiero; Landini Maria Paola; Rolli Maurizia; Vighi Daniela	3DD341D812B736A9A6AB4B904DDBD608 5E39F6AE6AB47D3FC8E7203D7028E730
DELI0000035_2020_Allegato1.pdf:		E112FFA5588FE3282122A5278033A3AF2 B5B715B64D4F0E350327BE638A1C244



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 2020-2022

IL DIRETTORE GENERALE

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

- Legge 6 novembre 2012 n. 190 “ *Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*” e smi;
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50: “ *Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*”, c.d. Codice dei contratti pubblici;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97: “ *Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”;
- Decreto Legislativo 19 aprile 2017 n. 56: “ *Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50*”;
- Legge regionale Emilia-Romagna 1 giugno 2017 n. 9 “ *Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova”. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria*”;
- Legge 30 novembre 2017 n. 179: “ *Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*”;

Richiamate le seguenti deliberazioni IOR in materia:

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



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

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

- Delibera ANAC n. 1064 del 13 novembre 2019: "Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- "Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis, del d.lgs. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*)" poste da ANAC in consultazione on line del 24 luglio 2019;
- Delibera ANAC n. 1074 del 21 novembre 2018: "Approvazione definitiva dell'Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione";
- Comunicato del Presidente dell'ANAC del 5 settembre 2018: "Indicazioni per la miglior gestione delle segnalazioni di illeciti o irregolarità effettuate dai dipendenti pubblici nell'interesse dell'integrità della pubblica amministrazione, ai sensi dell'art. 54 bis del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 (cd. *whistleblowers*)";
- 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";
- 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:

- " *Linee guida per il coordinamento nei Piani Triennali per la Prevenzione della Corruzione di processi, rischi e misure tra Intercenter-ER e Aziende Sanitarie RER*", PG/2018/750099 del 18 dicembre 2018, Regione Emilia-Romagna;
- " *Aggiornamento Linee guida per l'applicazione da parte delle aziende ed enti del SSR degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, concernente i titolari di incarichi dirigenziali*", PG/2017/280066 del 11 aprile 2017, Regione Emilia-Romagna;



- “ *Prime indicazioni operative in ordine all’applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24*” del Responsabile del Servizio Amministrazione del SSR del 20 aprile 2017, prot. n. 302132 e “*Circolare RER n. 12/2019 in ordine all’applicazione dell’art. 13 della Legge 8 marzo 2017, n. 24 su “Obbligo di comunicazione all’esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla sua responsabilità” e degli articoli 4, comma 3 e 10, comma 4, della Legge 8 marzo 2017, n. 24 circa gli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche*”;
- “ *Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8 marzo 2017: copertura assicurativa e risarcimenti erogati nell’ultimo quinquennio*” dell’OIV-SSR del 13 giugno 2017, prot. n. 438502

Verificato che la proposta di aggiornamento al PTPCT 2020-2022 è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza IOR tenendo conto delle modifiche del quadro normativo, delle determinazioni ANAC sopra citate, degli orientamenti assunti in sede di “Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale” attivato dalla Regione Emilia-Romagna e di “Tavolo Permanente di Prevenzione della Corruzione AVEC” attivato dai direttori generali delle aziende sanitarie delle provincie di Bologna e Ferrara nel corso del 2013;

Rilevato che per la proposta di aggiornamento del PTPCT 2020-2022 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 *stakeholders* esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione, così come richiesto dalla normativa vigente;

Preso atto che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza procederà all’illustrazione dell’aggiornamento del PTPCT 2020-2022 al Consiglio di Indirizzo e Verifica e al Collegio di Direzione nelle prime sedute utili del mese di febbraio;

Delibera

per le motivazioni in premessa enunciate e qui integralmente richiamate:

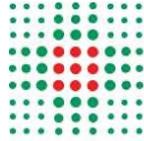
1. Di approvare il “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2020-2022 dell’Istituto Ortopedico Rizzoli” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso e quale aggiornamento al PTPCT 2019-2021;
2. Di dare atto che il PTPCT 2020-2022 vale per tutte le sedi operative dell’Istituto Ortopedico Rizzoli: Via Pupilli 1 e Via di Barbiano 1/10, Bologna; Presidio Ospedaliero di Bentivoglio (BO); Dipartimento Rizzoli Sicilia presso Villa S. Teresa di Bagheria SS 13 al Km. 246 (PA) ; Palermo Via Divisi n. 83;



3. Di individuare, con il presente provvedimento, specifiche responsabilità in capo ai Dirigenti delle strutture aziendali ai quali sono riconducibili azioni finalizzate all'assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione e di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, come indicati nel PTPCT stesso;
4. Di prevedere la declinazione nel Piano della Performance aziendale degli obblighi derivanti dall'applicazione del PTPCT 2020-2022 di cui al punto 3);
5. Di disporre che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provveda tempestivamente a trasmettere il PTPCT 2020-2022 a tutti gli organi, organismi e articolazioni aziendali delle diverse sedi dell'Istituto e alla sua pubblicazione su sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente (sottosezione Altri Contenuti – Prevenzione della Corruzione, così come disposto dalla determinazione 1310/2016 ANAC) e sulla intranet aziendale, dandone comunicazione a tutti i dipendenti, al fine del rispetto degli obblighi di trasparenza (ex D. Lgs. 33/2013);
6. Di dare atto che il PTPCT 2020-2022 costituisce un atto programmatico attraverso cui vengono individuate strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità, nonché un atto sovraordinato ad ogni altro atto dell'Istituto (fatta eccezione per i provvedimenti soggetti ad approvazione regionale) e che di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modifica e/o la sostituzione dei regolamenti, procedure e protocolli ad efficacia interna all'Istituto;
7. Di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

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

Daniela Vighi



**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 2020 - 2022

“La corruzione è un reato contro la Pubblica Amministrazione ossia contro l’interesse pubblico ma è anche un gravissimo delitto contro l’interesse individuale di ognuno di noi, che peggiora in modo sensibile la qualità delle nostre esistenze”.

Raffaele Cantone

Gennaio 2020

Sommario

PREMESSA.....	3
Nozione di corruzione.....	3
Obiettivi del Piano	4
1. QUADRO NORMATIVO	5
2. COORDINAMENTO TRA PTPCT E <i>PERFORMANCE</i>	6
3. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: METODOLOGIA E SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI	7
3.1. Metodologia	7
3.1.1. Analisi del contesto	7
3.1.2. Valutazione del rischio.....	8
3.1.3. Trattamento del rischio	8
3.1.4. Monitoraggio e riesame	8
3.2. Soggetti aziendali coinvolti.....	10
4. ANALISI DEL CONTESTO.....	13
4.1. Contesto esterno	13
4.2. Contesto interno.....	22
4.2.1. Struttura organizzativa dell’Istituto Ortopedico Rizzoli	22
4.1.1. Mappatura dei processi.....	30
5. IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	31
6. INDIVIDUAZIONE E PROGETTAZIONE DELLE MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO ...	33
6.1. Misure Generali	33
6.1.1. Codice di Comportamento	33
6.1.2. Disciplina del conflitto di interessi: dichiarazioni e obblighi di astensione.....	35
6.1.3. Conferimento incarichi extra-istituzionali	36
6.1.4. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro: divieti <i>post – employment</i> (cd. <i>pantouflage</i> o <i>revolving doors</i>)	37
6.1.5. Inconferibilità di incarichi dirigenziali e incompatibilità.....	37
6.1.6. Rotazione del personale	38
6.1.7. Tutela del <i>whistleblower</i>	39
6.1.8. Formazione.....	40
6.1.9. Patti di integrità.....	41
6.2. Misure Specifiche	42
7. MONITORAGGIO SUL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO.....	46

8. PUBBLICITA' DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	48
SEZIONE TRASPARENZA	49
PREMESSA.....	49
1. LA NOZIONE DI TRASPARENZA	49
2. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE	50
3. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE	52
4. AGGIORNAMENTO 2020 – 2022.....	52
5. DATI DA PUBBLICARE.....	54
5.1. Durata e decorrenza della pubblicazione	55
5.2. Qualità dei dati pubblicati	56
5.3. Forma dei dati di tipo “aperto”	56
5.4. Trasparenza e risvolti in tema di trattamento dei dati personali.....	57
5.5. Banche dati.....	58
6. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA E SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO	59
7. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA	60
7.1. Il sito web aziendale	60
7.2. Monitoraggio dei dati di accesso al sito	60
7.3. La Carta dei Servizi.....	60
7.4. Le guide e il materiale informativo per il paziente.....	61
7.5. Ascolto degli <i>stakeholders</i>	61
7.6. Associazioni di Volontariato	61
7.7. Comitato Consultivo Misto.....	62
7.8. Ufficio Relazioni Sindacali.....	62
7.9. Giornate della Trasparenza	62
7.10. Il diritto di accesso	62

ELENCO ALLEGATI:

Allegato 1: Mappatura dei processi a rischio

Allegato 2: Elenco degli obblighi di pubblicazione

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

PREMESSA

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2020 – 2022 (di seguito Piano o PTPCT) è il settimo Piano adottato dall'Istituto Ortopedico Rizzoli in adempimento di quanto previsto e disciplinato dalla Legge 190/2012 (cd. Legge anticorruzione).

L'elaborazione del Piano è il frutto della partecipazione dell'intera struttura amministrativa, in *primis* i Responsabili delle varie strutture coinvolte nei processi decisionali a rischio e nelle relative misure di prevenzione, nonché tutti i dipendenti dell'Istituto in quanto soggetti tenuti a perseguire gli obiettivi di integrità, trasparenza e di prevenzione della corruzione. In alcune sue parti, inoltre, il Piano è il risultato di azioni condivise e coordinate sia a livello di Area Vasta che regionale¹.

Nel corso degli anni e a partire in particolare dell'emanazione della Legge 190/2012, si è assistito, anche su impulso della normativa internazionale in tema di lotta alla corruzione², ad un progressivo irrobustimento dello strumento della prevenzione della corruzione accanto a quello della sua repressione.

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

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

Con riferimento alla programmazione delle misure generali e alla progettazione di quelle specifiche, sono state recepite le indicazioni contenute nel PNA e nei suoi aggiornamenti e, in relazione agli aspetti specificamente afferenti alle aree di rischio in ambito sanitario, il riferimento è in particolare a quanto disposto nell'Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016³.

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

Nozione di corruzione

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

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

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

³ Parte Speciale I – SANITA' dell'Aggiornamento 2015 al PNA e Parte Speciale IV – SANITA' del PNA 2016

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

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

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

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

Obiettivi del Piano

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

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

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

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

⁴ Corte dei Conti n. 265/2012

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

- Ridurre le opportunità e condizioni a partire dalle quali possono generarsi condotte corruttive
- Contribuire a creare un contesto sfavorevole all'insorgere di fenomeni corruttivi e favorevole invece al diffondersi della cultura dell'integrità
- Aumentare le capacità di scoprire eventuali casi di corruzione

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

Il PTPCT 2020-2022 rappresenta quindi l'espressione dell'impegno della Direzione Generale a contrastare il fenomeno corruttivo e a favorire la diffusione della cultura della legalità e si applica in tutte le sedi operative dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, ovvero:

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

1. QUADRO NORMATIVO

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

A tale legge hanno poi fatto seguito:

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

Inoltre, da un punto di vista più prettamente operativo, il sistema di prevenzione e contrasto alla corruzione attinge alle strategie individuate a livello nazionale nel Piano Nazionale Anticorruzione (PNA):

questo è stato elaborato ed approvato per la prima volta nel 2013 con la Delibera CIVIT n. 72/2013 e il suo contenuto reca gli obiettivi per lo sviluppo della strategia di prevenzione della corruzione e fornisce indirizzi e supporto alle pubbliche amministrazioni in merito alla prevenzione della corruzione e alla stesura del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione.

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

- Determinazione n. 12/2015, recante “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera n. 831/2016, recante “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”; si precisa che a partire da tale anno, e con l’obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nel dare attuazione alla normativa di prevenzione della corruzione, è stato unificato in un solo strumento (il PTPCT) il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l’integrità e pertanto dal 2016 la trasparenza, come misura generale di contrasto alla corruzione, diviene una sezione all’interno del PTPCT⁵;
- Delibera n. 1208/2017, recante “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera n. 1704/2018, recante “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera n. 1064/2019, recante “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”

Con specifico riferimento all’ambito sanitario si evidenziano in particolare gli approfondimenti “Sanità” contenuti nell’Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016⁶.

2. COORDINAMENTO TRA PTPCT E PERFORMANCE

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

Tale esigenza di integrazione è stata chiaramente ribadita dal legislatore⁷ il quale ha previsto che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale e che le amministrazioni devono assicurare un coordinamento contenutistico tra PTPCT e Piano della *performance*.

È previsto inoltre che l’OIV e gli altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano della *performance* e che utilizzino i dati relativi all’attuazione degli obblighi di pubblicazione ai fini della misurazione e valutazione delle *performance*. In tal senso è attivo l’Organismo Aziendale di Supporto (OAS) IOR il quale garantisce all’OIV la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative all’Istituto e, in particolare, assicura lo svolgimento delle attività inerenti l’assolvimento degli obblighi in materia di prevenzione della corruzione, trasparenza e integrità e garantisce la gestione procedimentale e documentale relativa alle competenze in materia di Piano Triennale della

⁵ Cfr. art. 10 del d. lgs. 33/2013 come modificato dal d. lgs. n. 97/2016

⁶ Rispettivamente Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016

⁷ Art. 1 comma 8 della Legge 190/2012

Trasparenza, Codice di Comportamento, comunicazioni agli organismi preposti dei dati rilevanti ai fini della prevenzione della corruzione.

Quindi le attività svolte dall'Istituto per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono introdotte in forma di obiettivi nel Piano della *performance* sotto il profilo sia della *performance* organizzativa⁸ che di quella individuale⁹. In particolare, in attuazione della delibera n. 3/2016 dell'OIV regionale, è stata individuata nella dimensione della *performance* dei processi interni una specifica area dell'anticorruzione e della trasparenza con la previsione di indicatori di misurazione e valutazione: le misure di prevenzione della corruzione individuate nel PTPCT, ivi compresi gli obblighi di trasparenza, sono stati declinati in obiettivi specifici organizzativi ed individuali ed assegnati, attraverso lo strumento del budget, alle strutture sanitarie, amministrative e tecniche, ai loro dirigenti e al personale secondo le posizioni ricoperte.

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

3.1. Metodologia

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

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

3.1.1. Analisi del contesto

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

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

L'analisi del contesto interno riguarda invece aspetti legati all'organizzazione e alla gestione per processi che possono influenzare l'esposizione dell'Istituto al rischio corruttivo: con tale analisi si mira pertanto a far emergere da un lato il sistema delle responsabilità attraverso la disamina della struttura organizzativa e delle principali funzioni svolte, e dall'altro il livello di complessità dell'amministrazione mediante la

⁸ Art. 8 del D. Lgs. 150/2009

⁹ Art. 9 del D. Lgs. 150/2009

mappatura dei processi. Quest'ultima, in particolare, rappresenta un aspetto centrale nel processo di gestione del rischio e consiste nell'individuazione e analisi dei processi organizzativi condotte col precipuo fine di esaminare gradualmente l'intera attività svolta dall'Istituto e identificare le aree che risultano esposte a rischi corruttivi.

3.1.2. Valutazione del rischio

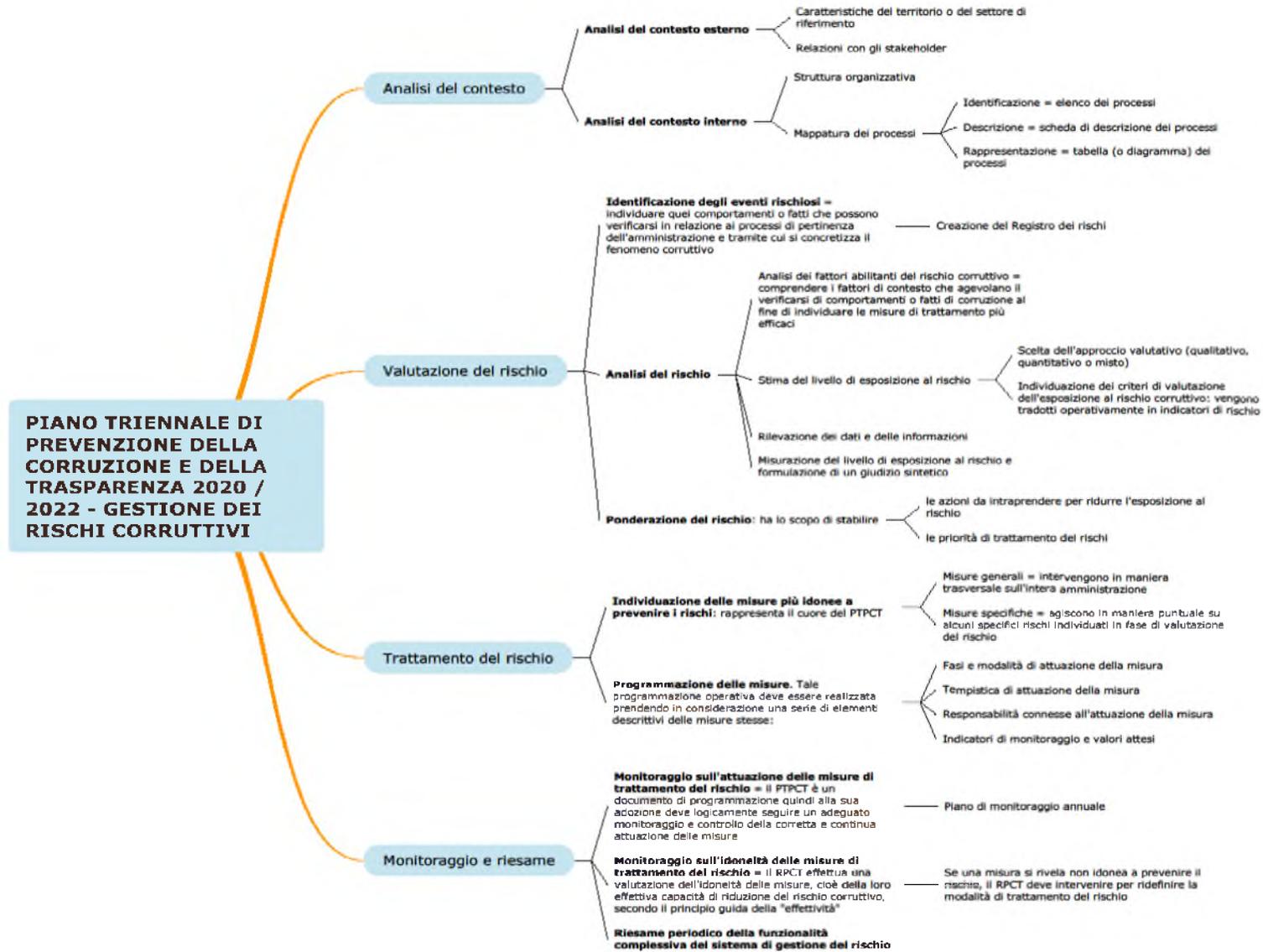
Nella fase di valutazione del rischio quest'ultimo viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure preventive e/o correttive. In primo luogo quindi, vengono individuati quei comportamenti o fatti che possono verificarsi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

3.1.3. Trattamento del rischio

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

3.1.4. Monitoraggio e riesame

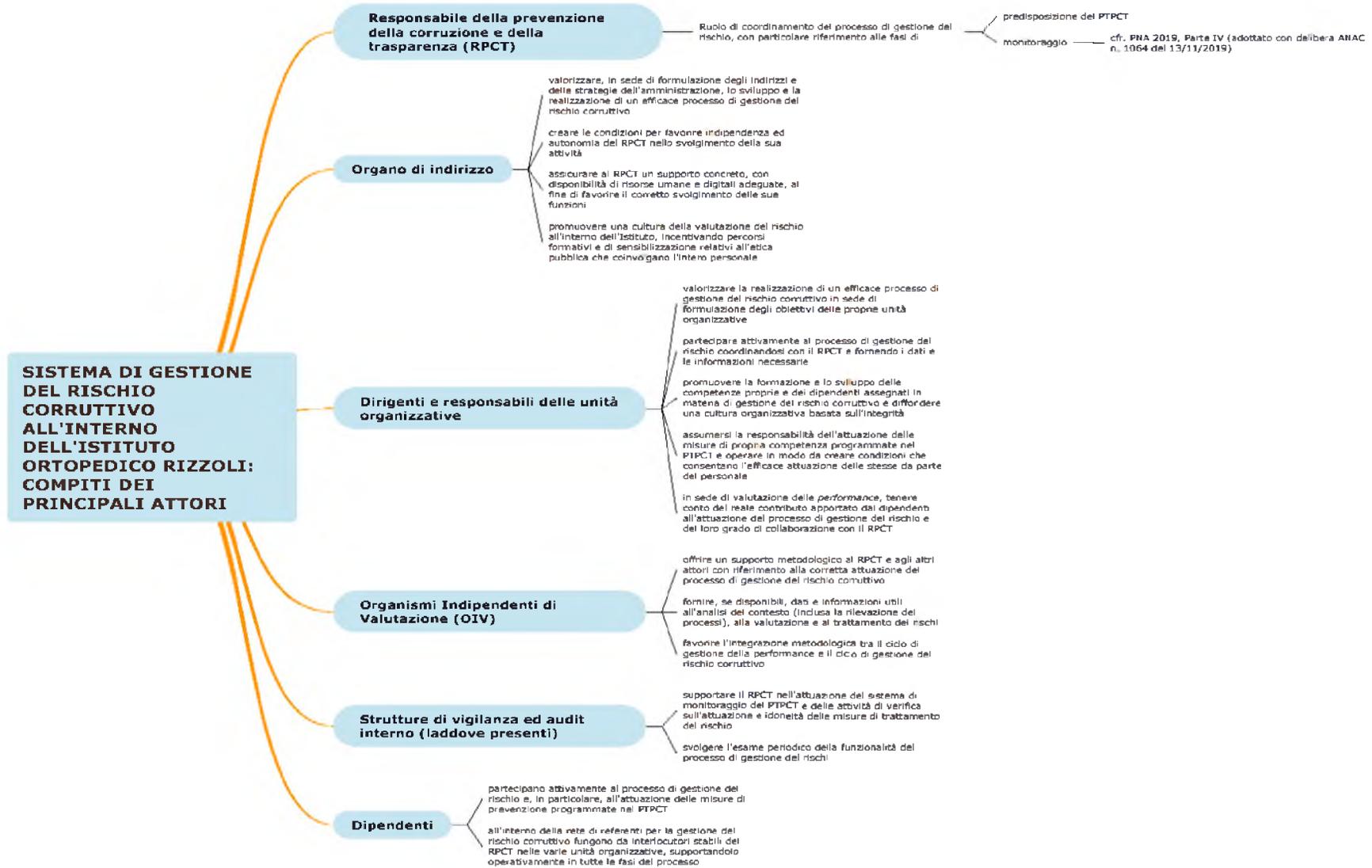
Con la fase di monitoraggio e di riesame periodico si procede infine alla verifica circa l'attuazione e l'idoneità delle misure di prevenzione e in merito al complessivo funzionamento del processo di gestione del rischio, rendendo possibile intervenire tempestivamente con eventuali modifiche.



3.2. Soggetti aziendali coinvolti

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

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



Ferma pertanto la premessa che tutti gli operatori e i collaboratori dell'Istituto sono coinvolti nell'implementazione del PTPCT e nel perseguimento degli obiettivi di trasparenza e prevenzione della corruzione, un ruolo specifico è ricoperto poi dai Referenti di Area. Questi, come già previsto dal PTPCT IOR 2019-2021, collaborano con il RPCT e hanno funzioni inerenti la raccolta dei dati, il loro monitoraggio e la trasmissione dei flussi informativi, nonché, all'interno delle rispettive strutture organizzative, compiti di coordinamento e monitoraggio delle attività di prevenzione dei comportamenti corruttivi. Anche il PNA 2019 fa poi espresso riferimento ai Referenti del RPCT affermando che il loro ruolo è fondamentale per un efficace svolgimento dei compiti del Responsabile stesso e che essi possono svolgere una costante attività informativa nei confronti del RPCT affinché questi abbia elementi e riscontri per la formazione e il monitoraggio del PTPCT e sull'attuazione delle misure.

Alla luce di ciò l'Istituto ha provveduto, con delibera n. 387 del 16 dicembre 2019, a formalizzare l'individuazione dei Referenti di Area nella seguente composizione:

SERVIZIO	NOMINATIVO REFERENTE
Direzione Sanitaria	Ennio Rustico
Direzione SAITER	Daniele Tosarelli
Amministrazione della Ricerca	Chiara Kolletzek
Patrimonio e Attività Tecniche	Francesca Comellini
SUMAP (ora SUMAGP e SUMAEP)	Tiziana Dovesi
SUMCF	Paola Gazzotti
SUME	Luca Lelli
SAM	Antonella Montanari
ICT	Margherita Pierantoni
Bilancio e Coordinamento Processi Economici	Chiara Zanasi
Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione	Pamela Pedretti
Formazione	Patrizia Suzzi
Affari Legali e Generali	Laura Mandrioli
Accesso ai servizi	Rita Dal Passo
Rizzoli Sicilia	Paola Proia
Marketing sociale e URP	Andrea Paltrinieri
Libera Professione	Mara Moretti
Clinical Trial Center	Loredana Mavilla

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

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

Per quanto riguarda il soggetto gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, si tratta di una figura che ciascuna p.a. è tenuta ad individuare al proprio interno ai sensi del D.M. 25 settembre 2015 recante "Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette

di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione". In particolare il soggetto gestore è tenuto a:

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

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

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

4. ANALISI DEL CONTESTO

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

4.1. Contesto esterno

Con l'analisi del contesto esterno¹⁰ si mira ad evidenziare come le caratteristiche dell'ambiente nel quale opera l'Istituto possano favorire il verificarsi di fenomeni corruttivi, avendo riguardo anche alle relazioni esistenti con gli stakeholder e a come queste ultime possano influire sull'attività dell'Istituto, favorendo eventualmente il verificarsi di fenomeni corruttivi al suo interno.

¹⁰ Fonti utilizzate:

- Rivista «QUADERNI DI CITTÀ SICURE», numeri: 11b "La sicurezza in Emilia-Romagna. Terzo rapporto annuale" (1997); 29 "Criminalità organizzata e disordine economico in Emilia-Romagna" (2004); 39 "I raggruppamenti mafiosi in Emilia-Romagna. Elementi per un quadro di sintesi" (2012), a cura di E. Ciconte; 41 "Mafie, economia, territori, politica in Emilia-Romagna" (2016), a cura di E. Ciconte; 42 "Mafie, economia, lavoro" (2018), a cura di V. Mete e S. Borelli.
- Rapporto annuale dell'Unità di Informazione Finanziaria (UIF) per il 2017, n. 10 – 2018 (v.: <http://uif.bancaditalia.it/pubblicazioni/rapporto-annuale/>)
- LIBERA INFORMAZIONE: 2011, Mafie senza confini, noi senza paura – Dossier 2011 – Mafie in Emilia-Romagna, (a cura di Frigerio L., Liardo G.), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma; 2012, Mosaico di mafie e antimafia – Dossier 2012 – I numeri del radicamento in Emilia-Romagna, (a cura di Della Volpe S., Ferrara N., Frigerio L., Liardo G.), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma; 2013, Mosaico di mafie e antimafia – Dossier 2013 – L'altra 'ndrangheta in Emilia-Romagna, (a cura di S. Della Volpe, L. Frigerio, G. Liardo), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma; 2015, Mosaico di mafie e antimafia – Dossier 2014/15 – Aemilia: un terremoto di nome 'ndrangheta, (a cura di S. Della Volpe, L. Frigerio, G. Liardo), Rapporto predisposto per l'Assemblea Legislativa dell'Emilia-Romagna, Roma; 2019, Corruzione sepolta – Bologna tra dinamiche corruttive e strumenti anticorruzione Dicembre 2019 – Libera informazione

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

L'analisi si suddivide in due parti che trattano rispettivamente:

- Il contesto sociale ed economico
- La presenza sul territorio di situazioni criminali e corruttive

1. Contesto sociale ed economico

Scenario economico-sociale a livello regionale

Il rallentamento dell'economia mondiale e, in particolare, del commercio estero a livello globale, sta penalizzando in misura più sensibile i Paesi a maggior vocazione export, Germania e Italia su tutti. E, all'interno del nostro Paese, sono le regioni più attive sui mercati esteri a essere maggiormente esposte alle incertezze e alle fragilità che caratterizzano lo scenario internazionale. L'Emilia-Romagna – seconda regione italiana per valore delle esportazioni e tra le prime regioni d'Europa per export per abitante – sembra corrispondere all'identikit della regione a forte rischio di "contagio internazionale". A ciò si aggiunge l'ormai trentennale ritardo con cui viaggia il "treno Italia" rispetto alle altre nazioni, croniche lacune strutturali e un'endemica debolezza della domanda interna contribuiscono a posizionare il nostro Paese agli ultimi posti al mondo per crescita economica. Eppure, nonostante questo scenario sfavorevole, il 2019 per l'economia dell'Emilia-Romagna dovrebbe chiudersi positivamente ed essere archiviato come un altro anno di crescita per l'economia regionale. Crescita a ritmo non sostenuto, con alcuni diffusi segnali di rallentamento, tuttavia sufficiente per confermare l'Emilia-Romagna al vertice delle regioni italiane per incremento del PIL nel 2019 e anche per il 2020. Esattamente come era avvenuto nel 2018, ancora locomotiva dell'arrancante "treno Italia". Secondo gli "scenari per le economie locali" di Prometeia, aggiornati a ottobre 2019, la crescita del prodotto interno lordo a fine 2019 rispetto all'anno precedente dovrebbe risultare pari allo 0,5 per cento, mentre per il 2020 si prevede un tasso di incremento più consistente (+1,1 per cento). È il settore delle costruzioni a contribuire maggiormente alla crescita del valore aggiunto regionale con una variazione nel 2019 rispetto al 2018 che dovrebbe attestarsi attorno al 3,9 per cento, mentre per industria e servizi si prevede un aumento dello 0,3 per cento. A sostenere il manifatturiero sono, ancora una volta, le esportazioni previste in crescita del 5 per cento. Variazione positiva anche per gli investimenti (+2,9 per cento), la domanda interna segnerà a fine anno un +1,1 per cento.

Buone notizie sul fronte occupazionale, si rafforza la dinamica evidenziata negli ultimi anni, nel 2019 il numero degli occupati è stimato in aumento di un ulteriore 2 per cento. Contestualmente il tasso di disoccupazione si ridurrà al 5,2 per cento nel 2019 e al 5,0 per cento nel 2020.

a) Il sistema imprenditoriale

Al 30 settembre 2019 le imprese attive in Emilia-Romagna erano poco più di 400mila, 2.875 in meno rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (-0,7 per cento), a fronte di un aumento del numero degli addetti nelle imprese dell'1,9 per cento. Le aziende straniere in Emilia-Romagna sono oltre 49mila, il 12 per cento del totale delle imprese regionali, il 2 per cento in più rispetto all'anno precedente. Le imprese

femminili costituiscono oltre un quinto del tessuto imprenditoriale regionale, il 14 per cento dell'occupazione. Variazioni ancora negative per quanto riguarda le imprese giovanili, diminuite nell'ultimo anno del 2 per cento in termini di aziende, mentre l'occupazione è cresciuta del 2 per cento. I dati sulla demografia d'impresa suddivisi per settore confermano e prolungano le dinamiche in atto da alcuni anni. Vi sono alcuni comparti interessati da una progressiva riduzione del numero di imprese, in particolare l'agricoltura, le costruzioni e il manifatturiero. In calo anche il commercio, flessione contenuta dalla crescita al suo interno della componente più rivolta al turismo, in particolare le attività legate all'alloggio e alla ristorazione. Crescono i servizi, sia quelli rivolti alle imprese sia quelli alle persone.

b) Lo stato dell'occupazione

Secondo l'indagine Istat sulle forze di lavoro, i primi nove mesi del 2019 si sono chiusi positivamente per l'occupazione in regione. Tra gennaio e settembre l'occupazione dell'Emilia-Romagna è mediamente ammontata a circa 2.031.000 persone, vale a dire oltre 26.000 occupati in più rispetto all'analogo periodo del 2017, per un incremento dell'1,3 per cento. Il tasso disoccupazione, che misura l'incidenza delle persone in cerca di occupazione sul totale delle forze di lavoro, nei primi nove mesi del 2019 è stato pari al 5,4 per cento (5,7% nel 2018). Il tasso di occupazione, nei primi nove mesi del 2019 ha raggiunto il 70,4 per cento (69,6% nel 2018).

c) La qualità del credito

Secondo i dati provvisori forniti dalla Banca d'Italia, la consistenza dei prestiti bancari concessi al complesso dell'economia regionale a fine settembre 2019 risultava in espansione dello 0,7 per cento rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente. Per quel che riguarda la qualità del credito, nei primi nove mesi del 2019 è proseguito il graduale miglioramento del credito erogato all'economia regionale.

2. Profilo criminologico del territorio dell'Emilia-Romagna

Fin dalla metà degli anni Novanta del secolo scorso, le attività di ricerca realizzate dalla Regione Emilia-Romagna hanno permesso di ricostruire un quadro articolato della presenza delle organizzazioni criminali in regione e di comprendere le strategie adottate da tali organizzazioni nello spostamento e nell'insediamento di uomini nel territorio per condurre attività lecite e illecite e organizzare i traffici illegali.

A differenza di altre regioni del Nord Italia, il controllo del territorio da parte di organizzazioni criminali in Emilia-Romagna risulta ancora assente, mentre la loro attività principale e più remunerativa è costituita dai traffici illeciti, in particolare dal traffico di stupefacenti. Le altre attività rilevanti delle mafie in Emilia-Romagna riguardano l'edilizia pubblica e privata, il movimento terra e autotrasporti, l'usura, il recupero crediti, la gestione e il controllo illegale del gioco d'azzardo, le estorsioni, l'intestazione fittizia di beni e il riciclaggio.

La ricerca sul territorio pone in evidenza l'importanza assunta da elementi di origine locale nel favorire l'ingresso di attività criminali organizzate nel territorio regionale. 'Ndranghetisti e casalesi, afferenti alle due organizzazioni criminali più significative in Emilia-Romagna, puntano alla mimetizzazione sociale, a non richiamare l'attenzione e a passare inosservati. In altre parole, le organizzazioni mafiose hanno adottato meccanismi di infiltrazione diversi da quelli tradizionali al fine di rendersi assai più invisibili e quindi anche più difficilmente decifrabili. La loro azione in tal modo si confonde spesso con quella di operatori che si muovono nella legalità.

Le realtà territoriali più vulnerabili, ma anche quelle più studiate e conosciute, sono quelle di Reggio Emilia e Modena, dove le indagini confermano la presenza di 'ndranghetisti e casalesi nei cantieri edili. È l'edilizia, infatti, il settore più vulnerabile all'infiltrazione mafiosa in Emilia-Romagna e dove i processi di corruzione e di condizionamento della criminalità organizzata sono più visibili e consolidati, come dimostrato anche dall'inchiesta Aemilia, il cui impianto accusatorio è stato recentemente confermato nel primo grado di giudizio.

Parma è la città in cui si segnala una presenza significativa di Cosa nostra, con cellule collegate alla famiglia Panepinto di Bivona (AG), per il resto poco presente nel territorio regionale.

Negli ultimi tempi alle presenze mafiose italiane si sono aggiunti sodalizi criminali d'origine straniera, in particolare albanese e nigeriana, attivi principalmente nel traffico di stupefacenti e nella tratta di esseri umani finalizzata allo sfruttamento della prostituzione.

Anche nel mercato immobiliare si segnala nella regione un notevole attivismo delle cosche mafiose, in particolare nella città di Bologna. Si tratta di un settore strategico, che consente di reinvestire capitali illeciti ed acquisire patrimoni immobiliari, in genere utilizzando acquirenti fittizi. Anche in questo caso si rivela fondamentale il ruolo giocato da "faccendieri" locali e prestanome nel mondo delle professioni. Il riciclaggio risulta così essere una delle attività più fiorenti della criminalità organizzata in Emilia-Romagna e si manifesta attraverso acquisti di attività commerciali, imprese ed immobili.

Anche l'area della Romagna è stata interessata da una crescente infiltrazione delle mafie, come testimoniano le diverse inchieste condotte dall'autorità giudiziaria. Nella riviera romagnola, ed in particolare nella provincia di Rimini, le mafie si sono concentrate in attività legate al narcotraffico, gioco d'azzardo, recupero crediti, usura, estorsioni, gestione di locali notturni, intestazione fittizia di beni e riciclaggio.

Ancora negli anni più recenti il controllo del mercato degli stupefacenti in Emilia-Romagna assume una rilevanza fondamentale per le organizzazioni criminali. È infatti da questa attività che tali organizzazioni criminali traggono la porzione più consistente dei loro profitti, da reinvestire poi in parte anche nelle attività del mercato legale attraverso complesse attività di riciclaggio.

Secondo i dati pubblicati dalla Direzione centrale per i servizi antidroga del Ministero dell'Interno, negli ultimi dieci anni (dal 2009 al 2018) in regione sono state eseguite dalle forze di polizia circa 18 mila operazioni antidroga (l'8% di quelle condotte a livello nazionale). In seguito a queste operazioni sono state segnalate all'Autorità giudiziaria circa 26 mila persone, di cui oltre la metà di origine straniera (va detto a questo proposito che molti soggetti stranieri sono presenti nella parte terminale della catena del narcotraffico, ovvero nell'attività di spaccio, ma questo non esclude che le organizzazioni criminali straniere ricoprano anche ruoli significativi in questo lucroso mercato). Inoltre, da queste operazioni sono state sequestrate oltre 26 mila chili di sostanze stupefacenti - 26 tonnellate -, pari al 4% di quanto è stato sequestrato a livello nazionale, di cui circa l'80% di hashish e marijuana e la parte rimanente di eroina e cocaina. Se alla quantità di sostanze appena ricordate si aggiunge la quantità di droghe sintetiche anch'esse sequestrate (e qui non conteggiate), oltre alla quota di sostanze - ragionevolmente preponderante - immessa sul mercato perché non intercettata dalle forze di polizia possiamo immaginare quanto sia vasto il mercato delle droghe nella nostra regione e quanto significativi i ricavi per le organizzazioni criminali che lo gestiscono, i quali, come si è detto, vengono ripuliti e reinvestiti in attività legali spesso grazie anche al coinvolgimento di esponenti della c.d. area grigia.

Il riciclaggio dei capitali illeciti è infatti l'attività terminale per bonificare i capitali provenienti da tutta una serie di attività criminali e che avviene attraverso più fasi e una molteplicità di canali che si vanno sempre di più affinando e moltiplicando man mano che aumentano gli strumenti per contrastarlo: dalla immissione dei capitali nel circuito finanziario attraverso banche, società finanziarie, uffici di cambio, centri off-shore e altri intermediari, alla loro trasformazione in oro, preziosi, oggetti di valore, assegni derivanti da false vincite al gioco, ecc., fino appunto all'investimento in attività lecite a ripulitura avvenuta.

Nel corso degli ultimi decenni l'attività di contrasto alla criminalità organizzata si è molto concentrata sull'attacco ai capitali di origine illecita e ciò è avvenuto anche grazie al supporto di un sistema di prevenzione che è un importante complemento all'attività di repressione dei reati, intercettando e ostacolando l'impiego e la dissimulazione dei relativi proventi. In questo sistema di prevenzione l'Unità di Informazione Finanziaria (UIF), istituita presso la Banca d'Italia dal d.lgs. n. 231/2007 (che è la cornice legislativa antiriciclaggio in Italia), è l'autorità incaricata di acquisire i flussi finanziari e le informazioni riguardanti ipotesi di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo principalmente attraverso le segnalazioni di operazioni sospette trasmesse da intermediari finanziari, professionisti e altri operatori; di dette informazioni l'UIF effettua l'analisi finanziaria, utilizzando l'insieme delle fonti e dei poteri di cui dispone, e valuta la rilevanza ai fini della trasmissione agli organi investigativi e della collaborazione con l'autorità giudiziaria, per l'eventuale sviluppo dell'azione di repressione.

Secondo i dati pubblicati annualmente da questo organismo, negli ultimi dieci anni (dal 2009 al 2018) in Emilia-Romagna sono state segnalate all'UIF quasi 50.000 operazioni sospette di riciclaggio, pari al 10% di tutte le segnalazioni avvenute nel territorio nazionale. Osservandone l'andamento nel tempo, va detto che il numero di segnalazioni è aumentato costantemente in Emilia-Romagna e nel resto dell'Italia, e ciò va interpretato sicuramente come un possibile tentativo di espansione criminale nell'economia legale, ma probabilmente anche di una accresciuta sensibilità e attenzione per il problema del riciclaggio da parte dei soggetti che sono incaricati a trasmettere le segnalazioni all'UIF, ovvero principalmente degli operatori finanziari e in second'ordine dei professionisti (basti pensare che dal 2009 al 2018 il numero di segnalazioni è quasi quintuplicato sia in regione che in Italia).

Un andamento simile del fenomeno, seppure con numeri sensibilmente inferiori rispetto alle segnalazioni all'UIF, lo si riscontra nei dati delle denunce delle forze di polizia (i dati della delittuosità), secondo i quali i reati di riciclaggio in regione sono cresciuti costantemente negli ultimi dieci anni, passando dalle 95 denunce del 2009 alle 124 del 2018. Ciò detto, va tuttavia rilevato che nel decennio in esame la regione ha detenuto costantemente tassi di reato di riciclaggio inferiori alla media nazionale. Nell'ultimo anno (il 2018), ad esempio, la regione ha registrato un tasso di 2,8 denunce per riciclaggio ogni 100.000 abitanti a fronte di un tasso nazionale pari a 3,1 denunce ogni 100.000 abitanti. Naturalmente si riscontrano differenze sostanziali fra le diverse province della regione. Modena soprattutto, ma anche Ravenna e Rimini sono i territori della regione dove l'incidenza di questo reato è maggiore quasi costantemente. Nell'ultimo anno, ad esempio, il tasso per il reato di riciclaggio di Modena è risultato di 7,4 ogni 100 mila abitanti e quello di Ravenna di 3,8 a fronte di un tasso medio regionale di 2,8 ogni 100 mila abitanti.

Come è noto, i capitali illeciti, una volta ripuliti attraverso complesse operazioni finanziarie realizzate da professionisti spesso a servizio esterno delle organizzazioni criminali, altre volte strutturati al loro interno, sono immessi nell'economia legale e utilizzati per l'acquisto di attività economiche, immobili e, quando necessario, per corrompere pubblici funzionari o condizionare la politica.

Quello della corruzione è un fenomeno difficile da misurare non solo perché è difficile definirne correttamente i contorni, ma perché presenta anche, come è ovvio, un elevatissimo sommerso. Tuttavia, se

ci si limita a osservare i delitti commessi negli ultimi anni in Emilia-Romagna da pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione, anche in questo caso si può notare una crescita non trascurabile del fenomeno. In particolare, dal 2011 al 2017 (che è l'ultimo anno per cui si dispone dei dati dell'Autorità giudiziaria), i procedimenti per i reati di questo tipo per i quali l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale sono stati 2.317 (il 5% di quelli definiti in tutti i distretti giudiziari del paese). Va precisato che per quasi il 70% di questi procedimenti si è trattato di violazioni dei doveri d'ufficio e abusi, mentre la restante parte riguardava reati più strettamente collegati ai fenomeni corruttivi. In particolare, nel settennio in esame l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale per 341 procedimenti riguardanti delitti di peculato, 237 di malversazione, 66 di concussione e 154 di corruzione vera e propria.

Non trascurabile, infine, è il numero di soggetti condannati con sentenza irrevocabile per avere commesso tali reati. In particolare, 949 sono i pubblici ufficiali che dal 2011 al 2017 sono stati condannati per avere commesso delitti contro la pubblica amministrazione, di cui 159 per peculato, 16 per malversazione, 54 per concussione e 93 per corruzione.

Da un punto di vista sanitario si registra nel 2019 l'inchiesta Corruzione sepolta a Bologna, che tocca il mondo delle onoranze funebri, mostrando in modo molto chiaro come questa area rimanga al alto rischio corruttivo.

Procedimenti penali per i quali l'Autorità giudiziaria ha iniziato l'azione penale e condannati con sentenza irrevocabile dal 2011 al 2017 in Emilia-Romagna per delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione (valori assoluti)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Totale
PROCEDIMENTI PENALI								
Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	339	301	292	304	312	339	430	2.317
di cui:								
delitti di peculato	34	41	55	59	52	56	44	341
delitti di malversazione	6	7	13	8	22	33	148	237
concussione	13	9	13	12	6	9	4	66
delitti di corruzione	27	20	30	26	15	16	20	154
CONDANNATI CON SENTENZA DEFINITIVA								
Delitti dei pubblici ufficiali contro la pubblica amministrazione	172	151	114	143	145	124	100	949
di cui:								
delitti di peculato	16	31	20	19	21	30	22	159
delitti di malversazione	1	0	0	1	4	6	4	16
concussione	12	9	6	6	5	13	3	54
delitti di corruzione	13	13	13	18	9	8	19	93

Attività di contrasto sociale e amministrativo

Con l'adozione della L.R. 18/2016 la Regione Emilia-Romagna ha dedicato una particolare attenzione ai progetti di promozione della legalità. Sono incentivate tutte le iniziative per la promozione della cultura della legalità sviluppate d'intesa con i diversi livelli istituzionali, ivi incluse le società a partecipazione regionale, che comprendono anche il potenziamento dei programmi di formazione del personale e lo sviluppo della trasparenza delle pubbliche amministrazioni.

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

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

Ulteriori misure specifiche vengono adottate per il settore dell'autotrasporto e facchinaggio, con il potenziamento dell'attività ispettiva e di controllo negli ambiti della logistica, e in quelli del commercio, turismo, agricoltura e della gestione dei rifiuti, anche al fine di contrastare i fenomeni del caporalato e dello sfruttamento della manodopera (artt. 35-42). Viene favorita poi una maggiore condivisione di informazioni sui controlli da parte dei corpi deputati alla protezione del patrimonio naturale, forestale e ambientale in genere, oltre al maggiore sostegno alle attività della rete del lavoro agricolo, cercando di prevenire l'insorgenza di fenomeni illeciti all'interno del contesto agricolo.

Recentemente la Giunta regionale, con propria delibera n. 2151 del 22/11/2019 ha approvato il Piano integrato delle azioni regionali per la promozione della cultura della legalità e della cittadinanza responsabile e la prevenzione del crimine organizzato e mafioso e dei fenomeni corruttivi relativo al biennio 2020/2021, ai sensi dell'art. 3 della L.R. 28 ottobre 2016, n. 18 "Testo unico per la promozione della legalità e per la valorizzazione della cittadinanza e dell'economia responsabili".

Per quanto attiene specificatamente le strategie regionali di prevenzione e di contrasto dell'illegalità all'interno dell'amministrazione regionale e delle altre amministrazioni pubbliche, la Regione - in base all'art. 15 della l.r. n. 18 del 2016 - ha promosso l'avvio di una "Rete per l'Integrità e la Trasparenza", ossia una forma di raccordo tra i Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza delle amministrazioni del territorio emiliano-romagnolo (<http://legalita.regione.emilia-romagna.it/rete-trasparenza>).

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

La Rete, a cui hanno aderito, ad oggi, ben 195 enti, permette ai relativi Responsabili della prevenzione della corruzione e della Trasparenza di affrontare e approfondire congiuntamente i vari e problematici aspetti della materia, creando azioni coordinate ed efficaci, pertanto, di contrasto ai fenomeni corruttivi e di cattiva amministrazione nel nostro territorio.

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

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

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

In relazione all'art. 34, della L.R. n. 18/2016, è continuata l'attività relativa all'aggiornamento dell'Elenco di merito degli operatori economici del settore edile e delle costruzioni. La formazione dell'Elenco di merito, che conta ad oggi 1.506 imprese iscritte, persegue due principali finalità: a) la prima è rivolta alla costituzione di una banca dati a cui le Stazioni Appaltanti, i Comuni, i committenti, i professionisti ed i cittadini possono attingere per affidare incarichi alle imprese; b) la seconda riguarda l'attuazione del principio della semplificazione offrendo la possibilità, ove si realizzino le condizioni normative ed organizzative, di non dover ripresentare i medesimi documenti previsti per altri adempimenti.

È stato aggiornato e adeguato al nuovo Codice degli appalti pubblici D. Lgs. 50/2016 e ss.mm. il sistema informativo SITAR, ora denominato SITAR 2.0; l'Osservatorio regionale, quindi, con il nuovo sistema informativo, a partire dagli ultimi mesi del 2017, ha svolto in modo più efficace la propria attività di monitoraggio dell'intero ciclo di realizzazione degli appalti pubblici dalla fase di programmazione a quella del collaudo, tenendo conto delle sue specificità in relazione alla tipologia e all'importo. Il SITAR 2.0 permette inoltre di assolvere in modo unitario alle diverse esigenze di monitoraggio dei vari organismi legalmente deputati, concentrando in un'unica banca dati le diverse informazioni e semplificando l'azione di invio, realizzando quindi il monitoraggio previsto dal Codice dei contratti pubblici in modo completamente informatico e rendendolo più efficiente e meno gravoso per i soggetti coinvolti.

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

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

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

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

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

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

Con la sottoscrizione di accordi di programma, la Regione poi ha sostenuto un ampio spettro di azioni nell'ambito della promozione della cultura della legalità: interventi di sensibilizzazione e formativi, specialmente per i più giovani; costituzione di "Centri per la legalità"; attivazione di Osservatori locali sulla criminalità organizzata e per la diffusione della cultura della legalità. Ne è stata sostenuta la creazione: nella provincia di Rimini, nella Città Metropolitana di Bologna, nelle amministrazioni comunali di Forlì e Parma e nelle Unioni Terre d'Argine (MO) e Tresinaro Secchia (RE).

In materia forestale, a livello legislativo, con l'introduzione dell'art. 3 della L.R. 18 luglio 2017, n. 16 («Disposizioni per l'adeguamento dell'ordinamento regionale in materia ambientale e a favore dei territori

colpiti da eventi sismici») è stato modificato l'art. 15 della L.R. n. 30/1981 prevedendo che ai fini dello svolgimento delle funzioni di vigilanza e accertamento delle violazioni del Regolamento forestale, spettanti ai Comuni e alle loro Unioni, la Regione promuove le forme di collaborazione di cui all'articolo 42 della L.R. 18/2016 con l'Arma dei Carabinieri e con gli altri soggetti preposti, e che analoghe forme di collaborazione, per le medesime finalità, possono essere attivate dagli enti competenti in materia forestale e dagli enti di gestione delle aree protette e dei siti della Rete natura 2000.

Con l'approvazione del nuovo Regolamento Forestale Regionale n. 3/2018 (in vigore dal 15/9/2018) e delle relative disposizioni attuative dedicate al funzionamento del sistema telematico regionale (con deliberazione di Giunta regionale n. 1437 del 10/9/2018) è stata completata la regolazione del nuovo sistema, attraverso il quale le autorizzazioni rilasciate dagli enti competenti e le comunicazioni presentate dagli interessati sono autonomamente rese disponibili ai soggetti e alle autorità preposti alle attività di controllo, preventivamente abilitati per l'esercizio delle loro funzioni.

Il sistema così impostato è uno strumento di efficienza e semplificazione non solo nella gestione delle autorizzazioni e delle comunicazioni relative agli interventi forestali, ma anche nel monitoraggio e nel controllo degli stessi. Dal 15/9/2018 (data di entrata in vigore del nuovo Regolamento forestale) ad oggi, attraverso il sistema telematico regionale sono stati gestiti più di 4.000 procedimenti, relativi a interventi che hanno complessivamente interessato circa 9.000 ettari del territorio regionale.

4.2. Contesto interno

4.2.1. Struttura organizzativa dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

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

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

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

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

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

- chirurgia dell'arto superiore

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

- la Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM);
- il Centro di riferimento per le malattie rare scheletriche;
- la gestione del Registro Regionale di Implantologia Protetica Ortopedica (RIPO).

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

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

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

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

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

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

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

- nel 2010, la centralizzazione delle funzioni di acquisto di beni e servizi con la nascita del Servizio Acquisti Metropolitan (SAM);
- nel 2015, l'unificazione dei servizi amministrativi in ambito metropolitano che ha portato all'istituzione del Servizio Unico Metropolitan Amministrazione Personale (SUMAP, ora SUMAEP e SUMAGP), del Servizio Unico Metropolitan Contabilità e Finanza (SUMCF) e del Servizio Unico Metropolitan Economato (SUME);
- nel 2016, la cessione del ramo d'azienda e la contestuale partecipazione dello IOR al Laboratorio Unico Metropolitan (LUM);
- nel 2017, la creazione della Medicina del Lavoro Interaziendale;
- nel 2018, la cessione del ramo d'azienda e l'adesione al Servizio Trasfusionale Unico Metropolitan (TUM)

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

In una logica di massimizzazione delle economie di scala e di prevenzione dell'infiltrazione di associazioni di stampo mafioso, 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 e, anche il Dipartimento Rizzoli-Sicilia

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

Sempre nell'ambito dei servizi di supporto, nel 2018 l'Istituto ha aderito al Dipartimento Interaziendale metropolitano sull'Anatomia Patologica (DIAP), tuttora in fase sperimentale.

Nel 2018 si è concluso il lavoro del Nucleo Tecnico di Progetto avviato ai sensi dell'Accordo di Programma per le Integrazioni, istituito con DGR RER n. 743/2017 e 841/2017. Il documento prodotto dal Nucleo è stato presentato alle Aziende e agli *stakeholders* istituzionali nel 2018; a seguito di tale presentazione sono stati attivati tavoli di lavoro su tematiche specifiche composti dai professionisti delle quattro aziende coinvolte.

L'Istituto partecipa inoltre al tavolo sull'ortopedia metropolitana, coordinato dal Direttore dell'Area Assistenza Ospedaliera dell'Assessorato Regionale alle Politiche per la Salute, e ai tavoli sull'area oncologica, sull'area reumatologica e sui servizi diagnostici di supporto.

Nel 2018 si è completata la riorganizzazione dei Dipartimenti Patologie Ortopediche Complesse e Patologie Ortopediche Specialistiche, con la contestuale riorganizzazione del Dipartimento RIT – *Research, Innovation*

& Technology, conclusa nel 2019. Tale riorganizzazione è stata formalizzata nel nuovo Regolamento dei Dipartimenti deliberato nel 2018.

Si è inoltre potenziata l'infrastruttura a supporto della Ricerca attraverso la definizione di articolazioni organizzative in staff alla Direzione Scientifica.

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

In relazione alla specifica area della Ricerca, l'Istituto nell'anno 2018 ha provveduto a riprogrammare le linee di ricerca coerentemente col nuovo Programma Nazionale della Ricerca Sanitaria (PNRS)¹¹ attraverso una programmazione triennale di Linee di ricerca composte da progetti istituzionali afferenti all'area di riconoscimento del carattere scientifico (ortopedia). Con il decreto direttoriale dell'8 giugno 2018 sono stati approvati gli indirizzi dell'attività di Ricerca Corrente per il triennio 2018-2020 dell'Istituto:

1. oncologia
2. linea chirurgia innovativa protesica
3. linea medicina riparativa e rigenerativa
4. linea patologie infiammatorie, infettive, degenerative e genetiche

La novità organizzativa di questo nuovo periodo di programmazione è stato l'affidamento della responsabilità di Linea a due diverse figure professionali: un clinico e un ricercatore. Questo tipo di scelta ha dimostrato, sul campo, di essere efficace in quanto già in fase di progettazione e programmazione dei progetti esecutivi per l'anno 2018 si è potuto notare un lavoro di sintesi fra ricerca e assistenza. A supporto delle Linee di ricerca è stata definita una funzione in Direzione Scientifica denominata *Applied Translation Research* che, con un gruppo di clinici e ricercatori, supporta i laboratori e le cliniche nella produzione scientifica, sviluppando progetti e sperimentazioni trasversali su obiettivi strategici di Istituto. Ogni linea produce ogni anno un esito scientifico misurabile in impact factor che viene presentato al Ministero.

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

¹¹ Il PNRS ha la funzione strategica di individuare le linee di indirizzo utili al potenziamento del sistema di ricerca finalizzato al miglioramento della salute della popolazione attraverso la sperimentazione, il confronto e la diffusione di strategie di cura nonché di modalità di funzionamento, gestione ed organizzazione dei servizi sanitari e delle pratiche cliniche, utili a migliorare l'integrazione multi professionale anche per il supporto alla prevenzione, al governo clinico, alla continuità assistenziale, al mantenimento dell'avanguardia nella diagnostica e alla comunicazione con i cittadini.

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

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

Dal punto di vista meramente quantitativo il peso dell'Istituto in ambito provinciale e regionale è abbastanza contenuto. Al 1° gennaio 2019 l'Istituto è dotato 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 casi dimessi complessivamente nelle tre sedi sono circa 22.000 provenienti da tutte le regioni italiane.

All'attività di ricovero, inoltre, si affianca l'attività di specialistica ambulatoriale: oltre 122.000 prestazioni ambulatoriali in regime di SSN nelle sedi bolognesi a cui si aggiungono più di 26.000 accessi di Pronto Soccorso; circa 13.000 prestazioni specialistiche ambulatoriali presso la sede di Bagheria in regime SSN.

Nel 2018 il Bilancio d'Esercizio evidenzia un valore della produzione di oltre 166 milioni di euro. La spesa per acquisto di beni e servizi è risultata pari a circa 72 milioni di euro (occorre considerare che per l'anno 2018 il livello di aggregazione degli acquisti di beni e servizi si attesta circa all'81% considerando gli acquisti effettuati attraverso IntercentER, Consip e Area Vasta/SAM).

Per quanto concerne poi la dimensione organizzativa, in termini di dotazione di personale, l'Istituto conta 1.424 unità di personale, di cui 1.332 dipendenti ed il costo del personale è pari a circa 60,9 milioni di euro. Si riporta di seguito la carta d'identità del personale IOR, nonché il prospetto assunti e cessati dal quale si evince l'incremento del personale dipendente conseguito al processo di assunzione del personale della ricerca in esito alla prima fase del percorso della cd. piramide dei ricercatori.

PERSONALE DELL'AZIENDA

<i>Tipologia contrattuale</i>	2019	2019 IRCCS Bologna	2019 Rizzoli - Sicilia
Personale dipendente dell'istituto	1332	1250	82
Personale universitario	20	20	0
Altro personale :			
di cui Interinale	33	22	11
di cui Borsisti	6	6	
di cui Co.Co.Co	9	9	
di cui Contratti libero-professionali	24	20	4
Totale	1424	1327	97

PERSONALE DIPENDENTE PER CATEGORIA - tempo indeterminato

<i>Categoria</i>	2019			
	totale		di cui part-time	
	m	f	m	f
MEDICI	114	60		2
ALTRI DIRIGENTI	17	49		1
PERSONALE INFERMIERISTICO	123	335		15
PERSONALE SANITARIO DELLA RICERCA	0	0		0
PERS.TECNICO SANITARIO	28	38	1	1
PERS.DELLA RIABILITAZIONE	15	29		3
OSS, AUSILIARI, ALTRO	46	105		11
ALTRO PERSONALE TECNICO	49	57	3	7
PERSONALE AMMINISTRATIVO	22	127		17
TOTALE	414	800	4	57

PERSONALE DIPENDENTE PER CATEGORIA - tempo determinato

<i>Categoria</i>	2019			
	totale		di cui part-time	
	m	f	m	f
MEDICI	8	10		
ALTRI DIRIGENTI	3	3		
PERSONALE INFERMIERISTICO	4	10		
PERSONALE SANITARIO DELLA RICERCA	15	36		3
PERS.TECNICO SANITARIO		3		
PERS.DELLA RIABILITAZIONE	1			
OSS, AUSILIARI, ALTRO	4	3		

ALTRO PERSONALE TECNICO	5	8		
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2	3		
TOTALE	42	76	0	3

PERSONALE DIPENDENTE TUTTO per fasce d'età

Categoria	2019								
	IRCCS Bologna		Rizzoli Sicilia		<35	35-44	45-54	55-64	>=65
	m	f	m	f					
MEDICI	108	64	14	6	26	65	41	50	10
ALTRI DIRIGENTI	20	51		1		12	29	30	1
PERSONALE INFERMIERISTICO	104	314	23	31	112	128	138	92	2
PERSONALE SANITARIO DELLA RICERCA	15	36			11	28	10	2	
PERS.TECNICO SANITARIO	28	41			20	17	17	15	
PERS.DELLA RIABILITAZIONE	15	25	1	4	18	8	15	4	
OSS, AUSILIARI, ALTRO	50	107		1	15	43	55	43	2
ALTRO PERSONALE TECNICO	54	65			8	13	42	52	4
PERSONALE AMMINISTRATIVO	24	129		1	4	15	48	87	
TOTALE	418	832	38	44	214	329	395	375	19

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

La struttura organizzativa dell'Istituto è descritta nell'Atto Aziendale, nel Regolamento Organizzativo Rizzoli e nei regolamenti ad esso allegati.

Nell'Atto Aziendale sono presenti i principi generali dell'assetto di governo dell'Istituto mentre il Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR) descrive il modello organizzativo a livello macro (Dipartimenti), i meccanismi operativi di governo clinico e di governo organizzativo e il sistema documentale.

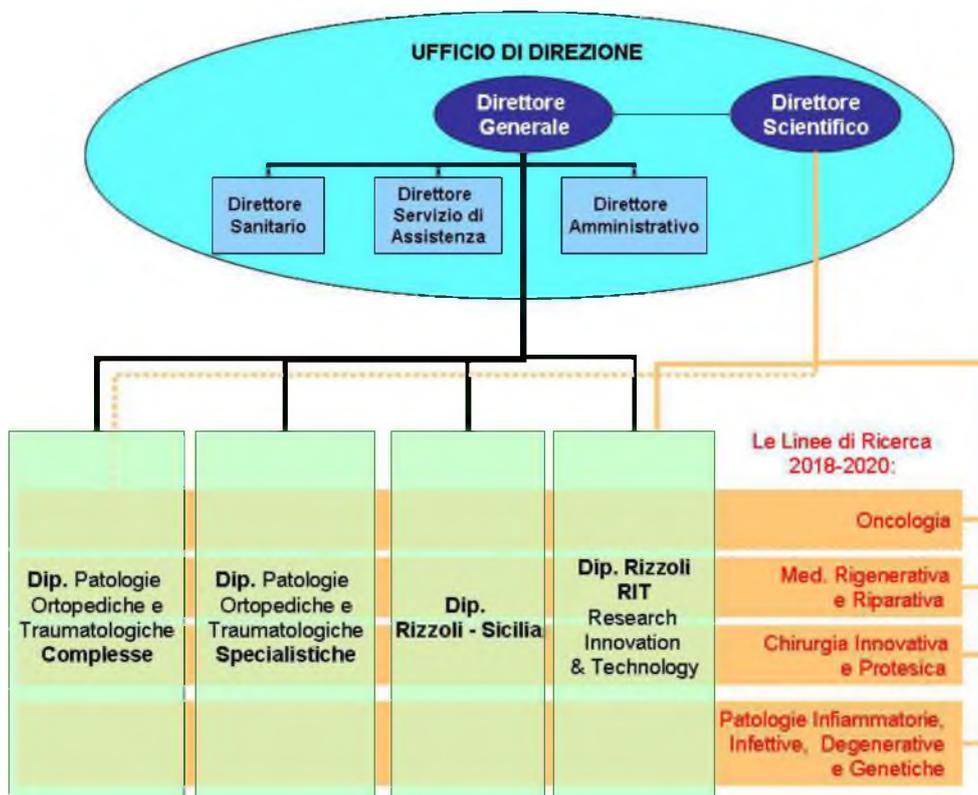
I Dipartimenti rappresentano la struttura organizzativo-gestionale dell'Istituto e sono la sede in cui si esercitano il governo clinico e la ricerca. Essi hanno la caratteristica di gestire le risorse loro attribuite, sia in termini di personale che di beni e servizi, e perseguono finalità di integrazione professionale, organizzativa e logistica. La struttura dipartimentale adottata dall'Istituto risponde all'esigenza di un alto livello di integrazione tra ricerca e assistenza tipica di un IRCCS, nonché tra componente ospedaliera e universitaria.

In particolare, i Dipartimenti, cui afferiscono sia Laboratori di Ricerca che Strutture a prevalente attività assistenziale, presentano un alto livello di integrazione con la componente universitaria e sono qualificabili come Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI). I Dipartimenti ad Attività Integrata dell'Istituto Ortopedico Rizzoli sono:

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

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

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



4.1.1. Mappatura dei processi

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

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

Per una più adeguata ponderazione dei potenziali rischi si è proceduto alla disamina della documentazione predisposta dall'Istituto quale l'Atto aziendale, i regolamenti, le procedure, le delibere e di ogni altra documentazione ritenuta utile al fine di collegare correttamente i rischi di corruzione ai processi organizzativi.

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

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

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

In particolare si specifica che:

- a seguito della intervenuta valutazione positiva relativamente ai progetti di consolidamento dell'assetto organizzativo e di funzioni dei Servizi Unici Metropolitani Amministrazione del Personale (nelle due SC dedicate l'una all'Amministrazione Giuridica e l'altra all'Amministrazione Economica), Contabilità e Finanza ed Economato, e al recepimento delle relative convenzioni specifiche, si proseguirà con l'analisi e la mappatura delle relative attività, in collaborazione con gli RPCT dell'area metropolitana; in particolare sono in corso riflessioni in merito alle funzioni conferite all'Azienda USL di Bologna, alle deleghe e alle correlate responsabilità in capo a tutte le aziende, nonché ai rispettivi RPCT. Tali problematiche richiedono un'attività distribuita nel tempo al fine di effettuare una corretta analisi dei processi ed individuare modalità comuni di lavoro, in particolare per quanto riguarda la fase di monitoraggio;
- la libera professione è interessata da un processo di riorganizzazione in corso al termine del quale si provvederà ad aggiornare la relativa mappatura alla luce delle modifiche organizzative e operative intervenute;

- la gestione del contenzioso e delle richieste di risarcimento verrà aggiornata, alla luce dell'avvenuto ingresso dell'Istituto nel programma regionale di gestione diretta dei sinistri, al fine di ponderare i rischi specifici prodotti da tale tipo di gestione; sul punto si specifica che, con specifico riferimento all'obbligo di comunicazione all'esercente la professione sanitaria del giudizio basato sulla responsabilità (art. 13 Legge Gelli) e agli obblighi di pubblicità in capo alle strutture sanitarie pubbliche (artt. 4 c. 3 e 10 c. 4 Legge Gelli), la Regione ha posticipato il termine per l'adeguamento delle procedure aziendali di gestione diretta dei sinistri alla Circolare RER 12/2019 al 12 marzo 2020: si attenderà pertanto il completamento di tale aggiornamento delle procedure al fine di rivisitare e adeguare la relativa mappatura;

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

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

5. IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

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

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

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

AREE GENERALI

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

- Affari legali e contenzioso

AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

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

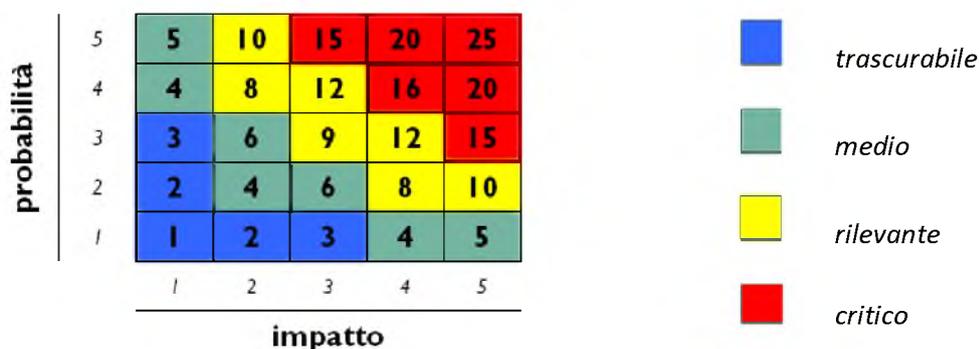
L'analisi condotta nel corso degli anni ha preso in considerazione i possibili rischi, le misure preventive già in atto e quelle da attuare ai fini di prevenzione e/o contenimento del fenomeno corruttivo, i tempi di attuazione, le responsabilità e il monitoraggio. A tutt'oggi sono stati mappati n. 33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

Quanto alla valutazione dei processi, ai fini della catalogazione dei rischi, si è seguita in un primo momento la metodologia contenuta nell'allegato 5) del PNA 2013 che, dettagliando gli indici di *probabilità* e di *impatto* e fornendo la graduazione sia per il primo sia per il secondo, unitamente all'attribuzione di un punteggio a ciascuna risposta fornita, consente una consequenziale graduazione del rischio delle attività riconducibili alle aree individuate.

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

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

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



Tale metodologia è stata confermata anche per il presente Piano, in quanto gli esiti sono stati valutati conformi alla situazione di rischio presente nell'Istituto. Le indicazioni metodologiche contenute nel PNA 2019 costituiranno la base di partenza per l'aggiornamento futuro del PTPCT.

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

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

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

6.1. Misure Generali

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

6.1.1. Codice di Comportamento

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

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

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

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

Per quanto concerne il codice di comportamento dell’Istituto Ortopedico Rizzoli, occorre premettere che, a seguito delle linee guida ANAC agli enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'aggiornamento dei Codici di Comportamento, la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna ha attivato, tramite il Tavolo Regionale Permanente Anticorruzione e Trasparenza e coordinato dall'OIV regionale (prot. n. 18565 del 18/02/2016 e prot. n. 5965 del 24/05/2018) apposito sottogruppo di lavoro volto all'elaborazione di un Codice di Comportamento unico regionale per tutti i professionisti che operano nel Sistema Sanitario Regionale, finalizzato ad omogeneizzare i comportamenti, pur nel rispetto delle particolarità delle singole aziende. Molti articoli del nuovo Codice sono dedicati ai comportamenti da rispettare nello svolgimento di alcune attività esposte a rischio corruttivo nello specifico ambito sanitario (libera professione, gestione delle liste di attesa, sponsorizzazioni e attività formativa, attività conseguenti al decesso, rapporti con società farmaceutiche, sperimentazioni).

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

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

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

Tra le Azioni Positive da mettere in atto nel prossimo triennio, si proporranno già dal 2020 eventi formativi per la sensibilizzazione del personale sulle ricadute applicative dei doveri previsti dal Codice.

Si evidenzia che sono in corso di predisposizione da parte dell’ANAC delle nuove Linee guida in materia di Codice di Comportamento: pertanto IOR attenderà l’adozione di tale documento prima di procedere nell’anno 2020 ad una eventuale revisione del proprio Codice di Comportamento.

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

La tutela anticipatoria dei fenomeni corruttivi si realizza anche attraverso l'individuazione e la gestione del conflitto di interessi. La nozione di conflitto di interesse deve essere intesa in un'accezione ampia, come ogni situazione nella quale un interesse di un soggetto interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici e in contrasto con quanto stabilito dal Codice di comportamento aziendale. In sanità, in particolare, il conflitto di interessi si verifica quando un professionista "si trova in una condizione dove il giudizio relativo a un interesse primario tende ad essere influenzato da un interesse secondario, quale guadagno economico o altro vantaggio personale". L'entità del conflitto di interesse dipende dalla slealtà dell'influenza esterna, a prescindere dalle conseguenze che possano derivarne. Il conflitto di interesse emerge quando la rilevanza degli interessi secondari tende a prevalere su quelli primari rappresentati in sanità dai doveri etici, deontologici e legali di tutti i professionisti: la salute delle persone, l'integrità della ricerca, la formazione dei professionisti sanitari, l'informazione equilibrata e corretta dei pazienti. Il conflitto può essere:

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

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

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

Un'altra azione prevista per la prevenzione dei conflitti di interesse è poi la dichiarazione di assenza di conflitto di interessi che tutti i dipendenti (comparto, dirigenza e personale Universitario integrato) devono fornire all'atto della prima assegnazione al servizio e in caso di ogni successivo trasferimento o diverso incarico, e aggiornare annualmente, avente ad oggetto tutti i rapporti che lo stesso abbia o abbia avuto negli ultimi tre anni, a qualsiasi titolo, con soggetti esterni dai quali possa derivare un conflitto di interessi anche potenziale e/o comunque in qualunque modo retribuiti. Detta dichiarazione specifica per ciascun rapporto tutti gli eventuali emolumenti percepiti e/o benefici goduti, sia direttamente che indirettamente, e inoltre: a) se in prima persona, o suoi parenti o affini entro il secondo grado, il coniuge o il convivente abbiano ancora rapporti finanziari con il soggetto con cui ha avuto i predetti rapporti; b) se siano intercorsi

o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio, limitatamente alle attività a lui affidate. La dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, è rilasciata in forma completa, utilizzando il modulo predisposto dall'Istituto disponibile sul Portale del Dipendente nella sezione del menù "Dichiarazioni codice di comportamento". Nel corso del 2017 la RER ha infatti provveduto, in corrispondenza con la redazione del Codice di comportamento unico per i professionisti del SSR, all'implementazione del sistema informatizzato delle dichiarazioni attraverso il software di Gestione Risorse Umane (GRU) con la realizzazione di moduli relativi alle dichiarazioni sul conflitto di interesse, sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni, sull'astensione ecc ... da compilare annualmente, entro il 31/12 e ad ogni variazione contrattuale da parte di tutti i dipendenti delle aziende sanitarie regionali. La funzionalità del sistema è stata sperimentata nel corso del 2017, con i moduli relativi alle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti. La modulistica e le funzionalità del software sono state implementate nel corso del 2018 rendendo disponibili sul Portale del dipendente i moduli utili al rilascio della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, con obbligo di compilazione da parte di tutto il personale. Per agevolare l'adempimento in oggetto, nel 2019 è stata predisposta apposita informativa sulle modalità di compilazione delle predette dichiarazioni, diffusa sia tramite mail che mediante il Portale del dipendente.

Inoltre, da ottobre 2019, è stata resa disponibile nel portale una nuova funzionalità: accedendo alla suddetta sezione "Dichiarazioni codice di comportamento" è possibile confermare le dichiarazioni dell'anno precedente ove la condizione del dipendente sia rimasta immutata.

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

6.1.3. Conferimento incarichi extra-istituzionali

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

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

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

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

interesse; nello stesso regolamento sono poi individuate le attività che sono assolutamente vietate al dipendente.

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

Si dà infine atto che il suddetto Regolamento per lo svolgimento degli incarichi extraistituzionali è in corso di revisione, attesa l'esigenza dell'Istituto di aggiornare la disciplina alla luce delle modifiche organizzative e normative medio tempore intervenute, nonché alla luce del nuovo Codice di Comportamento dello IOR, ai fini di una chiara e organica regolamentazione in materia. Tra le modifiche che interverranno nel corso del 2020 vi sarà la ridefinizione della procedura di presentazione della richiesta di autorizzazione e del rilascio della stessa, atteso lo spostamento della relativa competenza dal servizio unificato all'ufficio interno dell'Istituto (Affari Legali e Generali); verrà di conseguenza aggiornata la modulistica per le richieste di autorizzazione degli incarichi, che sarà resa disponibile nel sito istituzionale alla sezione "modulistica e documenti".

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

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

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

L'Istituto, allo scopo di evitare tale rischio corruttivo, prevede che la stipula di contratti di qualsiasi natura sia integrata con la previsione dell'impossibilità a contrarre con i soggetti privati che si trovino nella fattispecie sopradescritta; è previsto altresì che il servizio unificato di gestione del Personale provveda, all'atto di cessazione del rapporto di lavoro, ad informare del divieto i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto dell'azienda sanitaria.

6.1.5. Inconferibilità di incarichi dirigenziali e incompatibilità

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

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

È pertanto fatto obbligo a tali soggetti di rilasciare, all'atto di nomina, una dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal decreto. Tale dichiarazione è condizione di efficacia dell'incarico. Inoltre, i medesimi soggetti devono rilasciare con cadenza annuale una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità alla carica ricoperta.

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

6.1.6. Rotazione del personale

La previsione normativa circa l'effettiva rotazione degli incarichi nelle aree nel cui ambito sia individuato un rischio di corruzione trova un limite oggettivo all'interno dell'istituto in considerazione dei seguenti elementi:

- a. Le oggettive difficoltà di assunzione delle unità previste nel Piano dei Fabbisogni del Personale per effetto della indisponibilità di graduatorie;
- b. le dimensioni dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- c. 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;
- d. l'ineludibilità, di conseguenza, di dover garantire non solo la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale e indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, ma la stessa garanzia degli standard prestazionali gravanti sugli apicali preposti alle medesime funzioni nelle aree a rischio.

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

- "In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta";
- "l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne";
- "ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel PTPCT con adeguata motivazione";
- "l'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli enti di più ridotte dimensioni. In

quest'ottica, la Conferenza Unificata Stato- Regioni, si impegna a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli enti interessati, finalizzate all'attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti nelle diverse amministrazioni”.

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 nell'ultimo triennio.

Quale misura preventiva è stata attuata puntualmente la rotazione dei funzionari in tutte le Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza, nonché nelle gare per lavori, beni e servizi.

Inoltre l'unificazione dei servizi amministrativi delle Aziende sanitarie di Bologna con creazione di uffici centrali concentrati nella stessa sede fisica e un'unica direzione, ha dato vita ad una rotazione non solo per la modifica di sede e di funzioni, ma anche per l'avvio di un percorso di rivisitazione trasversale delle funzioni e dell'assegnazione dei compiti dei dipendenti delle aziende sanitarie coinvolte nel progetto, producendo già di fatto una rotazione dei professionisti.

6.1.7. Tutela del *whistleblower*

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

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

L'Istituto Ortopedico Rizzoli con delibera n. 468 del 12 dicembre 2014 ha approvato il “Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e relative forme di tutela”. Il documento, in attuazione di quanto previsto dall'art.54-bis del D.lgs n. 165/2001 dal DPR 62/2013 “Codice di comportamento dei dipendenti della pubblica amministrazione”, fornisce ai dipendenti, comandati e collaboratori, a qualsiasi titolo, dell'Istituto, tutte le indicazioni e informazioni necessarie per segnalare le condotte illecite. Le segnalazioni devono essere inviate - utilizzando l'apposita modulistica - al Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza attraverso l'e-mail dedicata prevenzione.corruzione@ior.it. Il Responsabile assicura la

riservatezza dell'identità del segnalante, tutelandolo altresì da eventuali ritorsioni e comportamenti discriminatori a carico del *whistleblower*; lo stesso ha poi l'onere di informare la Direzione Generale, mentre è compito del Direttore del servizio aziendale interessato valutare la fondatezza della segnalazione e indicare al RPCT le proposte di eventuali misure correttive.

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

Lo sviluppo di tale piattaforma per l'Istituto Ortopedico Rizzoli è stato avviato dal servizio ICT a partire dal 2019 con l'obiettivo di renderla operativa nel 2020, in quanto si ritiene fondamentale dotarsi di uno strumento efficace e sicuro per le segnalazioni. Infine, allo scopo di adeguare la procedura di gestione delle segnalazioni di fatti illeciti alle novità introdotte dalla legge n. 179, l'Istituto adotterà un nuovo protocollo operativo non appena le Linee guida ANAC poste in consultazione saranno oggetto di approvazione. Fino ad allora continuerà a trovare applicazione il Protocollo IOR precedentemente adottato.

6.1.8. Formazione

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

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

I criteri di selezione dei dipendenti sono:

1. l'afferenza diretta all'attività individuata come 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.

Anche per l'anno 2019 sono stati assicurati corsi di formazione *in house* sulle principali tematiche anticorruzione e trasparenza.

Tra gli eventi formativi si segnalano in particolare l'evento AVEC sulla prevenzione della corruzione nell'area affidamento lavori, servizi e forniture (25/11/2019), la Giornata della Trasparenza incentrata sul tema della trasparenza e del diritto di accesso (22/11/2019), l'incontro organizzato dalla Rete per l'Integrità e la Trasparenza "Creare sinergie per migliorare i sistemi di prevenzione della corruzione nelle amministrazioni del territorio emiliano – romagnolo" (15/03/2019).

Nel 2020 è prevista la prosecuzione della formazione dedicata all'approfondimento dei temi correlati alla prevenzione della corruzione con particolare riferimento al settore sanitario.

6.1.9. Patti di integrità

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

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

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

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

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

6.2. Misure Specifiche

Si riportano di seguito le misure specifiche più significative che sono state adottate all'interno dell'Istituto o che sono in corso di perfezionamento/programmazione e che concorrono, con primaria attenzione alle specificità dell'ambito sanitario, a ridurre il verificarsi di eventi corruttivi e di cattiva gestione.

PERCORSO ATTUATIVO DELLA CERTIFICABILITÀ (PAC)

I Decreti Ministeriali 17 settembre 2012 e 1 marzo 2013 hanno avviato il percorso Attuativo della Certificabilità (cosiddetto "PAC") con l'obiettivo di conseguire la certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie. Le aziende devono pertanto strutturare processi amministrativo-contabili interni secondo un programma di attività definito dalle singole Regioni.

La Regione Emilia-Romagna, in particolare, ha introdotto il PAC presso le aziende sanitarie con la Delibera della Giunta Regionale n. 865 del 24 giugno 2013, successivamente modificata dalla DGR n. 150 del 23 febbraio 2015 a seguito della approvazione da parte del Ministero (22 ottobre 2014). Il PAC regionale 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 definisce i tempi di realizzazione delle stesse (cronoprogramma). Le delibere regionali di programmazione pongono il rispetto del PAC come obiettivo delle Direzioni Aziendali.

La realizzazione del programma di lavoro previsto dal "Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)" dei dati e dei bilanci delle aziende e degli enti del SSN è stata definita nell'Aggiornamento al 2015 del Piano Nazionale Anticorruzione quale "fondamentale strumento di controllo e di riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità".

Dal 2018 l'Istituto è stato impegnato in continuità agli esercizi precedenti:

- a recepire ed applicare eventuali integrazioni delle Linee Guida regionali;
- a proseguire nel progressivo perfezionamento degli strumenti e delle procedure tecnico contabili, migliorando ulteriormente i sistemi di rilevazione e di controllo, rafforzando ed uniformando le procedure amministrative, informative, contabili e di controllo interno, anche in vista dell'avvio del nuovo sistema informativo regionale per la Gestione dell'Area Amministrativo Contabile (GAAC);
- a proseguire il percorso per il superamento delle criticità emerse dai Monitoraggi Regionali sullo stato di attuazione del PAC a tutto il 2017;
- a recepire le osservazioni e i suggerimenti del Collegio Sindacale formulati in occasione delle Revisioni Limitate effettuate nel corso del 2016 e del 2017 e a proseguire il percorso per superamento delle criticità emerse nelle Revisioni stesse;
- ad aderire alle attività formative organizzate a livello regionale. La Legge Regionale 9/2018 del 16 luglio 2018 prevede all'art. 26 che l'Istituto debba costituire un sistema di audit interno per la verifica, il controllo, la revisione e la valutazione delle attività e delle procedure adottate, al fine di certificarne la conformità ai requisiti legali, alle linee guida e indirizzi regionali, nonché alle migliori pratiche applicate. La funzione di audit interno persegue l'obiettivo di indicare le necessarie azioni di revisione e integrazione delle procedure interne, anche amministrativo-contabili, non conformi. L'Istituto nel corso del 2017 ha aderito, con deliberazione 194 del 28/09/2017, al progetto audit che coinvolge tutte le Aziende sanitarie della provincia e - con nota prot. 8518/2018 del 17/07/2018 - è stato istituito il gruppo audit metropolitano che ha avviato i lavori predisponendo

una prima relazione sulle attività svolte. L'obiettivo relativamente all'istituzione del Sistema di audit interno pertanto è pari al 100%.

Si evidenzia infine che già dallo scorso anno, la valutazione dei rischi è stata effettuata sulla base dei criteri definiti all'interno delle procedure PAC in applicazione alle linee guida regionali approvate con DGR 1562 del 16/10/2017. Inoltre le consistenze dei fondi svalutazione sono state determinate conformemente a quanto previsto dalla procedura interaziendale PAC P-INT17; con specifico riferimento all'ambito della Libera Professione per l'utilizzo del fondo ALPI (L.189/2012-Legge Balduzzi) vengono applicate le linee guida regionali del PAC, che dedica nell'area tematica "debiti-costi - rilevazioni di fine esercizio" uno specifico paragrafo dedicato alla Balduzzi.

GESTIONE DELLE LISTE D'ATTESA

La riduzione dei tempi di attesa per la fruizione di visite mediche e/o esami diagnostici è uno degli obiettivi primari del Sistema Sanitario Nazionale, sicché risulta fondamentale garantire un sistema di gestione delle liste di attesa improntato ai principi di equità e trasparenza. Anche un'attenta valutazione del rapporto tra attività istituzionale ed attività libero-professionale si rivela essere utile ad evitare comportamenti opportunistici e disparità di trattamento.

A tal fine, significative sono le azioni intraprese a livello regionale considerando che, già dal 2009, in attuazione della Strategia regionale approvata con la delibera di Giunta Regionale n. 1035, tutte le aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna devono garantire 30 giorni di attesa effettivi per le visite e 60 giorni per la diagnostica per almeno il 90% delle prestazioni elencate nel Piano Regionale di contenimento dei tempi di attesa e per almeno l'80% di tutte le altre prestazioni. Con la Delibera di Giunta Regionale n. 272 n del 13 marzo 2017 è stato poi introdotto un sistema regionale di monitoraggio dei tempi di attesa che consente alla Regione, in tempo reale e giornalmente, di valutare la situazione della singola azienda sanitaria.

Al fine garantire l'aderenza alla suddetta DGR 272 è stato creato un ufficio di Programmazione Chirurgica finalizzato al coordinamento e monitoraggio del processo produttivo di sala operatoria: in tal modo viene garantito il monitoraggio dell'intero percorso del paziente, dal momento del suo ingresso in lista di attesa fino al momento della sua dimissione. Inoltre la produzione di monitoraggi standardizzati inerenti il processo produttivo di sala operatoria permette un'analisi costante dello stato dell'arte delle liste d'attesa in termini di consistenza, reclutamento e pulizia.

In linea con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna relativamente ai tempi di attesa per l'accesso a prestazioni ambulatoriali o di ricovero, è presente sul sito dell'Istituto il link per l'accesso al portale web della Regione in cui è possibile avere visione dei relativi dati. Per quanto riguarda la trasparenza circa la consistenza delle liste d'attesa, i dati sono consultabili sulla pagina web aziendale nella sezione "Amministrazione Trasparente". Con riferimento alle liste d'attesa per il ricovero si è altresì provveduto nel 2019 al rinnovo del materiale informativo fornito agli utenti predisponendo una locandina e un pieghevole che verranno distribuiti nel corso del 2020; all'interno dell'Ufficio Programmazione Chirurgica è stato inoltre introdotto un call-center con numero verde dedicato allo scopo di fornire/ricevere informazioni per i pazienti dell'Istituto inerenti le liste d'attesa (attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 14.00, consente ai cittadini di avere un unico punto centralizzato di accesso telefonico aperto 30 ore alla settimana).

A partire da gennaio 2020 il sistema SIR è stato sostituito con il nuovo sistema informativo ospedaliero SIR 2020 in grado di supportare in maniera più efficiente e trasparente le varie attività correlate alla

produzione sanitaria degli ambulatori, del Pronto Soccorso e dei reparti. Nei mesi precedenti all'entrata in funzione del nuovo sistema è stato svolto un percorso formativo per il personale interessato; inoltre in ospedale e negli ambulatori saranno presenti tecnici informatici per affiancare il personale nell'avvio della nuova piattaforma. Si evidenzia come l'informatizzazione costituisca una efficace misura anticorruptiva volta a conseguire l'automazione, il controllo e l'ottimizzazione dell'azione amministrativa: con essa si riduce infatti il rischio di flussi informativi non controllabili e si favorisce così una migliore e più efficace circolarità delle informazioni e un monitoraggio più efficiente.

GESTIONE DELL'ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE

L'attività libero professionale, in special modo con riferimento alla trasparenza delle procedure di gestione della stessa, rappresenta un'area di rischio di comportamenti opportunistici che possono favorire posizioni di privilegio e/o profitti indebiti, ciò a svantaggio dei cittadini e con ripercussioni negative anche sul piano economico e della percezione della qualità del servizio. L'attività libero professionale intramuraria, infatti, deve rappresentare l'espressione di una libera scelta dell'utente, senza influire negativamente sul tempestivo ed efficace svolgimento delle attività istituzionali e sui relativi volumi di attività.

L'Istituto, a tal fine, si è dotato a partire dal 2018 di un Regolamento per la definizione delle modalità organizzative dell'attività libero professionale. Qualsiasi comportamento attivo od omissivo che costituisca violazione in materia di attività libero professionale intramuraria è oggetto di intervento sanzionatorio secondo le disposizioni del Codice Disciplinare vigente.

Come sopra rilevato con riferimento alla gestione delle liste d'attesa, l'informatizzazione dei processi rappresenta una misura che coniuga le esigenze dell'organizzazione aziendale con l'automazione dei processi e con l'utilizzo delle informazioni acquisite ai fini della trasparenza. Essa costituisce pertanto una misura importante nell'ambito della strategia di prevenzione della corruzione. A tale scopo l'Istituto ha previsto per il 2020 l'avvio in produzione del nuovo applicativo gestionale della libera professione "ALP2000" mediante il quale sarà possibile effettuare un monitoraggio costante e puntuale dei diversi processi/attività coinvolte: dalla fase autorizzativa, alla rilevazione e controllo dell'attività svolta, al calcolo dei compensi al personale coinvolto, fino alla rendicontazione e gestione contabile.

GESTIONE DEGLI ATTI DI LIBERALITA'

Con la delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016, l'Autorità ha invitato le strutture sanitarie a porre in essere interventi mirati ad incidere sull'organizzazione e su particolari settori maggiormente esposti al rischio di corruzione, tra cui l'area specifica delle donazioni, dei comodati d'uso gratuito e delle valutazioni "in prova". Inoltre il Piano della Performance IOR 2016-2018, nella parte di collegamento con il PTPCT, ha previsto tra le principali misure di contrasto alla cd. *maladministration* la predisposizione di una procedura di dettaglio per la gestione delle donazioni. Alla luce di ciò l'Istituto ha ritenuto opportuno provvedere a disciplinare tramite un Regolamento aziendale le modalità operative e di gestione relative all'accettazione degli atti di liberalità aventi ad oggetto beni e denaro e agli adempimenti conseguenti nonché la costituzione e gestione dei rapporti contrattuali di comodato d'uso gratuito e di conto visione. È stato pertanto costituito un tavolo di lavoro a livello di area vasta che ha elaborato uno schema tipo di Regolamento AVEC e nel corso del 2020 l'Istituto provvederà ad adottare il relativo Regolamento aziendale

in materia di atti di liberalità al fine di contenere il rischio che, tramite tali atti, si possano eludere le regole dell'evidenza pubblica e/o instaurare rapporti fiduciari/opportunistici tra l'Istituto e soggetti esterni.

Ai fini della trasparenza il Regolamento prevede un Registro Aziendale degli Atti di Liberalità, tenuto dalle articolazioni aziendali preposte al provvedimento conclusivo, che verrà pubblicato a cadenza semestrale nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito IOR.

Si dà atto infine che, con specifico riferimento ai campioni gratuiti di dispositivi medici, il relativo percorso di acquisizione e tracciabilità è garantito e monitorato dalla U.O. Farmacia e, trimestralmente, viene inviato alla Direzione Sanitaria il monitoraggio dei campioni gratuiti utilizzati.

PRESENZA IN ISTITUTO DI FORNITORI DI AUSILI E PRESIDI ORTOPEDICI E PROTESICI

Molti dei pazienti trattati presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli necessitano di ausili e presidi ortopedici o protesici che, previa prescrizione del medico specialista, devono essere acquistati presso le ditte presenti sul mercato: ciò genera la necessità, anche in attuazione di quanto previsto dall'art. 17 del Codice di Comportamento IOR, di garantire una corretta e trasparente gestione della fornitura di tali ausili e presidi ai pazienti al fine di assicurare all'assistito la piena libertà di scelta e di ridurre al minimo eventuali comportamenti volti a favorire indebitamente determinati soggetti. In linea con tali finalità l'Istituto ha adottato con delibera n. 313 del 29/10/2019 il "Regolamento sulla presenza nell'Istituto Ortopedico Rizzoli di fornitori di ausili e presidi ortopedici e protesici".

La SC Patrimonio e Attività Tecniche ha provveduto alla predisposizione dell'Elenco dei fornitori di protesi, presidi ed ausili ortopedici e, nel corso del 2020, la Direzione Sanitaria assicurerà la diffusione e corretta applicazione del suddetto Regolamento, anche mediante la eventuale predisposizione di informative e istruzioni operative.

INTEGRITA' E RICERCA

Le più recenti indicazioni regionali e nazionali identificano nella ricerca traslazionale l'attività propria di un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) qual è il Rizzoli. Gli IRCCS debbono infatti porsi a cerniera tra la ricerca scientifica ed il trattamento dei pazienti.

Questa "missione" si riflette, al Rizzoli, anche sul piano organizzativo. L'attività del Rizzoli è infatti affidata ad una organizzazione dipartimentale in cui ciascuno dei due dipartimenti dell'Istituto (Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Complesse e Dipartimento Patologie Ortopediche-Traumatologiche Specialistiche) risulta costituito dall'aggregazione di unità operative assistenziali e di unità operative di ricerca (laboratori di ricerca).

L'obiettivo principale dei dipartimenti è infatti la convergenza di competenze delle diverse unità operative per consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività assistenziale e di cura. Anche al Rizzoli l'attività di ricerca scientifica svolta si differenzia in ricerca corrente e ricerca finalizzata.

La evidente frammentazione dei soggetti finanziatori rende complessa l'analisi del contesto esterno in quanto è chiaramente di dimensione internazionale, pertanto emerge la necessità di individuare policy e pratiche anticorruptive gestibili all'interno dell'organizzazione stessa. Pertanto oltre alla già attivata

riorganizzazione di tale attività complessivamente intesa e della già citata diffusione del Codice di Comportamento e delle buone pratiche in esso contenute, nel 2020 saranno avviate le attività per la adozione di un documento sulla *Research Integrity*, intesa quale insieme di principi e di valori etici, dei doveri deontologici e degli standard professionali sui quali si fonda una condotta responsabile e corretta da parte di chi svolge, finanzia o valuta la ricerca scientifica nonché da parte delle Istituzioni che la promuovono e la realizzano.

7. MONITORAGGIO SUL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

Ferma la responsabilità del monitoraggio in capo al RPCT, all'interno dell'Istituto si è ritenuto di prevedere per il 2020 un sistema di monitoraggio su più livelli, in particolare:

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

Per quanto concerne il 2019, nel corso dell'anno sono stati previsti alcuni momenti di verifica (incontri non strutturati con i Dirigenti/Referenti, Audit in ambito metropolitano, report di monitoraggio eventualmente integrato da relazioni) aventi ad oggetto l'attuazione delle misure previste dal PTPCT e inerenti i processi mappati; si è proceduto inoltre ad una costante attività di controllo e implementazione del sito Amministrazione Trasparente in particolare mediante estrazioni periodiche dal registro degli accessi, controlli a campione e verifiche tramite lo strumento "Bussola della Trasparenza".

Si è provveduto altresì alla raccolta presso i singoli servizi delle relazioni annuali dettagliate sulle misure e adempimenti previsti dal Piano per le aree di rispettiva competenza, fornendo ai Responsabili/Referenti apposita scheda riassuntiva. Tale forma di monitoraggio non ha un esclusivo fine di verifica ma mira anche ad implementare l'interlocuzione con le singole strutture incentivando la collaborazione e partecipazione attiva al processo di gestione del rischio corruttivo.

Da tale monitoraggio è risultato che per l'anno 2019 la totalità delle strutture interpellate ha correttamente dato attuazione alle misure anticorruptive di propria pertinenza.

In particolare con riferimento alle singole strutture si riportano gli elementi più significativi emersi dalle Relazioni annuali:

- SUME → adozione di misure organizzative di prevenzione del rischio quali fungibilità delle competenze attraverso una formazione finalizzata a garantire l'interscambiabilità degli operatori e supervisione periodica nelle varie fasi del processo. Nel corso del 2020 si prevede una ulteriore implementazione dell'utilizzo dei mercati elettronici

- ICT → maggiore digitalizzazione dei documenti utilizzando fileservers; utilizzo degli strumenti di GAAC
- DIREZIONE SANITARIA → dell'esito del monitoraggio relativo a tale Area si è già dato atto, data la sua centralità, nel paragrafo dedicato alle misure specifiche
- DIPARTIMENTO RIZZOLI SICILIA → rinnovo delle convenzioni con il Policlinico Giaccone e indagini di mercato per l'individuazione della ditta più idonea alla gestione delle parti anatomiche. introduzione di ulteriori meccanismi organizzativi e procedurali attivati su alcune aree (generale, sanitaria, amministrativa) come forma di garanzia della trasparenza e prevenzione del rischio corruttivo
- AFFARI LEGALI E GENERALI → monitoraggio e valutazione di tutti gli obblighi di pubblicazione che attengono a flussi documentali tramite Babel da parte di un gruppo di lavoro sovraziendale denominato BAD
- PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE → attivazione del Modulo Valutazioni all'interno del software WHR-TIME per il trasferimento in digitale dei processi di valutazione aziendali, con l'obiettivo di andare verso una standardizzazione dei processi in un'ottica di maggiore semplificazione e trasparenza
- BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI → adozione di un applicativo informatico per la rilevazione dei costi e ricavi dei gestori
- PATRIMONIO E ATTIVITA' TECNICHE – SUPPLY-CHAIN → completamento istruzione operativa subappalti, implementazione dell'utilizzo del mercato elettronico regionale e relativa formazione, ultimazione della stesura del regolamento AVEC inerente gli atti di liberalità
- AMMINISTRAZIONE DELLA RICERCA → adozione Regolamento ricerca commissionata

Per l'anno 2020, al fine di verificare sia l'osservanza delle misure di trattamento del rischio che la loro effettiva idoneità, si prevede un piano di monitoraggio annuale articolato in una serie di incontri con i diversi Servizi e Strutture dell'Istituto coinvolti nell'attuazione delle misure di contrasto alla corruzione e di implementazione della trasparenza, allo scopo non solo di effettuare un'attività di verifica ma anche di evidenziare e fare emergere eventuali criticità. Si prevede inoltre:

- Audit metropolitano (attività di Audit o correlate agli esiti degli stessi da coordinare con RPCT delle Aziende convenzionate per Servizi Unificati in ambito Metropolitano, prevista preferibilmente con cadenza annuale)
- Attività del neo costituito gruppo aziendale anticorruzione (almeno due incontri annui)
- Richiesta di schede di monitoraggio (con cadenza semestrale)
- Monitoraggio periodico su specifiche sezioni del sito amministrazione trasparente, anche in collaborazione con il tavolo Avec RPCT

Il monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di anticorruzione e sull'idoneità delle misure di trattamento del rischio viene effettuato altresì mediante la programmazione delle attività dell'OAS dell'Istituto e del RPCT correlate a quelle dell'OIV-SSR: laddove una o più misure dovessero rivelarsi non idonee a prevenire il rischio, il RPCT dovrà intervenire per ridefinirle. Tale programmazione vede per l'anno 2020 la seguente articolazione:

Attività	Scadenza
Attestazione Trasparenza ANAC	Sulla base di quanto previsto dal PNA 2017, entro il 30/04/2020
Verifica relazione annuale RPCT	Entro il 31/01/2020
Segnalazione all'OIV-SSR di	Tempestivamente

eventuali disfunzioni inerenti l'attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, inclusi gli obblighi di pubblicazione	
Segnalazione all'OIV-SSR di criticità specifiche emerse	Tempestivamente

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

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

Al fine della predisposizione del PTPCT per il triennio 2020-2022, il RPCT ha avviato nel mese di ottobre 2019 la consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori di interessi sul Piano 2019-2021 per raccogliere eventuali contributi degli *stakeholders* interni ed esterni e di tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati dall'Istituto attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti utili all'aggiornamento del Piano. Il Piano è inoltre stato reso disponibile sulla Intranet aziendale.

Il testo vigente del PTPCT è stato pubblicato sul sito istituzionale www.ior.it (sezione "Amministrazione Trasparente" – sottosezione "Piano triennale di prevenzione della corruzione") dal 01/10/2019 al 31/10/2019, con indicazione di come e dove inviare le eventuali osservazioni/suggerimenti. Si specifica che non è pervenuta nessuna osservazione né contributo.

SEZIONE TRASPARENZA

PREMESSA

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

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

1. LA NOZIONE DI TRASPARENZA

Il D.lgs. n. 97/2016, nel novellare il d.lgs n. 33/2013, ha modificato la nozione generale di "trasparenza" intesa ora come "accessibilità totale ai dati e ai documenti detenuti dalle pubbliche amministrazioni" (e non più semplicemente come accessibilità totale alle informazioni relative all'organizzazione e all'attività delle pubbliche amministrazioni), perciò volta non solo a favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali sull'utilizzo delle risorse pubbliche, ma anche a tutelare i diritti dei cittadini e promuovere la partecipazione degli interessati all'attività amministrativa. Tale accezione deve esser letta alla luce del nuovo istituto di accesso introdotto dal decreto legislativo n. 97 del 2016, il cd. *Freedom of Information Act (FOIA)*, consistente nella possibilità per il cittadino di chiedere alla P.A. tutti gli atti che quest'ultima possiede, nel rispetto dei "limiti relativi alla tutela di interessi giuridicamente rilevanti" indicati dalla legge.

La trasparenza diviene così condizione di garanzia delle libertà individuali e collettive nonché dei diritti civili, politici e sociali e concorre all'attuazione dei principi costituzionali di democrazia, uguaglianza, imparzialità, buon andamento, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà al servizio della Nazione. Essa concorre, inoltre, alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino, favorendo al tempo stesso la prevenzione di possibili eventi corruttivi.

Le disposizioni in materia di trasparenza amministrativa integrano l'individuazione del livello essenziale delle prestazioni erogate dalle amministrazioni pubbliche a fini di trasparenza, prevenzione, contrasto della corruzione e della cattiva amministrazione, a norma dell'art. 117, c. 2, lett. m), della Costituzione (art. 1, c. 3, d.lgs. 33/2013). La trasparenza assume, così, rilievo non solo come presupposto per realizzare una buona amministrazione ma anche come misura per prevenire la corruzione, promuovere l'integrità e la cultura della legalità in ogni ambito dell'attività pubblica, come già l'art. 1, co. 36 della legge 190/2012 aveva sancito.

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

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

2. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE

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

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

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

	DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI	INDICATORI
1	Aggiornamento sezione Trasparenza del PTPCT	RPCT	Contestualmente al PTPCT	Deliberazione di approvazione
2	Adempimento obblighi pubblicazione	Tutti i Responsabili Marketing sociale (Responsabile pubblicazione IOR)	come da Allegato 3 al PTPCT	Dati pubblicati e aggiornati
3	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili	scadenze definite nella sezione	Report/relazioni

		RPCT e Responsabile pubblicazione IOR	scadenze definite nella sezione	Report/relazioni
4	Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Responsabile Marketing Sociale	entro 31.12	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"

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

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

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

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

RESPONSABILE DELLA PUBBLICAZIONE	
Andrea Paltrinieri	
SUMAGP e SUMAEP 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	Laura Mandrioli
SSD ACCESSO AI SERVIZI	Rita Dal Passo
DIPARTIMENTO RIZZOLI SICILIA	Paola Proia
SC AMMINISTRAZIONE DELLA RICERCA	Chiara Kolletzek
SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE	Pamela Pedretti
SS FORMAZIONE	Patrizia Suzzi
SSD STRUTTURA DI SUPPORTO DIREZIONALE/RPCT	Daniela Vighi
DIREZIONE SANITARIA	Ennio Rustico
DIREZIONE SAITER	Daniela Tosarelli
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE (SUMAGP e SUMAEP)	Tiziana Dovesi
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO CONTABILITÀ E FINANZE (SUMCF)	Paola Gazzotti
SERVIZIO UNICO METROPOLITANO ECONOMATO (SUME)	Luca Lelli
SERVIZIO ACQUISTI METROPOLITANO (SAM)	Antonella Montanari
MARKETING SOCIALE e URP	Andrea Paltrinieri

LIBERA PROFESSIONE	Mara Moretti
CLINICAL TRIAL CENTER	Loredana Mavilla

3. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE

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

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

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

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

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

4. AGGIORNAMENTO 2020 – 2022

L'aggiornamento tiene conto delle modifiche normative intervenute a livello nazionale tra cui il D.lgs. 52/2019 (Attuazione della delega per il riassetto e la riforma della normativa in materia di sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano) e il D.l. 162/2019 (cd. Decreto Mille Proroghe), della sentenza della Corte Costituzionale n. 20 del 2019 e delle indicazioni fornite dalla Regione Emilia - Romagna in materia di pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti, delle recenti note dell'OIV-SSR e delle delibere ANAC, nonché delle modifiche organizzative sopraggiunte all'interno dell'Istituto.

A tal proposito, si dà atto che si è tempestivamente provveduto a:

- pubblicare nella sezione "Informazioni ambientali", documenti, informazioni ed altre risorse relative all'ambiente che l'Istituto detiene ai fini delle proprie attività istituzionali, secondo

quanto previsto dell'art. 40, comma 2, del D.Lgs. 33/2013. Le informazioni ambientali pubblicate sono state definite alla luce di quanto previsto dalla delibera ANAC n. 141 del 27 febbraio 2019 e della nota dell'Organismo Indipendente di Valutazione per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale prot. PG/2019/0598476 del 16/07/2019. A tal fine è stato dunque inserito un link alla AUSL di Bologna, un link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente.

- creare in “Altri contenuti” della sezione Amministrazione Trasparente una voce con la denominazione “Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art 11, c.4 bis, D.Lgs. 211/2013 – come modificato dal D.Lgs 52/2019)”, dove sono state inserite le informazioni per identificare le sperimentazioni relative ai farmaci che prevedono la comunicazione all'AIFA secondo quanto previsto dall'art. 11 del D. lgs 211/2003. I dati da pubblicare (si veda l'Allegato 2 - Elenco degli obblighi di pubblicazione) sono stati definiti dall'OIV – SSR (nota PG/2019/0915511 del 17/12/2019), che ha fornito delle indicazioni interpretative dell'art. 2 D.lgs n. 52/2019. Il documento è stato predisposto da un apposito gruppo di lavoro (con la partecipazione dell'Agenzia sanitaria regionale, del Servizio Amministrazione SSR e di alcuni RPCT e referenti per la ricerca aziendali), e condiviso nell'ambito del Tavolo regionale anticorruzione e trasparenza in data 21/10/2019. La cadenza dell'aggiornamento è trimestrale, pertanto le informazioni verranno pubblicate entro la fine del mese successivo al trimestre considerato.

Per quanto riguarda il 2020-2022, si segnala che si proseguirà nell'attuazione delle seguenti attività:

- 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;
- 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 97/2016;
- riorganizzazione della pubblicazione delle informazioni del Servizio Unico Metropolitano Amministrazione del Personale (ora SUAMEP e SUMAGP), in particolare quelle relative ai concorsi, attraverso criteri omogenei per tutte quattro le aziende sanitarie dell'area metropolitana;
- Implementazione delle pubblicazioni delle delibere di conferimento degli incarichi di collaborazione e consulenza conferiti a commissari esterni, membri delle commissioni concorsuali e del link al curriculum di questi ultimi;
- Individuazione di un referente unico per la pubblicazione SUMAP che possa operare in stretta collaborazione con i referenti dei siti web per le singole aziende;
- aggiornamento, entro il 31/03/2020, della sottosezione “Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della Legge n. 24/2017”, sottosezione inserita nella sezione Profilo del Committente a seguito di note del Servizio Amministrazione SSR e dell'OIV-SSR;
- pubblicazione della relazione annuale accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e delle relative azioni di miglioramento entro il 3/03/2020;
- approfondimento delle modalità di pubblicazione inerenti la sezione “Profilo del Committente”;

- analisi quali-quantitativa delle istanze di accesso generalizzato pervenute all'Istituto e sistematizzazione delle informazioni e della modulistica presente sul sito dell'Istituto in materia di accesso;
- organizzazione della Giornata della Trasparenza, in collaborazione con le altre aziende dell'Area Metropolitana.

Obiettivo strategico del 2020 per la Trasparenza è innanzitutto il costante impegno di IOR ad alimentare la sottosezione “Dati ulteriori”, la cui pubblicazione è prevista come contenuto dei PTPCT dalla l. 190/2012 (art. 1, c. 9, lett. f) e dall’art. 7-bis, c. 3 del medesimo d.lgs. 33/2013 laddove stabilisce che “le pubbliche amministrazioni possono disporre la pubblicazione nel proprio sito istituzionale di dati, informazioni e documenti che non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi del presente decreto o sulla base di specifica previsione di legge o regolamento”. Pertanto, nel rispetto dei limiti posti a tutela degli interessi pubblici e privati indicati nell’art. 5-bis del d.lgs. 33/2013 e procedendo alla indicazione in forma anonima dei dati personali eventualmente presenti, come precisato nel richiamato c. 3 dell’art. 7-bis, l’Istituto può individuare nella sezione dedicata alla trasparenza del PTPCT i dati ulteriori da pubblicare. I dati ulteriori sono pubblicati nella sotto-sezione di 1° livello “Altri contenuti” sotto-sezione di 2° livello “Dati ulteriori”, laddove non sia possibile ricondurli ad alcuna delle sotto-sezioni in cui deve articolarsi la sezione “Amministrazione trasparente”.

Altro obiettivo è quello del maggior coinvolgimento degli *stakeholders*, ossia aumentare il numero delle azioni di coinvolgimento dei portatori degli interessi nelle fasi di programmazione e monitoraggio relative all’attività in materia di trasparenza. È inoltre una priorità dell’Istituto garantire flussi informativi che realizzino la tempestiva attuazione degli obblighi di pubblicazione.

Infine, costituisce sicuramente un obiettivo quello di implementare l'allineamento attraverso collegamento ipertestuale alle banche dati finora disponibili per una corretta attuazione della normativa vigente e una semplificazione nelle pubblicazioni.

5. DATI DA PUBBLICARE

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

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

In sintesi, devono essere pubblicati nel sito istituzionale:

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

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

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

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

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

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

5.1. Durata e decorrenza della pubblicazione

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

L’introduzione della nuova figura di accesso civico generalizzato ha determinato modifiche anche rispetto alla pubblicazione dei dati, delle informazioni e dei documenti oltre i termini previsti dalla legge. Infatti, se prima, decorsi i 5 anni di durata dell’obbligo di pubblicazione o diversa data prevista, i dati dovevano essere comunque conservati e resi disponibili in un’apposita sezione archivio di “Amministrazione trasparente”, il D.lgs. n. 97/2016 ha previsto che i termini della pubblicazione, i relativi dati e documenti pubblicati siano

accessibili tramite accesso civico generalizzato (art. 5 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016).

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

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

5.2. Qualità dei dati pubblicati

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

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

5.3. Forma dei dati di tipo "aperto"

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

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

In tale contesto, con periodicità almeno annuale, l'Agenzia per l'Italia Digitale (A.G.I.D.) istruisce e aggiorna un repertorio dei formati aperti utilizzabili nelle Pubbliche Amministrazioni, secondo quanto disposto dal Codice dell'Amministrazione digitale. 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, dal 2017 è in corso la predisposizione degli appositi link, in ottemperanza a quanto disposto dalla recente normativa.

5.4. 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 pertanto posto particolare attenzione alla normativa che richiede la tutela della riservatezza cercando di coniugarla con la *disclosure* sottesa ai concetti di trasparenza e accessibilità.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 20/2019 chiamata ad esprimersi sul tema del bilanciamento tra diritto alla riservatezza dei dati personali, inteso come diritto a controllare la circolazione delle informazioni riferite alla propria persona, e quello dei cittadini al libero accesso ai dati ed alle informazioni detenuti dalle pubbliche amministrazioni, ha riconosciuto che entrambi i diritti sono “contemporaneamente tutelati sia dalla Costituzione che dal diritto europeo, primario e derivato” (Corte Cost., sentenza n. 20/2019).

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (cd GDPR) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. Peraltro, il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento. Inoltre, l'attività di pubblicazione da parte dell'Istituto dei dati sui siti web, oltre ad essere effettuata in presenza di idoneo presupposto normativo, avviene nel rispetto di tutti i principi applicabili al trattamento dei dati personali contenuti all'art. 5 del Regolamento (UE) 2016/679, quali quelli di liceità, correttezza, adeguatezza, pertinenza e limitazione a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali i dati personali sono trattati (“minimizzazione dei dati”), rendendo non intellegibili o anonimi i dati in caso contrario. 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.

Si ritiene infine opportuno illustrare l'attuale situazione riguardante il deposito e la pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti. Con la sentenza del 2019 summenzionata, la Corte Costituzionale, nel dichiarare l'illegittimità costituzionale dell'art. 14 del D.lgs. 33/2013 nella parte in cui prevede, in modo generalizzato per tutti i dirigenti, la pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale, ha affidato al legislatore il compito di realizzare un più corretto bilanciamento tra riservatezza e trasparenza. Nelle more di tale intervento, la Corte ha ritenuto che tali obblighi di pubblicazione permangono solo per i dirigenti apicali con compiti propositivi, organizzativi e gestionali, individuati per le amministrazioni del SSN dalla delibera ANAC n. 586 del 2019. Tuttavia, l'efficacia di tale delibera dell'ANAC è stata sospesa da un altro atto della stessa Autorità.

Va inoltre osservato che sul punto è intervenuta anche la Legge Regionale n. 9/2017 che prevede, tra gli strumenti di prevenzione della corruzione, l'acquisizione e l'aggiornamento delle suddette dichiarazioni.

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

Da ultimo, si evidenzia come il D.L. 162/2019 (cd. Decreto Mille Proroghe) ha previsto che ai titolari di incarichi o cariche di amministrazione, di direzione o di governo e ai titolari di incarichi dirigenziali, conferiti a qualsiasi titolo, non si applicano, fino al 31 dicembre 2020, le misure di cui agli articoli 46 e 47 del d.lgs. 33/2013, sospendendo così la maggior parte delle sanzioni comminate a seguito di inadempimento degli obblighi di trasparenza.

5.5. Banche dati

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

La normativa ha posto in capo alle amministrazioni l'adeguamento della sezione "Amministrazione Trasparente" entro un anno dall'entrata in vigore del decreto legislativo 97/2016, adeguamento ancora in corso in quanto, come sottolineato da ANAC nell'atto di segnalazione n. 5/2017, si è "riscontrato un disallineamento o solo una parziale coincidenza tra i dati acquisiti nelle banche dati e gli atti o documenti che le amministrazioni sono tenute a pubblicare ai sensi del D.Lgs. n. 33/2013". Il motivo di tale disallineamento risiede sicuramente nel diverso scopo per cui sono nate le banche dati, le quali contengono solo dati e non documenti e informazioni richieste invece dal Decreto Trasparenza.

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

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

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

6. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA E SISTEMA DI MONITORAGGIO INTERNO

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 Supporto (OAS) verifica:

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

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

I Dirigenti deputati alla misurazione e valutazione delle performance, nonché l'OAS secondo le indicazioni dell'OIV regionale, utilizzano le informazioni e i dati relativi all'attuazione degli obblighi di trasparenza ai fini della misurazione e valutazione delle performance, sia organizzative che individuali del Responsabile e dei Dirigenti dei singoli uffici titolati della trasmissione dei dati.

Altra forma di verifica utilizzata è quella dell'audit interno che, dopo l'esperienza sui processi aziendali, proseguirà sui Servizi Unici Metropolitan di acquisizione beni e servizi, amministrazione del personale e contabilità, in collaborazione con le altre aziende coinvolte, con il particolare obiettivo di monitorare il rispetto e l'efficacia delle misure di prevenzione che emergeranno dalle mappature. Su un piano più complessivo, invece, spettano all'Organismo indipendente di valutazione (OIV) compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall'ANAC nonché di promozione ed attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Infine compete all'OIV assolvere agli obblighi di comunicazione all'ANAC e di comunicazione delle criticità riscontrate ai

competenti organismi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalle norme vigenti. Per consentire all'OIV di assolvere alle verifiche previste dall'ANAC, il RPCT fornisce i dati all'OAS in tempo utile, secondo le scadenze previste.

7. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

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

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

7.1. 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. IOR opera anche attraverso i social network quali facebook e twitter.

Si specifica che è in corso l'attività di rinnovo del sito web aziendale, per renderlo maggiormente accessibile all'utenza e a tutti gli stakeholders.

7.2. 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.

7.3. La Carta dei Servizi

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

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

7.4. Le guide e il materiale informativo per il paziente

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

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

7.5. Ascolto degli stakeholders

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

- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

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

- Posta elettronica certificata (PEC)

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

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

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

7.6. 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"¹², recentemente modificato a seguito del Decreto Legislativo 117/2017. Il testo è disponibile sul sito alla sezione "Tutela del cittadino" in cui è possibile trovare anche l'elenco delle Associazioni autorizzate all'accesso presso le Strutture dell'Istituto.

¹² Formalizzato con delibera IOR n. 245 del 21/11/2017

7.7. 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.

7.8. 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.

7.9. 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 practices*, 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).

L'AUSL di Bologna, in collaborazione con IOR e con le altre aziende sanitarie dell'Area Metropolitana, ha organizzato in data 22 novembre 2019 la "Giornata della Trasparenza": di tale evento è stata data ampia divulgazione tramite pubblicazione della notizia sui siti internet delle rispettive aziende sanitarie, per mezzo di comunicati agli organi di stampa e informazione, nonché mediante cartellonistiche presso le varie aziende e invii al personale dipendente di messaggi di posta elettronica. Nel corso dell'incontro sono stati trattati in particolare i temi della trasparenza con specifica attenzione all'accesso documentale e civico generalizzato, degli obblighi di pubblicazione e dell'organizzazione amministrativa dell'anticorruzione e della trasparenza.

7.10. Il diritto di accesso

L'attenzione sempre maggiore che in questi anni il legislatore ha dedicato al tema della trasparenza amministrativa ha portato all'introduzione, anche in Italia, di un modello di accesso che si ispira al "Freedom of Information Act" (FOIA) nel quale, fermi restando gli obblighi di pubblicazione, chiunque ha

diritto ad accedere a qualsiasi informazione detenuta dalla p.a. (eccezion fatta per quelle oggetto di esclusione normativa), secondo il principio della *full disclosure*. La stessa Corte Europea dei Diritti dell'Uomo ha riconosciuto l'accesso alle informazioni detenute dagli Stati e dalle loro pubbliche amministrazioni come diritto fondamentale del cittadino: si passa così dal “bisogno di conoscere” al “diritto di conoscere”.

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

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

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

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

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

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

Nel corso del 2017, in sede di Tavolo AVEC gli RPCT congiuntamente hanno dato vita ad un regolamento condiviso, diversificato soltanto nelle modalità organizzative: tale Regolamento è stato formalizzato e adottato con delibera n. 198/2018.

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

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.

Alla luce dell'adozione da parte del Ministro per la Pubblica Amministrazione della circolare n. 1/2019 sulla "Attuazione delle norme sull'accesso civico generalizzato (c.d. FOIA)", emanata con l'obiettivo di fornire indirizzi e chiarimenti alle amministrazioni sugli aspetti organizzativi, procedurali e tecnologici connessi ad una efficiente gestione del FOIA, e preso atto del dibattito giurisprudenziale attualmente in atto circa le corrette modalità di applicazione dell'istituto dell'accesso, l'Istituto prevede per l'anno 2020 di procedere all'aggiornamento dei documenti aziendali in materia di accesso e alla sistematizzazione delle informazioni e della modulistica presenti sulla relativa pagina del sito web.

ALLEGATO 1
AL PTPCT IOR 2020-2022

Con riferimento alle schede di mappatura si specifica che:

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

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

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

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

Misure di carattere generale

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

- **Segregazione delle funzioni** La presenza di più soggetti appartenenti a diverse Aziende sanitarie ed alla Centrale Regionale quali attori che intervengono nella "filiera" in differenti processi, già di per sé, aiuta ad andare nella direzione suggerita da ANAC nei propri PNA. Le decisioni risultano infatti diffuse su più soggetti ed in fasi diverse, e questo giova ai fini di un controllo all'interno dell'articolazione del processo.
- **Rotazione degli operatori** con ruolo attivo nei processi di acquisto Viene perseguita, compatibilmente con le esigenze organizzative e le necessarie competenze specialistiche, per il RUP, i componenti dei gruppi tecnici e per i Commissari di gara.
- **Corretta gestione dei conflitti di interesse** Entro la fine 2019, si prevede – quale nuova misura da attuare in modo uniforme da parte di tutte le Aziende nei rapporti con IntercentER – una regolamentazione per la nomina dei commissari e dei partecipanti ai Gruppi tecnici che preveda: La verifica sostanziale dell'assenza di conflitti di interesse (in carico alle Aziende prima della designazione) tenendo conto delle dichiarazioni che ogni Azienda sta raccogliendo ai sensi del Codice di comportamento dei Dipendenti e delle altre informazioni a disposizione. La raccolta di una specifica dichiarazione da parte dell'interessato relativamente all'assenza di conflitti di interesse, da conservare agli atti della procedura.

- **Procedure informatizzate ed utilizzo di piattaforma telematica** Tale modalità, introdotta dal Codice dei contratti a far tempo dal 18.10.2018 ma per le Aziende del SSR Emilia-Romagna già dal 1.10.2017 in forza della DGR n. 2194/2016, assicura una maggiore garanzia e tracciabilità nelle fasi che vengono gestite con questi strumenti che sottraggono alcuni passaggi all'intervento manuale con evidenti minori rischi di errore o, peggio, di comportamenti "distorsivi". Il sistema adottato in Emilia-Romagna è denominato SATER (<https://piattaformaintercenter.regione.emilia-romagna.it/portale/>), realizzato in conformità con quanto previsto dall'art. 58 del D.lgs. 50/2016, e che garantisce i necessari livelli di sicurezza e segretezza mediante una piena tracciabilità delle operazioni svolte e un articolato sistema di profilazione degli utenti che assicura, in particolare, la segretezza dei partecipanti alle procedure di gara e delle offerte, tecniche, economiche ed amministrative, collocate a sistema. Esso garantisce anche la gestione degli eventuali malfunzionamenti e/o data breach.
- **Costante flusso informativo fra IntercentER ed Aziende sanitarie** Rappresenta un elemento di grande importanza per evitare asimmetrie informative e per fare emergere anomalie, comportamenti opportunistici ed altro.
- **Reportistica e benchmark** Una volta definite misure ed indicatori risulta opportuno che periodicamente si proceda alla loro valorizzazione ed alla divulgazione, mediante la redazione di appositi report, partendo da quanto già ordinariamente prodotto da IntercentER per le Aziende. Per avviare tale percorso, saranno programmati periodici incontri (almeno due nel corso del 2019) tra IntercentER ed il tavolo di Coordinamento RPCT; risulta infatti di grande utilità il confronto fra i valori delle diverse aziende/aree vaste al fine di evidenziare anomalie o situazioni critiche.

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

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

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

In linea di massima, dunque, a fianco delle singole fasi del processo di acquisto, si indica la competenza rispetto alla medesima (aziendale e non); nel corso del 2020 sono previsti appositi incontri tra RPCT e Intercent- ER per maggiormente approfondire le fasi individuate e le relative specifiche responsabilità.

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

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

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

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI *

PROCESSO N. 2 PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI										
	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
1	Stesura del capitolato tecnico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza Requisiti di qualificazione non osservanti il principio di proporzionalità	Ingegneri dirigenti SC PAT	5	5	25	critico	Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso gli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
2	Scelta del tipo di procedura	Individuazione della procedura non congrua, errato utilizzo della procedura negoziata e/o di affidamento diretto	Ingegneri dirigenti/responsabile ufficio gare SC PAT					Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
3	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità.	Ingegneri dirigenti/responsabile ufficio gare SC PAT					Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
4	Nomina commissione	Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari	Direzione aziendale					Già in corso	Direzione aziendale	Predisposizione criteri e rispetto dei medesimi nell'adozione degli atti di nomina
5	Valutazione/attribuzione punteggi qualità da parte della commissione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Commissari di gara					Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
6	Collaudo/regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT					Già in corso	Direttore SC PAT	Controllo sulla rotazione incarichi
7	Sottoscrizione contratto	Inosservanza principi di trasparenza e di integrità	Responsabile ufficio gare SC PAT					Già in corso	Direttore SC PAT	Inserimento patti integrità e richiamo all'osservanza del codice comportamento IOR su tutti i contratti
8	Autorizzazione al subappalto	Accordi collusivi tra le ditte	Responsabile ufficio gare SC PAT					Già in corso	Direttore SC PAT	Controllo a campione sull'osservanza dell'istruzione operativa predisposta da SC PAT
9	Adozione di variante	Indebito vantaggio per la ditta aggiudicataria	Direttore SC SPAT					Già in corso	Direttore SC PAT	Numero di affidanti con variante/numero totale affidamenti annui

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

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

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

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

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

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

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

3	Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	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. 9 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE

	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
1	Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Favorire un singolo professionista rispetto all'equipe	Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	4	20	critico	Predisposizione Master plan a cura della Direzione Strategica. 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.	Già in essere	Responsabile Procedimento AA.GG.	Verifica della presenza di Master Plan e congruenza con gli atti stipulati. Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti. Verifica al rinnovo dei professionisti che hanno effettuato le con eventuali relazioni a chiarimento da parte del Direttore/Responsabile SC - SSD IOR.consulenze. Inserimento richiamo all'osservanzaal codice di comportamento IOR.
2	Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti. Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari. Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)					Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore. Verifica congruità rispetto al regolamento IOR in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile 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
3	Approvazione (Predisposizionee 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.					verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Già in essere	Responsabile Procedimento AA.GG.	

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

	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
--	------	---------	----------------	-------------	---------	--------------------	--------------------	------------------------	----------------------	------------

1	Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Mancanza imparzialità nella scelta della controparte	Direzione Sanitaria	5	3	15	critico	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata 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
2	Istruttoria (raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi, verifica diretta inerente la parte normativa e contrattualistica e verifica indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/scientifica/sanitaria/ professionale ecc.). Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri)	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)					Utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti, richiesta (autocertificazione) del possesso requisiti necessari quando previsti (con controllo a campione). Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari istituzionale o libera professione in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria/Responsabile Procedimento AA.GG.	Indicazione delle tariffe nelle convenzioni
3	Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto	Responsabile del procedimento AA.GG.								

PROCESSO N. 11 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROSO, CONSULENZE O SERVIZI AGGIUNTIVI RISPETTO A QUELLI ORDINARI AI SENSI ART. 43 C. 3 L.27/12/1997, N.449

	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
1	Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso. Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Mancanza imparzialità rispetto ai professionisti interni coinvolti	Direzione Scientifica/Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR				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	Già in essere	Direzione Sanitaria/Amministrazione - Responsabile del 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
2	Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti - raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari - Condivisione dei testi con la controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)	5	3	15	critico			
3	Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile del procedimento AA.GG.				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			Acquisizione del parere preventivo e vincolante da parte delle strutture interne coinvolte e del Direttore di Area alle stesse appartenenti, acquisizione e verifica assenza conflitto di interesse. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI

PROCESSO N. 12

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI ATTRAVERSO INTERCENTER/SERVIZIO ACQUISTI METROPOLITANO

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

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

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

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

AREA GENERALE: ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

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

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

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

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

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

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

AREA GENERALE: GESTIONE DELLE ENTRATE, DELLE SPESE E DEL PATRIMONIO
PROCESSO N. 19 GESTIONE DEL TRATTAMENTO ECONOMICO DEL PERSONALE DIPENDENTE, ASSIMILATO E AUTONOMO

	fasì	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
1	pagamento stipendi	modifiche non tracciate e/o ingiustificate dei dati contenuti nella banca dati aziendale; riconoscimento voci retributive non dovute/mancato riconoscimento voci retributive dovute	SUMAEP	2	5	10	rilevante	Generali: procedure informatizzate trasparenza: pubblicazione contrattazione collettiva di valenza economica, pubblicazione retribuzioni erogate ai dirigenti segregazione delle funzioni; Specifiche: accessi degli operatori profilati e tracciati

PROCESSO N. 20 GESTIONE DEI PAGAMENTI – GESTIONE DELLE CESSIONI DI CREDITO – CONTROLLI COLLEGATI ALL'EMISSIONE DEI MANDATI

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

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

AREA GENERALE: INCARICHI E NOMINE

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

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

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

AREA GENERALE: AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

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

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

AREA SPECIFICA: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

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

PROCESSO N. 28 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN											
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori	
1	Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico. Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)				Informatizzazione della lista d'attesa di ricovero. Inserimento della data di "presa in carico" del paziente non pronto per distinguere dal paziente pronto per il ricovero. Presenza di campo obbligatorio per modifica della classe di priorità	Già attiva	In base alle competenze		
2	Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico	<ul style="list-style-type: none"> - 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) (estrazione dati SIR) - Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libero-professione rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale 	<ul style="list-style-type: none"> Già in corso Già in corso Già in corso Già in corso 	<ul style="list-style-type: none"> Direzione sanitaria - Direttori UU.OO Ufficio Marketing 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 ricoveri provenienti da attività libero-professionale/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale 	<ul style="list-style-type: none"> Check list con utilizzo mod. 02 della procedura PG23DS con cadenza semestrale Verifica esecuzione aggiornamento periodico Invio report con il N° di pazienti in Classe A con TdA > 30GG7N° di pazienti in Classe A Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività libero-professionale/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale

PROCESSO N. 29 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN

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

AREA SPECIFICA: RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

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

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

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

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

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

ALLEGATO 2
AL PTPCT IOR 2020-2022

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

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Consulenti e collaboratori	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15, c. 2	Consulenti e collaboratori (da pubblicare in tabelle)	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - SC AR - SC PAT - SSD AALLGG (per quanto di competenza)		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b) Vanno inseriti membri commissioni concorsuali, collegio sindacale e OAS.
		Art. 15, c. 1, lett. b)		Per ciascun titolare di incarico: 1) curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico	SUMAGP - SC AR - SC PAT - SSD AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 15, c. 1, lett. c)		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi o alla titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico	SUMAGP - SC AR - SC PAT - SSD AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 15, c. 1, lett. d)		3) compensi comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico	SUMAGP - SC AR - SC PAT - SSD AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 15, c. 2 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'invio alla FP	SUMAGP - SC AR - SC PAT - SSD AALLGG (per quanto di competenza)		
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	Tempestivo	Entro 90 giorni dal conferimento dell'incarico	SUMAGP - SC AR - SC PAT - SSD AALLGG (per quanto di competenza)		
Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice	Titolari di incarichi amministrativi di vertice	Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis		Atto di conferimento, con l'indicazione della durata dell'incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SSD AALLGG - MIUR	Da applicare a Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario (+ Direttore Servizi Sociali+Direttore Scientifico, ove presenti) nei termini indicati dall'Art.41, con riferimento quindi a quanto previsto all'Art. 15 (cfr. cfr. note DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017, e nota ONV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019)	
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis		Curriculum vitae, redatto in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 3 mesi dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SSD AALLGG - MIUR		
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis		Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione dell'incarico (con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato)	Tempestivo (ex art. 8)		RER - SUMEP		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis		Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Entro 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione rilasciata dagli Enti Pubblici o Privati		RER - SSD AALLGG		
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis		Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		1) dichiarazione concernente diritti reali su beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, titolarità di imprese, azioni di società, quote di partecipazione a società, esercizio di funzioni di amministratore o di sindaco di società, con l'apposizione della formula «sul mio onore affermo che la dichiarazione corrisponde al vero» [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso) e riferita al momento dell'assunzione dell'incarico]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla elezione, dalla nomina o dal conferimento dell'incarico e resta pubblicata fino alla cessazione dell'incarico o del mandato).		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982 Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis Art. 3, l. n. 441/1982		2) copia dell'ultima dichiarazione dei redditi soggetti all'imposta sui redditi delle persone fisiche [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili) 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)]	Entro 3 mesi della nomina o dal conferimento dell'incarico		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSR					

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

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	Posti di funzione disponibili	Numero e tipologia dei posti di funzione che si rendono disponibili nella dotazione organica e relativi criteri di scelta	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		Art. 1, c. 7, d.p.r. n. 108/2004	Ruolo dirigenti	Ruolo dei dirigenti	Annuale		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Dirigenti cessati		Art. 14, c. 1, lett. a)	Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro (documentazione da pubblicare sul sito web)	Atto di nomina o di proclamazione, con l'indicazione della durata dell'incarico o del mandato elettivo	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente	
				Curriculum vitae	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Compensi di qualsiasi natura connessi all'assunzione della carica	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Importi di viaggi di servizio e missioni pagati con fondi pubblici	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Dati relativi all'assunzione di altre cariche, presso enti pubblici o privati, e relativi compensi a qualsiasi titolo corrisposti	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Altri eventuali incarichi con oneri a carico della finanza pubblica e indicazione dei compensi spettanti	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni dei redditi riferiti al periodo dell'incarico; 2) copia della dichiarazione dei redditi successiva al termine dell'incarico o carica, entro un mese dalla scadenza del termine di legge per la presentazione della dichiarazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)] (NB: è necessario limitare, con appositi accorgimenti a cura dell'interessato o della amministrazione, la pubblicazione dei dati sensibili)	Nessuno		NA - Non Applicabile Aziende SSR				
Art. 14, c. 1, lett. f) Art. 4, l. n. 441/1982		3) dichiarazione concernente le variazioni della situazione patrimoniale intervenute dopo l'ultima attestazione [Per il soggetto, il coniuge non separato e i parenti entro il secondo grado, ove gli stessi vi consentano (NB: dando eventualmente evidenza del mancato consenso)]	Nessuno (va presentata una sola volta entro 3 mesi dalla cessazione dell'incarico).		NA - Non Applicabile Aziende SSR				
Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1	Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali	Provvedimenti sanzionatori a carico del responsabile della mancata o incompleta comunicazione dei dati di cui all'articolo 14, concernenti la situazione patrimoniale complessiva del titolare dell'incarico al momento dell'assunzione della carica, la titolarità di imprese, le partecipazioni azionarie proprie nonché tutti i compensi cui dà diritto l'assunzione della carica	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal ricevimento del provvedimento da parte dell'ANAC	RPCT			
Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies.	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal ricevimento dal dipendente	SUMAGP			
Dotazione organica	Art. 16, c. 1	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 1)	Entro 30 giorni dalla certificazione del conto dal parte della RGS	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato)	
	Art. 16, c. 2	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 16, c. 2)	Entro 30 giorni dalla certificazione del conto dal parte della RGS	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)			
Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1	Personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Annuale (art. 17, c. 1)	Elenco dei titolari dell'anno precedente entro il 28,02	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		Banca Dati PERLAPA e SICO (Art. 9bis All. b)	
	Art. 17, c. 2	Costo del personale non a tempo indeterminato (da pubblicare in tabelle)	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	Trimestrale (art. 17, c. 2)	Entro 30 giorni dalla certificazione del conto dalla scadenza del trimestre	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)			
Tassi di assenza	Art. 16, c. 3	Tassi di assenza trimestrali (da pubblicare in tabelle)	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	Trimestrale (art. 16, c. 3)	Entro 30 giorni dalla certificazione del conto dalla scadenza del trimestre	SUMAGP fino a formale trasferimento della competenza ad AALLGG			
Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti) (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dal provvedimento di autorizzazione	SUMAGP/SUMAEP (per quanto di competenza)		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)	
Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	Tempestivo (ex art. 8)	Pubblicazione come da sito ARAN	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis	
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa, certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla certificazione	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARANCNEL (Art. 9bis All. b)	
		Art. 21, c. 2 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che 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	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009)	Entro 30 giorni dalla certificazione del conto da parte della RGS	RELAZIONI SINDACALI			
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c)	OIV (da pubblicare in tabelle)	Nominativi		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla nomina	OAS/OIV	Anche con rinvio a specifica pagina sul sito RER - http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri	
		Art. 10, c. 8, lett. c)		Curricula		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla nomina	OAS/OIV		
		Par. 14.2, delib. CIVIT n. 12/2013		Compensi	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla nomina	OAS/OIV			
Bandi di concorso		Art. 19	Bandi di concorso (da pubblicare in tabelle)	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione nonche' i criteri di valutazione della Commissione e le tracce delle prove scritte	Tempestivo (ex art. 8)	5 giorni per pubblicazione bando; 30 giorni per pubblicazione criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	SUMAGP			
Performance	Sistema misurazione e valutazione Performance	Par. 1, delib. CIVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance (art. 7, d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC	OAS/OIV/SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione			
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b)	Piano della Performance/Piano esecutivo di gestione	Piano della Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009) Piano esecutivo di gestione (per gli enti locali) (art. 169, c. 3-bis, d.lgs. n. 267/2000)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC	SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione			
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC	SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione	Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016		
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1	(da pubblicare in tabelle)	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	Tempestivo (ex art. 8)	Il dato è pubblicato entro 30 giorni dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato	SUMAEP		
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti		Tempestivo (ex art. 8)	Il dato è pubblicato entro 30 giorni dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato	SUMAEP		
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2	(da pubblicare in tabelle)	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di misurazione e valutazione della performance per l'assegnazione del trattamento accessorio	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione		
					Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	Tempestivo (ex art. 8)	Il dato è pubblicato entro 30 giorni dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato	SUMAEP		
Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti					Tempestivo (ex art. 8)	Il dato è pubblicato entro 30 giorni dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato	SUMAEP			
Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016						
		Art. 22, c. 1, lett. a)		Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)					

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *										
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis	
Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 2	Enti pubblici vigilati (da pubblicare in tabelle)	Per ciascuno degli enti:	Annuale (art. 22, c. 1)		Al momento non vi sono enti Pubblici Vigilati		Banca Dati SIQuEL e Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)	
				1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)					
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)					
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)					
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)					
				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)	Annuale (art. 22, c. 1)					
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)					
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo (con l'esclusione dei rimborsi per vitto e alloggio)	Annuale (art. 22, c. 1)					
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)					
				Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)					
	Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati	Annuale (art. 22, c. 1)								
	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b)	Art. 22, c. 2	Dati società partecipate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società, partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati italiani o di altri paesi dell'Unione europea, e loro controllate. (art. 22, c. 6)	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
					Per ciascuna delle società:	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
					1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
					2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
					3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
					4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante					Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG			
6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG							
7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG							
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (link al sito dell'ente)	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013)	Entro 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione	SSD AALLGG							
Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico (link al sito dell'ente)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)	Entro 30 giorni dal ricevimento della dichiarazione	SSD AALLGG							

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		Art. 22, c. 3		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG		
		Art. 22, c. 1, lett. d-bis	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)	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 1 mese dalla comunicazione degli atti da parte delle società partecipate	SSD AALLGG	Non Applicabile per le società ex 9 bis D.Lgs 502/92 smi	
	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		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla comunicazione degli atti da parte delle società partecipate	SSD AALLGG			
		Provvedimenti con cui le società a controllo pubblico garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento		Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla comunicazione degli atti da parte delle società partecipate	SSD AALLGG			
Enti di diritto privato controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c)	Enti di diritto privato controllati (da pubblicare in tabelle)	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	Annuale (art. 22, c. 1)		Al momento non vi sono enti di diritto privato controllati		
				Per ciascuno degli enti: 1) ragione sociale	Annuale (art. 22, c. 1)				
		Art. 22, c. 2		2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)				
				3) durata dell'impegno	Annuale (art. 22, c. 1)				
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	Annuale (art. 22, c. 1)				
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	Annuale (art. 22, c. 1)				
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	Annuale (art. 22, c. 1)				
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	Annuale (art. 22, c. 1)				
				Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconfiribilità dell'incarico (<u>link al sito dell'ente</u>)	Tempestivo (art. 20, c. 1, 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 (<u>link al sito dell'ente</u>)	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013)				
Art. 22, c. 3	Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)							
Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d)	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	Annuale (art. 22, c. 1)	Entro il 31/08 successivo all'esercizio di riferimento	SSD AALLGG			
Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1	Dati aggregati attività amministrativa	Dati relativi alla attività amministrativa, in forma aggregata, per settori di attività, per competenza degli organi e degli uffici, per tipologia di procedimenti	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del dlgs 97/2016					
	Art. 35, c. 1, lett. a)		Per ciascuna tipologia di procedimento: 1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM			
	Art. 35, c. 1, lett. b)		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM			
	Art. 35, c. 1, lett. c)		3) l'ufficio del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Attività e procedimenti		Art. 35, c. 1, lett. c)		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. e)		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. f)		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. g)		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. h)		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. i)		9) <i>link</i> di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	Tempestivo (ex art. 8)		In fase di analisi		
		Art. 35, c. 1, lett. l)		10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. m)		11) nome del soggetto a cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. d)		Per i procedimenti ad istanza di parte: 1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
		Art. 35, c. 1, lett. d) e Art. 1, c. 29, l. 190/2012		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni da modifiche apportate da atti formali	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM		
Monitoraggio tempi procedurali	Art. 24, c. 2 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedurali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedurali	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016					
Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni precedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalle modifiche	Tutte le articolazioni Amministrative IOR - SUMAGP-SUMAEP -SUMCF - SUME - SAM			
Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 60 giorni dalla scadenza del semestre	SSD AALLGG - SC PAT - SC AR - SAM (per quanto di competenza)	Cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019, con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel Tavolo regionale RPCT di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.	
	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta (link alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"); accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	Semestrale (art. 23, c. 1)	Entro 60 giorni dalla scadenza del semestre	SSD AALLGG - SC PAT - SC AR - SAM (per quanto di competenza)		
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1 /Art. 1, co. 16 della l. n. 190/2012	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera.	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
Controlli sulle imprese		Art. 25, c. 1, lett. a)	Tipologie di controllo	Elenco delle tipologie di controllo a cui sono assoggettate le imprese in ragione della dimensione e del settore di attività, con l'indicazione per ciascuna di esse dei criteri e delle relative modalità di svolgimento	Dati non più soggetti a pubblicazione obbligatoria ai sensi del d.lgs. 97/2016				
		Art. 25, c. 1, lett. b)	Obblighi e adempimenti	Elenco degli obblighi e degli adempimenti oggetto delle attività di controllo che le imprese sono tenute a rispettare per ottemperare alle disposizioni normative					
Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. Anac n. 39/2016	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	Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190 Informazioni sulle singole procedure (da pubblicare secondo le "Specifiche tecniche per la pubblicazione dei dati ai sensi dell'art. 1, comma 32, della Legge n. 190/2012", adottate secondo quanto indicato nella delib. Anac 39/2016)	Codice Identificativo Gara (CIG)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SAM - SC PAT		
				Struttura proponente, Oggetto del bando, Procedura di scelta del contraente, Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, Aggiudicatario, Importo di aggiudicazione, Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, Importo delle somme liquidate	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di riferimento	SAM - SC PAT		
				Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012)	Entro il 31/01	SAM - SC PAT		
	Art. 37, c. 1, lett. 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	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'approvazione dei programmi	SAM - SC PAT			
	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Per ciascuna procedura: Avvisi di preinformazione - Avvisi di preinformazione (art. 70, c. 1, 2 e 3, dlgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazioni (art. 141, dlgs n. 50/2016)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla data dell'avviso	SAM			
	Delibera a contrarre o atto equivalente (per tutte le procedure)			Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di riferimento	SAM - SC PAT			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del 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 ed avvisi (art. 36, c. 9, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed avvisi (art. 73, c. 1, e 4, d.lgs n. 50/2016); Bandi ed 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 n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153, c. 2, d.lgs n. 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)	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di riferimento	SAM - SC PAT	NOTA BENE: in "Profilo del committente" occorre inserire anche specifica voce denominata ""Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L.n.24 del 8/3/2017" secondo quanto indicato nelle note PG/2017/0302132 del 20/04/2017 del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/0438502 del 13/06/2017 dell'Oiv-SSR (pubblicazione annuale al 31/3)	Banche Dati BDAP + BDNCP + Servizio contratti pubblici (Art. 9bis All. b)
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016		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	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di riferimento	SAM - SC PAT		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, 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)	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di riferimento	SAM		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e 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)	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di riferimento	SAM - SC PAT		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e 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)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	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)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT		
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e art. 29, c. 1, d.lgs. n. 50/2016	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT		
		Art. 1, co. 505, l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. 50/2016)	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	Tempestivo		NA	COMMA 505 ABRIGATO DAL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 19 APRILE 2017, N. 56,	

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 e 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	Tempestivo	Entro 30 giorni	SAM - SC PAT		
Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteria e modalità	Art. 26, c. 1	Criteria e modalità	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità cui le amministrazioni devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati	Tempestivo (ex art. 8)	dall'adozione del provvedimento e comunque prima della produzione di effetti degli atti	SC PAT		
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2	Atti di concessione (da pubblicare in tabelle creando un collegamento con la pagina nella quale sono riportati i dati dei relativi provvedimenti finali) (NB: è fatto divieto di diffusione di dati da cui sia possibile ricavare informazioni relative allo stato di salute e alla situazione di disagio economico-sociale degli interessati, come previsto dall'art. 26, c. 4, del d.lgs. n. 33/2013)	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	SC PAT	Si rappresenta una oggettiva ambiguità interpretativa di carattere generale sulla portata e sul significato degli art.26 e 27 del D. Lgs.33/2013 e smi che meriterebbero un intervento normativo chiarificatore al fine di evitare pubblicazioni incoerenti e/o modalità di applicazione differenziate tra diverse amministrazioni del Comparto Sanità. Si segnala inoltre che, visto la tipologia di interventi attuati dalle Aziende sanitarie, alcune voci sono pubblicate con le limitazioni previste dal c.4 dell'art.26	
		Art. 27, c. 1, lett. a)		Per ciascun atto: 1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. b)		2) importo del vantaggio economico corrisposto	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. c)		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. d)		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. e)		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	SC PAT		
		Art. 27, c. 1, lett. f)		6) link al progetto selezionato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	Marketing sociale		
		Art. 27, c. 1, lett. f)		7) link al curriculum vitae del soggetto incaricato	Tempestivo (art. 26, c. 3)	Entro 30 giorni dall'emanazione del provvedimento ma prima del pagamento	Marketing sociale		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		Art. 27, c. 2		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	Annuale (art. 27, c. 2)	Entro 28/03	SC PAT		
Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1 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	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla approvazione della Regione Emilia-Romagna	SC BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
		Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Art. 29, c. 1 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, nonché dati relativi al bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla approvazione della Regione Emilia-Romagna	SC BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI			
	Art. 29, c. 1-bis e d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci consuntivi in formato tabellare aperto in modo da consentire l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo.	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN			
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2 - Art. 19 e 22 del dlgs n. 91/2011 - Art. 18-bis del dlgs n. 118/2011	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti e detenuti	Tempestivo (ex art. 8)	semestrale. Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	SC PAT	Anche beni "detenuti"	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	Tempestivo (ex art. 8)	semestrale. Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	SC PAT		
Controlli e rilievi sull'amministrazione	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31	Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	Annuale e in relazione a delibere A.N.AC.		OAS/OIV		
				Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
				Relazione dell'OIV sul funzionamento complessivo del Sistema di valutazione, trasparenza e integrità dei controlli interni (art. 14, c. 4, lett. a), d.lgs. n. 150/2009)	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla trasmissione da parte OIV	OAS/OIV		
	Organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile	Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile al bilancio di previsione o budget, alle relative variazioni e al conto consuntivo o bilancio di esercizio	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	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla trasmissione da parte OIV	OAS/OIV		
					Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla formalizzazione della relazione	SEGRETERIA COLLEGIO SINDACI		
Corte dei conti	Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi della Corte dei conti ancorché non recepiti riguardanti l'organizzazione e l'attività delle amministrazioni stesse e dei loro uffici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla conoscenza/comunicazione del rilievo	SSD AALLGG				
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'eventuale modifica	Marketing Sociale		
	Class action	Art. 1, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 2, d.lgs. n. 198/2009 Art. 4, c. 6, d.lgs. n. 198/2009	Class action	Notizia del ricorso in giudizio proposto dai titolari di interessi giuridicamente rilevanti ed omogenei nei confronti delle amministrazioni e dei concessionari di servizio pubblico al fine di ripristinare il corretto svolgimento della funzione o la corretta erogazione di un servizio	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione dei provvedimenti	SSD AALLGG		
				Sentenza di definizione del giudizio	Tempestivo				
				Misure adottate in ottemperanza alla sentenza	Tempestivo				
Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a) Art. 10, c. 5	Costi contabilizzati (da pubblicare in tabelle)	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi e il relativo andamento nel tempo	Annuale (art. 10, c. 5)	Entro 30 giorni dall'adozione del Bilancio di Esercizio	SC Programmazione Controllo e Sistemi di Valutazione			

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6	Liste di attesa (obbligo di pubblicazione a carico di enti, aziende e strutture pubbliche e private che erogano prestazioni per conto del servizio sanitario) (da pubblicare in tabelle)	Criteri di formazione delle liste di attesa, tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dall'invio alla Regione dei dati MAPS	Direzione Sanitaria		
	Servizi in rete	Art. 7 co. 3 d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 8 co. 1 del d.lgs. 179/16	Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete	Risultati delle rilevazioni sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete resi all'utente, anche in termini di fruibilità, accessibilità e tempestività, statistiche di utilizzo dei servizi in rete.	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla formalizzazione della rilevazione	ICT		
Pagamenti dell'amministrazione	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41, c. 1-bis	Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata (da pubblicare in tabelle)	Dati relativi a tutte le spese e a tutti i pagamenti effettuati, distinti per tipologia di lavoro, bene o servizio in relazione alla tipologia di spesa sostenuta, all'ambito temporale di riferimento e ai beneficiari	Trimestrale (in fase di prima attuazione semestrale)	Entro 1 mese dalla fine del trimestre	SUMCF	Anche mediante link a http://soldipubblici.gov.it (ex art.4bis)	
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi, prestazioni professionali e forniture (indicatore annuale di tempestività dei pagamenti)	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro il 31/01 di ogni anno con riferimento all'anno precedente	SUMCF		
				Indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti	Trimestrale (art. 33, c. 1)	Entro 1 mese dalla fine del trimestre	SUMCF		
				Ammontare complessivo dei debiti	Annuale (art. 33, c. 1)	Entro 1 mese dalla fine del trimestre	SUMCF		
IBAN e pagamenti informatici	Art. 36 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, ...	Tempestivo (ex art. 8)	Entro 30 giorni dalla modifica	SC BILANCIO E COORDINAMENTO PROCESSI ECONOMICI			
Opere pubbliche	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1	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)	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 21 co.7 d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Atti di programmazione delle opere pubbliche (<i>link</i> alla sotto-sezione "bandi di gara e contratti"). A titolo esemplificativo: - Programma triennale dei lavori pubblici, nonché i relativi aggiornamenti annuali, ai sensi art. 21 d.lgs. n 50/2016 - Documento pluriennale di pianificazione ai sensi dell'art. 2 del d.lgs. n. 228/2011, (per i Ministeri)	Tempestivo (art.8, c. 1)	Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio da parte della RER	SC PAT		anca Dati BDAP (Art. 9bis All
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 Art. 38, c. 2	(da pubblicare in tabelle, sulla base dello schema tipo redatto dal Ministero dell'Amministrazione delle Finanze e del Tesoro)	Informazioni relative ai tempi e agli 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	Tempestivo (art. 38, c. 1)	annuale. Entro fine marzo per l'anno precedente	SC PAT	
Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate				Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate	Tempestivo (art. 38, c. 1)	annuale. Entro fine marzo per l'anno precedente	SC PAT		
Pianificazione e governo del territorio	Art. 39, c. 1, lett. a) Art. 39, c. 2	(da pubblicare in tabelle)	Pianificazione e governo del territorio	Atti di governo del territorio	Non pertinente alle aziende sanitarie		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
			Documentazione relativa a ciascun procedimento di presentazione e approvazione delle proposte di trasformazione urbanistica	Non pertinente alle aziende sanitarie	NA - Non Applicabile Aziende SSN				
			Informazioni ambientali	Informazioni ambientali che le amministrazioni detengono ai fini delle proprie attività istituzionali:	Tempestivo (ex art. 8)				
			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	Tempestivo (ex art. 8)				

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sez sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Informazioni ambientali		Art. 40, c. 2	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	Tempestivo (ex art. 8)		SC PAT	RPC	
			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	Tempestivo (ex art. 8)				
			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	Tempestivo (ex art. 8)				
			Relazioni sull'attuazione della legislazione	5) Relazioni sull'attuazione della legislazione ambientale	Tempestivo (ex art. 8)				
			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	Tempestivo (ex art. 8)				
			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	Tempestivo (ex art. 8)				
Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4	Strutture sanitarie private accreditate (da pubblicare in tabelle)	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)		COMMITTENZA		
				Accordi interscisi con le strutture private accreditate	Annuale (art. 41, c. 4)		COMMITTENZA		
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a)	Interventi straordinari e di emergenza (da pubblicare in tabelle)	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	Tempestivo (ex art. 8)		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		Art. 42, c. 1, lett. b)		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	Tempestivo (ex art. 8)				
		Art. 42, c. 1, lett. c)		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	Tempestivo (ex art. 8)				
Altri contenuti	Prevenzione della Corruzione	Art. 10, c. 8, lett. a)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza e suoi allegati, le misure integrative di prevenzione della corruzione	Annuale	Entro 30 giorni dall'adozione e/o in relazione a termini indicati da ANAC	RPCT		
		Art. 1, c. 8, l. n. 190/2012, Art. 43, c. 1	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Tempestivo	Entro 30 giorni dal provvedimento di nomina	Direzione Generale		
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	Tempestivo	Entro 30 giorni dall'adozione del provvedimento	RPCT		
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	Annuale (ex art. 1, c. 14, l. n. 190/2012)	In relazione ai termini indicati da ANAC	RPCT		
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti	Provvedimenti adottati dall'A.N.AC. ed atti di adeguamento a tali provvedimenti in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla conoscenza/comunicazione del provvedimento ANAC. Entro 30 giorni dall'adozione dell'atto di adeguamento	RPCT		
		Art. 18, c. 5, d.lgs. n. 39/2013	Atti di accertamento delle violazioni	Atti di accertamento delle violazioni delle disposizioni di cui al d.lgs. n. 39/2013	Tempestivo	Entro 30 giorni dalla comunicazione della violazione	RPCT		
		Art. 5, c. 1 / Art. 2, c. 9-bis, l. 241/90	Accesso civico "semplice" concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria	Nome del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale e nome del titolare del potere sostitutivo, attivabile nei casi di ritardo o mancata risposta, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Entro 30 giorni dal provvedimento di nomina del RPCT	Supporto Direzionale		

ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE *									
Denominazione sotto-sez livello 1	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Aggiornamento	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5, c. 2	Accesso civico "generalizzato" concernente dati e documenti ulteriori	Nomi Uffici competenti cui è presentata la richiesta di accesso civico, nonché modalità per l'esercizio di tale diritto, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	Tempestivo	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Supporto Direzionale		
		Linee guida Anac FOIA (del. 1309/2016)	Registro degli accessi	Elenco delle richieste di accesso (atti, civico e generalizzato) con indicazione dell'oggetto e della data della richiesta nonché del relativo esito con la data della decisione	Semestrale	Entro 30 giorni dalla scadenza del semestre	Supporto Direzionale		
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo dei dati, metadati e banche dati	Art. 53, c. 1 bis, d.lgs. 82/2005 modificato dall'art. 43 del d.lgs. 179/16	Catalogo dei dati, metadati e delle banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati definitivi e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni, da pubblicare anche tramite link al Repertorio nazionale dei dati territoriali (www.rndt.gov.it), al catalogo dei dati della PA e delle banche dati www.dat.gov.it e http://basidati.agid.gov.it/catalogo gestiti da AGID	Tempestivo	Entro 30 giorni dal provvedimento di adozione o modifica	ICT		
		Art. 53, c. 1, bis, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati, fatti salvi i dati presenti in Anagrafe tributaria	Annuale	Entro il 31/03 di ogni anno	ICT		
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	Obiettivi di accessibilità (da pubblicare secondo le indicazioni contenute nella circolare dell'Agenzia per l'Italia digitale n. 1/2016 e s.m.i.)	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno) e lo stato di attuazione del "piano per l'utilizzo del telelavoro" nella propria organizzazione	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)	Entro il 31/03 di ogni anno	Marketing sociale - ICT		
Altri contenuti	Dati ulteriori	art.11, c.4bis, D.Lgs 211/2003 - introdotto dall'art.2, c.1, D.Lgs.52/2019	Informazioni sulle sperimentazioni dei farmaci (art.11, c.4bis, D.Lgs 211/200)	Titolo/oggetto del contratto di sperimentazione Coice EUDRACT Promotore Codice del protocollo del promotore Data del nulla osta della Direzione Data sottoscrizione del contratto Unità operativa/e coinvolta/e Nome - cognome del principal investigator CV del principal investigator (link) Budget economico della sperimentazione (A) Rimborsi per prestazioni sanitarie aggiuntive legate alla sperimentazione (B) Totale (A+B) Data chiusura della sperimentazione (per quelle chiuse).	Trimestrale	Entro la fine del mese successivo al trimestre considerato. Prima applicazione: entro 31/2020 pubblicazione del quadro delle sperimentazioni attive al 31/12/2019	CTC e SC AR (Per quanto di competenza)	cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 ad oggetto "Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D.Lgs.52/2019"	
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7-bis, c. 3 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori (NB: nel caso di pubblicazione di dati non previsti da norme di legge si deve procedere alla anonimizzazione dei dati personali eventualmente presenti, in virtù di quanto disposto dall'art. 4, c. 3, del d.lgs. n. 33/2013)	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate Da PNA 2016 alcuni possibili indicatori : - Indicatori su appalti - Tecnologie aziendali (in comodato d'uso/in prova) - Patrimonio non utilizzato per finalità proprie - strutture private autorizzate - documento su Sistema Controlli Interni	Entro 30 giorni dall'adozione degli atti deliberativi	Tutte le articolazioni Amministrative IOR e Servizi Metropolitan (per quanto di competenza)	Prevedere voce ad hoc "Relazione annuale sugli accadimenti relativi alla sicurezza delle cure e alle relative azioni di miglioramento" contenente relazione annuale ex art.2 c.5 L.24/2017, da pubblicare entro 31/3 di ogni anno (cfr. nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	

* I dati oggetto di pubblicazione obbligatoria solo modificati dal dlgs 97/2016 è opportuno rimangano pubblicati sui siti (es. dati dei dirigenti già pubblicati ai sensi dell'art. 15 del previgente testo del dlgs 33/2013)

I riferimenti normativi ove non specificato sono riferiti al D.Lgs 33/2013 e s.m.i.

ALLEGATO 3
AL PTPCT IOR 2020-2022

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31/01/2020 DELLA RELAZIONE ANNUALE DEL RESPONSABILE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni relativamente all'attuazione del PTPC 2019 e pubblicata sul sito istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché gli enti pubblici economici utilizzano, per quanto compatibile, la presente scheda con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base al PNA 2013, al successivo Aggiornamento del 2015 (Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015), al PNA 2016 (Delibera n. 831 del 3 agosto 2016) alle Linee Guida ANAC di cui alla determinazione n. 1134/2017, all'Aggiornamento 2017 (Delibera n. 1208 del 22 novembre 2017) e all'Aggiornamento 2018 del PNA (Delibera n. 1074 del 21 novembre 2018)

ID	Domanda	Risposta (inserire "X" per le opzioni di risposta selezionate)	Ulteriori Informazioni (Max 2000 caratteri)
2	GESTIONE DEL RISCHIO		
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio per verificare la sostenibilità di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPC		
2.A.1	Si (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)	X	Le maggiori criticità evidenziate riguardano i processi gestiti dai servizi oggetto di unificazione in ambito metropolitano. E' stata avviata una fase di revisione della mappatura dei processi in capo a tali servizi, che ha esitato nella produzione di nuove schede per il Servizio Acquisti Metropolitano già acquisite nel PTPCT 2019-2021. Nel corso del 2019 è stato effettuato un AUDIT congiunto presso il SUMAP valutando in particolare i processi di acquisizione del personale, il conferimento di incarichi e l'area economica. La suddivisione del SUMAP in SUMAGP e SUMAEP richiederà una nuova valutazione dei processi.
2.A.2	No, anche se il monitoraggio era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
2.A.3	No, il monitoraggio non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento		
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti, e gli eventi corruttivi come definiti nel PNA 2013 (§ 2.1), nel PNA 2015 (§ 2.1), nella determinazione 6/2015 (§ 3, lett. a), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (§ 3.3.) e come mappati nei PTPC delle amministrazioni)		
2.B.1	Acquisizione e progressione del personale		
2.B.2	Affidamento di lavori, servizi e forniture		
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario		

2.B.5	Affari legali e contenzioso		
2.B.6	Incarichi e Nomine		
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio		
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)		
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	X	
2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPC 2019 erano state previste misure per il loro contrasto		
2.C.1	Sì (indicare le motivazioni della loro inefficacia)		
2.C.2	No (indicare le motivazioni della mancata previsione)		
2.D	Indicare se è stata effettuata un'integrazione tra il sistema di monitoraggio delle misure anticorruzione e i sistemi di controllo interno		
2.D.1	Sì (indicare le modalità di integrazione)	X	Permane strettissima l'integrazione tra il sistema di verifica anticorruzione e il controllo degli obiettivi di budget previsto dal Piano della Performance. Restano inoltre operative le collaborazioni con Organi e Organismi di controllo interni all'Istituto quali Collegio Sindacale, UPD, Controllo di Gestione e OAS Aziendale
2.D.2	No (indicare la motivazione)		
2.E	Indicare se sono stati mappati tutti i processi		
2.E.1	Sì		
2.E.2	No, non sono stati mappati i processi (indicare le motivazioni)		
2.E.3	No, ne sono stati mappati solamente alcuni (indicare le motivazioni)	X	Sono stati mappati i processi valutati critici nelle aree di rischio generali e specifiche ritenute, anche sulla base del PNA, maggiormente esposte nello specifico ambito sanitario
2.E.4	Nel caso della mappatura parziale dei processi, indicare le aree a cui afferiscono i processi mappati		
2.G	Indicare se il PTPC è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni		
2.G.1	Sì (indicare con quali amministrazioni)		
2.G.2	No	X	
3	MISURE SPECIFICHE		
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali		
3.A.1	Sì	X	
3.A.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
3.A.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
3.B.	Se sono state attuate misure specifiche, indicare se tra di esse rientrano le seguenti misure (più risposte possibili):		
3.B.1	Attivazione di una procedura per la raccolta di segnalazioni da parte della società civile riguardo a eventuali fatti corruttivi che coinvolgono i dipendenti nonché i soggetti che intrattengono rapporti con l'amministrazione (indicare il numero di segnalazioni nonché il loro oggetto)	X	Nessuna segnalazione

3.B.2	Iniziative di automatizzazione dei processi per ridurre i rischi di corruzione (specificare quali processi sono stati automatizzati)	X	E' in corso la revisione di alcuni sistemi informativi che sarà completata nel 2020. In particolare sarà sostituito l'applicativo di gestione delle varie attività di produzione sanitaria - Attività libero Professionale, Liste d'attesa - con il nuovo Sistema Informativo Ospedaliero SIR2020. E' inoltre stata promossa una maggiore informatizzazione dei documenti attraverso l'attivazione e l'utilizzo del nuovo spazio di archiviazione e condivisione Fileserver2020. E' stato implementato l'utilizzo degli strumenti di GAAC (gestione informatizzata dell'area Amministrativo Contabile) e di GIPI (gestione informatizzata dei procedimenti)
3.B.3	Attività di vigilanza nei confronti di enti e società partecipate e/o controllate con riferimento all'adozione e attuazione del PTPC o di adeguamento del modello di cui all'art. 6 del D.Lgs. 231/2001 (solo se l'amministrazione detiene partecipazioni in enti e società o esercita controlli nei confronti di enti e società)	X	Adempimento degli obblighi di trasparenza previsti per le partecipazioni societarie nonché dal T.U.S.P. (D.lgs.175/2016)
3.C	Se sono state attuate misure specifiche, formulare un giudizio sulla loro attuazione indicando quelle che sono risultate più efficaci nonché specificando le ragioni della loro efficacia (riferirsi alle tipologie di misure indicate a pag. 22 dell'Aggiornamento 2015 al PNA):	X	Misure di regolamentazione: nel dicembre 2019 adozione del REGOLAMENTO SULLA PRESENZA NELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI DI FORNITORI DI AUSILI E PRESIDI ORTOPEDICI E PROTESICI; in corso di revisione il Regolamento per lo svolgimento di incarichi extraistituzionali da parte del personale dipendente IOR. Le misure adottate sono ritenute adeguate e si potrà formulare un giudizio sulla loro reale efficacia solo al termine del primo anno di applicazione.
3.D	Indicare se alcune misure sono frutto di un'elaborazione comune ad altre amministrazioni		
3.D.1	Si (indicare quali misure, per tipologia)	X	Misure di regolamentazione: in corso iter adozione del Regolamento AVEC inerente i procedimenti relativi a donazioni di beni e denaro, comodati d'uso gratuito e conto visione ; Misure di controllo: AUDIT congiunti in ambito metropolitano su servizi unificati; Misure di semplificazione di processi: implementazione dei moduli del Portale del Dipendente presenti su GRU tra gli altri i moduli per la gestione delle richieste di autorizzazione all'assenza e del deposito delle dichiarazioni previste dal codice di comportamento
3.D.2	No		
4	TRASPARENZA		
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"		
4.A.1	Si (indicare le principali sotto-sezioni alimentate da flussi informatizzati di dati)	X	Personale/Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti; Consulenti e collaboratori/titolari di incarichi di collaborazione e consulenza;Bandi di gara e contratti/Informazioni sulle singole procedure/profilo del committente;Bandi di gara e contratti/Informazioni sulle singole procedure/bandi di gara lavori e servizi tecnici connessi;Delibere a contrarre e documenti analoghi; Registro Accessi
4.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		

4.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite		
4.B.1	Sì (indicare il numero delle visite)	X	Nel 2018 la sezione "Amministrazione trasparente" ha avuto 1.525 accessi e 13.595 visualizzazioni di pagina. Gli accessi erano stati 747 nel 2017 e 533 nel 2016; le visualizzazioni di pagina 11.877 nel 2017 e 11.370 nel 2016
4.B.2	No (indicare se non è presente il contatore delle visite)		
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"		
4.C.1	Sì (riportare il numero di richieste pervenute e il numero di richieste che hanno dato corso ad un adeguamento nella pubblicazione dei dati)		
4.C.2	No	X	
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"		
4.D.1	Sì (riportare il numero complessivo di richieste pervenute e, se disponibili, i settori interessati dalle richieste di accesso generalizzato)	X	5 SUMAP/SPP/SPAT/DA/DG
4.D.2	No		
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi		
4.E.1	Sì (se disponibili, indicare i settori delle richieste)	X	personale, relazioni sindacali, prevenzione e protezione, patrimonio e servizio tecnico
4.E.2	No		
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze		
4.F.1	Sì	X	
4.F.2	No		
4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati:		
4.G.1	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardato la totalità oppure un campione di obblighi)	X	2 volte/anno (1 su campione 1 su totalità)
4.G.2	No, anche se era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
4.G.3	No, non era previsto dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento:		Il livello di adempimento si ritiene buono anche se parte della documentazione, soprattutto quella più datata, presenta problematiche in relazione al formato previsto per la pubblicazione
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE		
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione		
5.A.1	Sì	X	
5.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
5.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione:		
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze: (più risposte possibili)		
5.C.1	SNA	X	
5.C.2	Università	X	
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)		
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)		
5.C.5	Formazione in house	X	
5.C.6	Altro (specificare quali)		

5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base, ad esempio, di eventuali questionari somministrati ai partecipanti:		La formazione erogata è di livello adeguato ancorchè suscettibile di miglioramento sotto il profilo della partecipazione da parte del personale di area sanitaria
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE		
6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	1337	
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	265	
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	1072	
6.B	Indicare se nell'anno 2019 è stata effettuata la rotazione del personale come misura di prevenzione del rischio.		
6.B.1	Sì (riportare i dati quantitativi di cui si dispone relativi alla rotazione dei dirigenti, dei funzionari e del restante personale)	X	a seguito collocamento a riposo due dirigenti (Supporto Direzionale e Accesso ai Servizi) e a seguito rientro attività da servizio unificato del personale due funzionari (gestione incarichi extraistituzionali e ufficio ALP); rotazione componenti Commissioni di Concorso e di Gara
6.B.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
6.B.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
6.B.4	Indicare, ove non sia stato possibile applicare la misura, le scelte organizzative o le altre misure di natura preventiva ad effetto analogo		segregazione funzioni
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2019, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2019)		
6.C.1	Sì	X	
6.C.2	No		
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013		
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità:		
7.A.1	Sì (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)	X	all'atto del conferimento dell'incarico, nel 2019 non vi sono stati avvicendamenti
7.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
7.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
7.B	Formulare un giudizio sulle iniziative intraprese per la verifica delle situazioni di inconferibilità per incarichi dirigenziali:		
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013		
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità:		
8.A.1	Sì (indicare quali e il numero di violazioni accertate)	X	Acquisizione della dichiarazione annuale del vertice aziendale
8.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
8.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
8.B	Formulare un giudizio sulla misura adottata per la verifica delle situazioni di incompatibilità per particolari posizioni dirigenziali:		
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI		
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi:		
9.A.1	Sì	X	
9.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		

9.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
9.B	Se non è stata adottata una procedura prestabilita, indicare le ragioni della mancata adozione		
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati:		
9.C.1	Si (indicare le segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
9.C.2	No	X	non si ha notizie di segnalazioni nel 2019
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNA LA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)		
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per l'inoltro e la gestione di segnalazione di illeciti da parte di dipendenti pubblici dell'amministrazione:		
10.A.1	Si	X	
10.A.2	No, anche se la misura era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
10.A.3	No, la misura non era prevista dal PTPC con riferimento all'anno 2019		
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione:		
10.C	Se è stata attivata la procedura, indicare attraverso quale tra i seguenti mezzi sono inoltrate le segnalazioni:		
10.C.1	Documento cartaceo		
10.C.2	Email	X	
10.C.3	Sistema informativo dedicato		
10.C.4	Sistema informativo dedicato con garanzia di anonimato		
10.D	Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni dal personale dipendente dell'amministrazione:		
10.D.1	Si, (indicare il numero delle segnalazioni)		
10.D.2	No	X	
10.E	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a casi di discriminazione dei dipendenti che hanno segnalato gli illeciti:		
10.E.1	Si (indicare il numero di casi)		
10.E.2	No		
10.F	Indicare se tramite la procedura di whistleblowing sono pervenute segnalazioni anonime o da parte di soggetti non dipendenti della stessa amministrazione		
10.F.1	Si (indicare il numero di casi)		
10.F.2	No	X	
10.G	Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie:		Data la rilevanza della materia oggetto di segnalazione si prevede per il 2020 il passaggio ad un sistema informatico dedicato con garanzia anonimato (open source)
11	CODICE DI COMPORTAMENTO		

11.A	Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013):		
11.A.1	Sì	X	
11.A.2	No (indicare la motivazione)		
11.B	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono stati adeguati gli atti di incarico e i contratti alle previsioni del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.B.1	Sì	X	
11.B.2	No		
11.C	Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione:		
11.C.1	Sì (indicare il numero delle segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
11.C.2	No	X	
11.D	Se sono pervenute segnalazioni, indicare se esse hanno dato luogo a procedimenti disciplinari:		
11.D.1	Sì (indicare il numero di procedimenti disciplinari specificando il numero di quelli che hanno dato luogo a sanzioni)		
11.D.2	No		
11.E	Formulare un giudizio sulle modalità di elaborazione e adozione del codice di comportamento:		Il Codice di Comportamento IOR è stato adottato con delibera n. 127 del 30/05/2018 e sostituisce il previgente Codice in vigore dall'anno 2000. I contenuti del Codice sono stati diffusi tra i dipendenti tramite momenti formativi, news letter aziendale e informative dedicate a specifiche tematiche (conflitto di interessi, deposito dichiarazioni ecc.) Il dovere di presa visione e osservanza del Codice è specificamente richiamato in tutti i contratti di lavoro e collaborazione. Si evidenzia che attualmente ANAC sta predisponendo nuove linee guida concernenti il Codice di Comportamento di prossima adozione e pertanto come suggerito dal PNA 2019 si attendono tali aggiornamenti prima di procedere ad eventuale revisione del Codice dell'Istituto.
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI		
12.A	Indicare se nel corso del 2019 sono pervenute segnalazioni che prefigurano responsabilità disciplinari o penali legate ad eventi corruttivi:		
12.A.1	Sì (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di quelle che hanno dato luogo all'avvio di procedimenti disciplinari o penali)		
12.A.2	No	X	
12.B	Indicare se nel corso del 2019 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti:		
12.B.1	Sì (indicare il numero di procedimenti)		
12.B.2	No	X	
12.C	Se nel corso del 2019 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se tali procedimenti hanno dato luogo a sanzioni:		
12.C.1	Sì, multa (indicare il numero)		
12.C.2	Sì, sospensione dal servizio con privazione della retribuzione (indicare il numero)		
12.C.3	Sì, licenziamento (indicare il numero)		
12.C.4	Sì, altro (specificare quali)		

12.D	Se nel corso del 2019 sono stati avviati procedimenti disciplinari per fatti penalmente rilevanti a carico dei dipendenti, indicare se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):		
12.D.1	Si, peculato – art. 314 c.p.		
12.D.2	Si, Concussione - art. 317 c.p.		
12.D.3	Si, Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.		
12.D.4	Si, Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio –art. 319 c.p.		
12.D.5	Si, Corruzione in atti giudiziari –art. 319ter c.p.		
12.D.6	Si, induzione indebita a dare o promettere utilità – art. 319quater c.p.		
12.D.7	Si, Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio –art. 320 c.p.		
12.D.8	Si, Istigazione alla corruzione –art. 322 c.p.		
12.D.9	Si, Traffico di influenze illecite -art. 346- bis c.p.		
12.D.10	Si, Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.		
12.D.11	Si, Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.		
12.D.12	Si, altro (specificare quali)		
12.D.13	No		
12.E	Se i fatti penalmente rilevanti sono riconducibili a reati relativi a eventi corruttivi, indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti penali (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna area):		
12.F	Indicare se nel corso del 2019 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali:		
12.F.1.	Si (indicare il numero di procedimenti)		
12.F.2.	No	X	
13	ALTRE MISURE		
13.A	Indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 (partecipazione a commissioni e assegnazioni agli uffici ai soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.):		
13.A.1	Si (indicare il numero di segnalazioni pervenute e il numero di violazioni accertate)		
13.A.2	No	X	
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati:		
13.B.1	Si (indicare il numero di contratti interessati dall'avvio di azioni di tutela)		
13.B.2	No	X	
13.C	Indicare se è stata effettuata la rotazione degli incarichi di arbitro:		
13.C.1	Si (specificare se sono stati adottati criteri di pubblicità dell'affidamento di incarichi)		
13.C.2	No, anche se sono stati affidati incarichi di arbitro		
13.C.3	No, non sono stati affidati incarichi di arbitro	X	

13.D	Indicare se sono pervenuti suggerimenti e richieste da parte di soggetti esterni all'amministrazione con riferimento alle politiche di prevenzione della corruzione: (più risposte possibili)		
13.D.1	Si, suggerimenti riguardo alle misure anticorruzione		
13.D.2	Si, richieste di chiarimenti e approfondimenti riguardanti le misure anticorruzione adottate		
13.D.3	No	X	
13.E	Formulare un giudizio sulle misure sopra citate specificando le ragioni della loro efficacia oppure della loro mancata adozione o attuazione:		In linea di massima le attività previste e programmate nel Piano risultano attuate ed efficaci; si ritiene positivo l'aver sviluppato in modo coerente gli obiettivi del PTPCT con quelli di budget, per attuare le necessarie sinergie. In esito ai monitoraggi effettuati presso i servizi si è rilevato che a seguito di modifiche organizzative (es. unificazione servizi) procedurali o di processo alcune misure non risultano più attuali e pertanto per garantirne l'efficacia si provvederà alla previsione del loro aggiornamento nel Piano 2020-2022
14.A	ROTAZIONE STRAORDINARIA		
14.A.1	Indicare se è stata prevista nel PTPCT o in altro atto organizzativo la disciplina per l'attuazione della rotazione straordinaria		
14.A.2	Si (indicare il numero dei soggetti coinvolti e le qualifiche rivestite)		
14.A.3	No, anche se la misura era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2019		
14.A.4	No, la misura non era prevista dal PTPCT con riferimento all'anno 2019	X	
15.A.	PANTOUFLAGE		
15.A.1	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage		
15.A.2	Si (indicare quanti e quali casi)		
15.A.3	No	X	
15.B	Indicare se nel PTPCT 2019 o in altro atto organizzativo sono state previste delle misure per il contrasto dei casi di pantouflage		
15.B.1	Si (indicare le misure adottate)	X	inserimento clausola pantouflage nella comunicazione di cessazione dal rapporto di lavoro