

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



IL DIRETTORE GENERALE

ESTRATTO DAL REGISTRO CRONOLOGICO DELLE DELIBERAZIONI

OGGETTO: Struttura Affari Istituzionali

**Approvazione del piano triennale per la Prevenzione della
Corruzione (PTPC) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2016 - 2018.**

DELIBERAZIONE N° 2

DEL 19 gennaio 2016

- ☐ **AREA DEGLI STAFF DI DIREZIONE STRATEGICA**
 - ☐ **SC PROGRAMMAZIONE, CONTROLLO E SISTEMI DI VALUTAZIONE**
 - ☐ UFFICIO CONTROLLO DI GESTIONE
 - ☐ **FLUSSI INFORMATIVI**
 - ☐ SISTEMA DI VALUTAZ. PERSONALE
 - ☐ **SERVIZIO UNIFICATO PREVENZIONE E PROTEZIONE**
 - ☐ **MEDICO COMPETENTE** ☐ INGEGNERIA CLINICA
 - ☐ **FORMAZIONE** ☐ RELAZIONI SINDACALI
 - ☐ **SS MOBILITA' SANITARIA**
 - ☐ **ANALISI MODELLI ASSIST.**
 - ☐ **CTRL CODIFICA RICOVERI**

ESPOSTA ALL'ALBO PRETORIO ON LINE del portale dell'Istituto Ortopedico Rizzoli in Bologna (www.ior.it),
Via di Barbiano n 1/10,
per quindici giorni a far data dal **28 gen 2016**

IL RESPONSABILE
Ufficio Delibere e Segreteria
CLAUDIO RASQUINI

INVIATA ALLA GIUNTA REGIONE EMILIA-ROMAGNA, AI SENSI DELLA DELIBERA DELLA REGIONE
EMILIA ROMAGNA N. 1856 DEL 21/11/2005 IL _____ E RICEVUTA IL _____

ATTO ESECUTIVO DAL **28 gen 2016**

Inviata a _____ per parere il _____

- OO.SS. DIRIGENZA RUOLO AMM.VO, PROF.LE,
SANITARIO E TECNICO:**
- ☐ CGIL ☐ CISL COSIADI ☐ FASSID ☐ ANAAO SNABI

Ortopedico Rizzoli in Bologna (www.ior.it),
IL RESPONSABILE

Ufficio Delibere e Segreteria
CLAUDIO BACOLINI

**DELLA DELIBERA DELLA REGIONE
E RICEVUTA IL**

STRUTTURA: AFFARI ISTITUZIONALI

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2016-2018.

IL DIRETTORE GENERALE

- tale nominato con Decreto del Presidente della Giunta della Regione Emilia Romagna n. 162 del 23.02.2015 del Presidente della Giunta regionale n. 32 del 27.02.2015.
- vista la proposta di deliberazione afferente all'oggetto, trasmessa dal Responsabile della Struttura Semplice Dipartimentale Affari Istituzionali, Dr.ssa Maria Carla Bologna – Responsabile della veridicità di quanto contenuto nel presente atto, ai sensi del combinato disposto di cui agli artt. 4,5 e 6 della legge 7 agosto 1990, n. 241, per chiunque sia portatore di un interesse personale e concreto al provvedimento;

Richiamate le seguenti deliberazioni, con particolare riferimento alla normativa in esse contenuta:

- n. 343/2013 di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dell'Integrità dell'Istituto;
- n. 48/2014 di approvazione del Piano 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;

Richiamata la legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";

Viste le seguenti disposizioni emanate dall'ANAC nel corso del 2015:

- determinazione n. 8 del 17 giugno 2015 "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalla pubblica amministrazione e degli enti pubblici economici";
- determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione";

Verificato che la proposta di aggiornamento al PTPC 2016 -2018 è stata predisposta tenendo conto delle modifiche del quadro normativo, delle determinazioni ANAC sopra citate, degli orientamenti assunti in sede del Tavolo permanente di Prevenzione della Corruzione AVEC attivato dai direttori generali delle aziende sanitarie delle province di Bologna e Ferrara nel corso del 2013, dell'esperienza maturata, nonché del confronto con i dirigenti e loro collaboratori delle aree a rischio generali e specifiche individuate dall'ANAC;

Precisato per la proposta di aggiornamento del PTPC 2016-2018 è stata seguita una procedura di consultazione pubblica aperta, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicata sul sito internet aziendale e sulla intranet aziendale per consentire agli stakeholder esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione con osservazioni, proposte di aggiornamento ecc. ;

Acclarato che, come da determinazione n. 12/2015 ANAC, il Piano Triennale Trasparenza ed Integrità (PTTI) costituisce una sezione del PTPC;

Rilevato che non sono state apportate modifiche al Codice di Comportamento IOR e al Regolamento “Svolgimento di attività e incarichi, incompatibilità, cumulo di impieghi” e che pertanto vengono pienamente riconfermati i contenuti dei predetti documenti approvati con deliberazione n. 48/2014;

Preso atto che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza ed Integrità ha proceduto all'illustrazione della proposta di aggiornamento PTPC 2016-2018 al Consiglio di Indirizzo e Verifica che, nella seduta del 18 dicembre 2015, ha approvato il predetto Piano;

Vista la “Relazione del Responsabile della Prevenzione della Corruzione ai sensi dell'art. 1, comma 14, legge n. 190 del 6 novembre 2012 - Anno 2015” redatta sulla base del modello standard emanato dall'Autorità Nazionale AntiCorruzione e pubblicata sul sito istituzionale dell'Istituto secondo le modalità previste dall'ANAC del 11 dicembre 2015;

Richiamata la deliberazione n.183/2015 di nomina del prof. Maurilio Marcacci quale supplente del Direttore Scientifico dell'Istituto e la deliberazione n. 279/2015 di proroga del medesimo incarico;

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

D E L I B E R A

per le motivazioni in premessa enunciate e qui integralmente richiamate:

1. di approvare il “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2016 – 2018 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale quale aggiornamento al PTPC 2013-2016 (del. n. 48/2014) e al PTCP 2015-2017 (del 26/2015);
2. di dare atto che il PTPC 2016 -2018 vale per tutte le sedi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli:
 - via Pupilli 1 e via di Barbiano 1/10, Bologna;
 - Presidio ospedaliero di Bentivoglio (BO);
 - Dipartimento Rizzoli Sicilia presso Villa S. Teresa di Bagheria (PA)
3. di individuare, con il presente provvedimento, specifiche responsabilità in capo ai Dirigenti delle strutture aziendali ai quali sono riconducibili azioni finalizzate all'assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione e di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, come indicati nel PTPC 2016-2018;
4. di prevedere la declinazione nel Piano della Performance aziendale gli obblighi derivanti dall'applicazione del PTPC 2016-2018 di cui al p. 3);
5. di disporre che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e Integrità provveda tempestivamente a trasmettere il PTPC 2016-2018 a tutti gli organi, gli organismi, le articolazioni aziendali delle diverse sedi dell'Istituto e alla sua pubblicazione sul sito internet nella

sezione Amministrazione Trasparente, (sottosezione Altri contenuti – Corruzione, così come disposto dalla determinazione 12/2015 ANAC) e sulla intranet aziendale, dandone comunicazione a tutti i dipendenti, al fine del rispetto degli obblighi di trasparenza (ex D.Lgs 33/2013) e all'invio alla Regione Emilia Romagna

- Direzione Generale Organizzazione, Personale, Sistemi Informativi e Telematica

Via A. Moro 18 - 40127 – Bologna

Via posta certificata: dor@postacert.regione.emilia-romagna.it

- Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali

Via A. Moro 18 - 40127 – Bologna

Via posta certificata: Dgsan@postacert.regione.emilia-romagna.it

6. di dare atto che il PTPC 2016 – 2018 costituisce un atto programmatico attraverso cui vengono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità, nonché un atto sovraordinato ad ogni altro atto dell'Istituto (fatta eccezione dei provvedimenti soggetti ad approvazione regionale) e che di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modifica e/o la sostituzione dei regolamenti, procedure e protocolli ad efficacia interna all'Istituto;

7. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecuti

Il Direttore Scientifico Supplente: Prof. Maurilio Marcacci (f.to Marcacci)

Il Direttore Amministrativo: Dott. Giampiero Cilione (f.to Cilione)

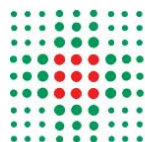
Il Direttore Sanitario: Dott. Luca Bianciardi (f.to Bianciardi)

Il Responsabile del Procedimento: Dott. ssa Maria Carla Bologna (f.to Bologna)

La Responsabile della S.S.D. Affari Istituzionali: Dott.ssa Maria Carla Bologna (f.to Bologna)

IL DIRETTORE GENERALE
Dott. Francesco Ripa Di Meana
(f.to Ripa di Meana)

.....OMISSIS.....
per copia conforme
il Responsabile dell'ufficio delibere
Claudio Bacolini
(f.to Bacolini)



**SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA - ROMAGNA**

Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2016 - 2018

" La corruzione è un furto di democrazia. Crea sfiducia, inquina le istituzioni, altera ogni principio di equità, penalizza il sistema economico, allontana gli investitori e impedisce la valorizzazione dei talenti. L'opacità e il malfunzionamento degli apparati pubblici e di giustizia colpisce ancora di più i poveri, le persone deboli, Icrea discriminazione, esclusioni, scarti, distrugge le opportunità di lavoro" (Presidente della Repubblica Sergio Mattarella in occasione della giornata mondiale contro la corruzione indetta dalle Nazioni Unite del 9 dicembre 2015)

gennaio 2016

PIANO TRIENNALE DELLA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE (PTPC) DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2016 - 2018	1
PREMESSA.....	3
1. QUADRO NORMATIVO	4
2. FONTI	6
3. ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI	9
4. CONTESTO, ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI	28
PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2016-2018	36
1. INTRODUZIONE	36
2. PRINCIPI E METODOLOGIA	38
3. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'	40
4. GESTIONE DEL RISCHIO: LE AREE A RISCHIO, LA MAPPATURA DEI PROCESSI E LE AZIONI CONSEGUENTI	43
5. SEGNALAZIONE DI FATTI ILLECITI O DI FATTI ANOMALI.....	46
6. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	47
7. FORMAZIONE.....	48
8. INCOMPATIBILITÀ	49
9. CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI.....	49
10. MISURE ULTERIORI.....	50
11. PUBBLICITÀ DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE	51
ALLEGATO N. 1 - MAPPATURA PROCESSI AZIENDALI	52
ALLEGATO N. 2 - REGISTRO EVENTI RISCHIOSI.....	104
ALLEGATO N. 3 - CRONOPROGRAMMA DELLA SEZIONE SPECIFICA: PROGRAMMA TRIENNALE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI) 2015 - 2017.....	107
SEZIONE SPECIFICA PTPC PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI) 2016 - 2018	108
1. INTRODUZIONE	109
2. NOZIONE DI "TRASPARENZA"	109
3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ.....	110
4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' (PTTI) 2015 – 2017	111
5. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA (PTTI)	114
6. DATI DA PUBBLICARE.....	115
7. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA.....	117
8. LE INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA.....	117
ALLEGATO N. 1 - CRONOPROGRAMMA DEL PROGRAMMA TRIENNALE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI) 2015 - 2017	122
SEZIONE PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' ALLEGATO N. 2 (ESTRATTO DA ALL.1 DELIBERA CIVIT. N. 50/2013).....	123

PREMESSA

Di fronte alle dimensioni del fenomeno corruttivo così come anche emerge dal report della Commissione Europea 2014, i rappresentanti delle istituzioni e dei cittadini stanno intervenendo a ogni livello per contrastare il fenomeno.

Si ricordano solo gli interventi più recenti.

“In tutto il mondo, il settore sanità è considerato uno dei più esposti al rischio di illegalità e per questo necessita di adeguati livelli di trasparenza: le notevoli dimensioni della spesa, la pervasività delle asimmetrie informative, l'entità dei rapporti con i privati, l'incertezza e l'imprevedibilità della domanda, l'alta specializzazione dei prodotti acquistati dalle prestazioni fornite, la necessità di complessi sistemi di regolazione, non sono che alcuni dei fattori che rendono la sanità un terreno particolarmente sensibile dove germinano con effetti ancora più elevati che in altri settori comportamenti opportunistici che possono degenerare in corruzione. Si tratta di azioni di non facile individuazione e tutte caratterizzate da differenti forme di abuso di posizioni di potere per scopi privati. Le forme e l'intensità della diffusione di tali comportamenti e azioni si differenziano a seconda del livello generale di integrità presente nei diversi paesi e dello stato di sviluppo dei relativi sistemi di tutela della salute ed assumono dimensioni sempre più preoccupanti anche nei paesi più evoluti. La Rete Europea contro le frodi e la Corruzione nel Settore sanitario, un'organizzazione non profit il cui principale obiettivo è contrastare le frodi, corruzione e sprechi in sanità, stima che in Europa circa il 6% del budget per la sanità sia assorbito dalla corruzione”¹

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

Anche organizzazioni quali Libera, Gruppo Abele, Coripe e Avviso Pubblico, quattro soggetti storicamente impegnati nella lotta all'illegalità e alla corruzione nel progetto “Illuminiamo la Salute”², hanno dimostrato come l'opacità dei bilanci, dei sistemi di controllo e la confusione amministrativa facilitano la nascita di interessi illeciti e di collusione nel sistema sanitario.

La Federazione Italiana delle Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) sta dedicando grande attenzione alle modalità di attuazione del Piano anticorruzione nelle aziende sanitarie, alla percezione della normativa anticorruzione da parte delle aziende, all'individuazione delle maggiori criticità nell'applicazione delle disposizioni compreso il tema dei controlli da implementare. L'obiettivo è di mettere in rete le migliori pratiche di contrasto al fenomeno.

L'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) recentemente ha emanato nuove indicazioni integrative e chiarimenti ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione del 2013 in virtù dell'intento del legislatore, così come emerge dalla normativa più recente, di concentrare l'attenzione sull'effettiva attuazione di misure in grado di incidere sui fenomeni corruttivi.

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

Il Piano della Prevenzione della corruzione 2016 - 2018 è l'espressione dell'impegno della Direzione Generale in tal senso.

¹ AGENZIA NAZIONALE per i SERVIZI SANITARI (AGENAS). TRASPARENZA, ETICA E LEGALITA' NEL SETTORE SANITARIO. Primo rapporto sullo stato di attuazione delle azioni adottate dalla sanità pubblica in materia di trasparenza ed integrità. Anno 2015

² www.illuminiamolasalute.it

1. QUADRO NORMATIVO

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

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

La strategia messa a punto dal legislatore è finalizzata a:

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

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

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

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

Il sistema ha trovato il suo completamento nei decreti attuativi riferiti al nucleo del rapporto tra dipendente pubblico/ente/cittadino:

- 1) "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" - D.Lgs. 14 marzo, 2013, n. 33;
- 2) correttezza dei comportamenti dei dipendenti pubblici, come specificata dall'adozione del Codice di comportamento per i dipendenti delle pubbliche amministrazioni, approvato con D.P.R. 16 aprile 2013, n. 62, da specificarsi in codici comportamentali predisposti a cura degli enti;
- 3) incandidabilità e divieto di ricoprire cariche elettive e di Governo conseguenti a sentenze definitive di condanna per delitti non colposi, come disciplinati dal D. L gvo 31 dicembre 2012, n. 235;
- 4) incompatibilità per incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico come da D. Lgvo 8 aprile 2013, n. 39.

A completamento del sistema sono stati emanati i presupposti per gli adempimenti delle pubbliche amministrazioni:

- il Piano Nazionale Anticorruzione, elaborato dal Dipartimento della Funzione Pubblica;

- le Linee guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni.

Tra il 2012 e il 2014 provvedimenti legislativi hanno inasprito le misure anticorruzione e rafforzato i poteri dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

La legge n. 114/2014 (art. 19) ha trasferito all'ANAC le funzioni precedentemente svolte dal Dipartimento della Funzione Pubblica del Consiglio dei Ministri in materia di trasparenza e di prevenzione della corruzione e le funzioni sugli obblighi di pubblicità e trasparenza.

Il predetto articolo prevede anche che l'ANAC "...salvo che il fatto costituisca reato, applica, nel rispetto delle norme previste dalla L. 689/1981 una sanzione amministrativa non inferiore nel minimo a euro 1.000,00 e non superiore nel massimo a euro 10.000,00 nel caso in cui il soggetto obbligato ometta l'adozione dei piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza o dei codici di comportamento..." rinviando al **Regolamento** in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del settembre 2014 l'identificazione delle fattispecie relative alla "omessa adozione".

Per omessa adozione si ricordano a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- l'approvazione di un provvedimento puramente ricognitivo di misure, in materia di anticorruzione, in materia di adempimenti degli obblighi di pubblicità ovvero in materia di Codice di comportamento di amministrazione;
- l'approvazione di un provvedimento il cui contenuto riproduca in modo integrale analoghi provvedimenti adottati da altre amministrazioni, privo di misure specifiche introdotte in relazione alle esigenze dell'amministrazione interessata;
- l'approvazione di un provvedimento per la prevenzione del rischio nei settori più esposti, privo di misure concrete.

Nel corso del 2015 l'ANAC è intervenuta ripetutamente. Per quanto riguarda la sanità sono di assoluto interesse:

- la **determinazione n. 8 del 17 giugno 2015** "*Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalla pubblica amministrazione e degli enti pubblici economici*" che mette in capo alle predette amministrazioni l'applicazione della normativa in materia da parte degli Enti controllati e/o partecipati proprio in ragione del potere che le PP.AA. esercitano nei confronti degli stessi ovvero del legame organizzativo, funzionale o finanziario che li correla;
- la **determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015** "*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione*" che costituisce la traccia di riferimento dell'aggiornamento del presente Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione 2016-2018 nell'ottica di apportare eventuali correzioni volte al miglioramento dell'efficacia complessiva dell'impianto.

L'"*Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione*", al settore dedicato alla sanità, individua tra le aree più a rischio la selezione del personale (fortemente esposta a spinte clientelari), la gestione degli accreditamenti e la fornitura di prestazioni (sovrafatturazioni, fatturazioni di prestazioni non necessarie, ecc.), l'acquisto di beni (dalle modalità di selezione del fornitore fino ai pagamenti), i contratti di opere e lavori, la sperimentazione dei farmaci ecc.

Si richiama, infine, la **legge 7 agosto 2015, n. 124** "*Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*" che, anticipando un intervento normativo volto a ridefinire il processo di approvazione del PNA, renderà necessaria l'adozione di un nuovo PTPC con validità 2016-2018.

2. FONTI

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 ottobre 2009, n. 254;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 13 novembre 2012, n. 265;
- Circolare 25 gennaio 2013, n. 1 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Legge n. 190 del 2012 - Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Circolare 14 marzo 2013 del Comitato Interministeriale costituito con D.P.C.M. 16 gennaio 2013 ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione da parte del Dipartimento della Funzione Pubblica del piano nazionale anticorruzione di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190";
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 5 aprile 2013, n. 80;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 aprile 2013, n.92;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) del 4 luglio 2013 n. 50 "Linee guida per l'aggiornamento del Programma triennale per la trasparenza e l'integrità 2014-2016";
- Circolare 19 luglio 2013, n.2 della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento della Funzione Pubblica ad oggetto "Decreto Legislativo 33 del 2013 – attuazione della trasparenza";
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza unificata del 31 luglio 2013 ad oggetto "Intesa tra Governo, regioni ed enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, comma 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) del 1 agosto 2013 n. 71 "Attestazioni OIV sull'assolvimento di specifici obblighi di pubblicazione per l'anno 2013 e attività di vigilanza e controllo della Commissione";
- Decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia" convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013, n. 98;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n.190, recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) dell'11 settembre 2013, n. 72 "Approvazione del Piano Nazionale Anticorruzione";
- Delibera del Presidente della Commissione Indipendente per la Valutazione, la

Trasparenza e l'Integrità Autorità Nazionale Anticorruzione (CIVIT) del 24 ottobre 2013, n. 75 " Linee Guida in materia di codici di comportamento delle pubbliche amministrazioni (Art. 54, comma 5, d.lgs. n. 165/2001);

- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125;
- FAQ all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in materia di trasparenza(sull'applicazione del d. lgs. n. 33/2013) del 18.02.2014;
- FAQ all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) in materia di anticorruzione (sull'applicazione della L. 190/2012); Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC). "Regolamento in materia di esercizio del potere sanzionatorio dell'Autorità Nazionale Anticorruzione per l'omessa adozione dei Piani triennali di prevenzione della corruzione, dei programmi triennali di trasparenza, dei Codici di Comportamento. Delibera del 9 settembre 2014";
- "Basi dati della PA – domande frequenti" all'Agenzia per l'Italia Digitale del 18 novembre 2014;
- Legge 11 agosto 2014, n. 114. Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- Delibera n. 148/2014 Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC) "Attestazione OIV, o strutture con funzioni analoghe, sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione per l'anno 2014 da parte delle pubbliche amministrazioni di vigilanza e controllo dell'Autorità".
- Delibera n. 149/2014 ANAC ad oggetto: "Interpretazioni e applicazioni del decreto legislativo 39/2013 nel settore sanitario";
- "Linee guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati". Garante della Privacy. Gazzetta Ufficiale n. 134 del 12 giugno 2014;
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1621/2013 avente ad oggetto: "Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n.33".
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 334/2014 ad oggetto: "Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale e per l'Agenzia regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia – Romagna.
- Determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)".
- Determinazione ANAC n. 8 del 17 giugno 2015 di emanazione delle "Linee guida per l'attuazione della normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza da parte delle società e degli enti di diritto privato controllati e partecipati dalla pubblica amministrazione e degli enti pubblici economici".
- deliberazione n. 1 del 19.12.2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) "Provvedimenti in merito di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo della Performance".
- deliberazione del Presidente ANAC ai Responsabili della prevenzione della corruzione nelle Amministrazioni pubbliche e negli Enti di diritto privato in controllo pubblico del 29 dicembre 2014.
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche".
- Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione".
- Legge 28 dicembre 2015 n. 208/2015 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità)".

Comunicazioni:

- del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 2 luglio 2013 ad oggetto "*Disposizioni in materia di trasparenza nelle Aziende e negli Enti del Servizio Sanitario Regionale. Applicazione del DLgs n. 33/2013*";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 30 ottobre 2013 ad oggetto "*Legge 6 novembre 2012 n. 190 e decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39. Attività di coordinamento per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale*";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 26 novembre 2013 ad oggetto "*Piano Triennale della Corruzione (P.T.P.C.) aziendale e Codice di Comportamento per enti e aziende del Servizio Sanitario Regionale*";
- del Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali del 10.06.2014 ad oggetto: "*Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs n. 33/2013 nelle Aziende Sanitarie, Enti e Società del Servizio Sanitario Regionale, ad integrazione della precedente circolare prot. 158950 del 2.7.2013*";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 24 giugno 2014 ad oggetto: "*Dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti*";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 29 settembre 2014 ad oggetto: "*Dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti*";
- del Direttore Generale all'Organizzazione personale, sistemi informativi e telematica del 22 ottobre 2014 ad oggetto: "*Competenze e funzioni proprie dell'OIV e loro interazione con le competenze e funzioni proprie delle aziende e enti del Servizio sanitario regionale*";
- del Direttore Operativo AREA VASTA EMILIA CENTRO (AVEC) del 3.12.2013 ad oggetto: "*Attivazione di un tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione e trasparenza delle Aziende Sanitarie dell'AVEC*".

3. ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI

(Fonte: Enciclopedia giuridica)

AgId	: Agenzia per l'Italia Digitale
DGR	: Deliberazione della Giunta regionale
d. l.	: Decreto legge
D. Lgvo,	: Decreto legislativo
D. Lgs.	: Decreto legislativo
DFP	: Dipartimento della Funzione pubblica
d.P.R.	: Decreto del Presidente della Repubblica
IRCCS	: Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico
l.	: Legge nazionale
l. reg.	: legge regionale
O.I.V.	: Organismo Indipendente di Valutazione
O.A.S.	: Organismo Aziendale di Supporto
ANAC	: Autorità Nazionale Anticorruzione
PNA	: Piano nazionale anticorruzione
FIASO	: Federazione Italiana Aziende Sanitarie Ospedaliere
P.A.	: Pubblica amministrazione
PP.AA.	: Pubbliche Amministrazioni
PTA	: Dirigenza PTA Professionale tecnica amministrativa
PTF	: Piano triennale della Formazione
PTPC	: Piano triennale prevenzione della corruzione
PTTI	: Piano triennale Trasparenza e Integrità
RPC	: Responsabile prevenzione della corruzione
R.U.P.	: Responsabile unico del procedimento
s.m.i.	: Successive modificazioni e integrazioni
S.S.N.	: Servizio sanitario nazionale
S.S.R.	: Servizio sanitario regionale
U. O.	: Unità operativa
U.P.D.	: Ufficio procedimenti disciplinari

STRUTTURE IOR

SARS	: Servizio Amministrativo Ricerca Scientifica
SPATE	: Servizio Patrimonio Attività Tecniche ed Economiche
SAAS	: Servizio Amministrativo Assistenza Sanitaria
DIR/SCEN	: Direzione Scientifica
DS	: Direzione Sanitaria

STRUTTURE AREA METROPOLITANA

SUMAP	: Servizio Unificato Metropolitano Amministrazione del Personale
SUME	: Servizio Unificato Metropolitano Economato
SUMCF	: Servizio Unificato Metropolitano Contabilità e Finanza

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

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

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

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

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

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

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

Il logo dell'Istituto Rizzoli è il seguente :



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

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

CONTESTO

L'Istituto Ortopedico Rizzoli ha sede a Bologna, capoluogo di regione dell'Emilia-Romagna, una delle regioni economicamente più dinamiche di tutto il paese, ma colpita in modo significativo dalla crisi economica degli ultimi anni. Nonostante segnali positivi manifestatisi nel corso del 2015 risulta tuttora profonda la sofferenza indotta dalla crisi in termini di restringimento della base produttiva, ricchezza prodotta, occupazione. Il mutamento del quadro economico evidenzia una correlazione con l'andamento dei crimini denunciati e, soprattutto, con il cambiamento intervenuto nella tipologia dei reati – un fattore da tenere in considerazione nel programmare interventi di contrasto della corruzione e dell'illegalità. Per quanto invece riguarda il contesto interno la sezione presenta alcuni dati volti a meglio caratterizzare il profilo dell'Istituto.

Analisi del contesto esterno

L'Istituto ha sede a Bologna, capoluogo di regione dell'Emilia-Romagna e città più grande, in termini di popolazione, della regione (386.181 residenti al 31 dicembre 2014). L'andamento demografico della città e della provincia non risulta pienamente convergente: nel corso degli ultimi decenni la città di Bologna ha perso abitanti (erano poco meno di 500mila all'inizio degli anni '70).

Il punto più basso, in termini di popolazione, è stato raggiunto nel 2001 (370.363 abitanti), mentre da allora è ripresa una dinamica positiva, seppure assai lenta (+16mila abitanti circa in tredici anni).

Diverso è invece l'andamento della popolazione provinciale in costante crescita dalla metà degli anni '90 (la popolazione provinciale era pari a 905.838 abitanti nel 1995 e da allora è cresciuta progressivamente fino a 1.004.323 al 31 dicembre 2014, +98.485 abitanti).

Questo andamento è il frutto combinato sia di un processo di abbandono della città verso i comuni del circondario, sia di un processo di immigrazione dal Sud Italia e dall'estero (iniziato alla fine degli anni '90 e tuttora in corso, anche se fortemente ridottosi a seguito della contrazione del mercato del lavoro a seguito della crisi economica).

Come per il resto del paese anche la provincia di Bologna, oggi "città metropolitana", è stata colpita dalla crisi economica esplosa nel 2008.

Tutti gli indicatori economici evidenziano una situazione di sofferenza dell'economia locale e dell'occupazione, con una particolare accentuazione per la popolazione giovane (sia in termini di disoccupazione, sia in termini di contrazione del reddito).

- In ambito metropolitano si è ridotto il numero delle imprese, seppure soprattutto al di fuori del capoluogo (-4,4% tra 2014 e 2008, con una contrazione di quasi 2.449 imprese dall'inizio della crisi economica).
- Nel corso del periodo 2008-2014 i fallimenti dichiarati a Bologna, in conseguenza della pesante crisi economica, hanno registrato un progressivo aumento fino a toccare un massimo nel 2013 (+128,9% rispetto al 2008). Nel 2014 i fallimenti sono in leggero calo rispetto all'anno precedente, mantenendosi tuttavia attorno al centinaio.
- Le sofferenze bancarie nella città metropolitana di Bologna sono significativamente cresciute negli ultimi anni, con picchi nel 2010 e nel 2013. Esse risultano molto elevate anche nel 2014: ogni 100 euro erogati in prestiti che a inizio anno erano "in buono stato di salute" 2 euro sono entrati in sofferenza nel corso dell'anno. Questo valore (il cosiddetto tasso di decadimento annuale dei finanziamenti per cassa) è quasi il triplo del valore del 2008 (quando si attestava attorno ai 70 centesimi in sofferenza ogni 100 euro prestati a inizio anno).
- Dal 2008 al 2014 i disoccupati in Emilia-Romagna sono passati da 64mila a 173mila, con un aumento del 170% pari a 109 mila senza lavoro in più. Nel 2014, per la prima volta dall'inizio della crisi, si assiste ad un cambio di tendenza, con un leggero calo dei disoccupati rispetto al 2013 (-0,3%). A livello di Città metropolitana l'aumento nell'intero periodo 2008-2014 è risultato addirittura del 240% (da 10 mila a quasi 34 mila), ma anche in questo caso, nel 2014, si registra una diminuzione del numero di disoccupati (-13,7% rispetto al 2013).

L'incedere della crisi economica è associata ad un incremento della criminalità e soprattutto dei reati contro il patrimonio.³

I dati sui delitti denunciati nella provincia di Bologna evidenziano in effetti, nel periodo 2004-2014, una sostanziale stabilità per alcune tipologie di reati (reati contro la vita, reati della conflittualità quotidiana, danneggiamenti e incendi), ma una crescita significativa di altri reati: +110% dei furti in abitazione, +320% dei furti in esercizi commerciali, +134% delle truffe in generale e frodi informatiche, +207% delle estorsioni (uno dei reati indicatori della presenza di criminalità organizzata), +384% delle contraffazioni marchi e

³ Secondo il sociologo Marzio Barbagli, uno dei più importanti studiosi in Italia di criminalità, la crisi economica non cambia solo le decisioni di investimento delle economie pulite, ma anche di quelle sporche. Il criminale si comporterebbe come un homo oeconomicus che sa valutare il rapporto costi-benefici, ovvero rischi-benefici. Commentando le modifiche intervenute nella tipologia dei reati denunciati a Bologna, Barbagli osserva: «Anche l'economia criminale subisce oscillazioni di mercato, cambiano le redditività relative: a quanto pare, il borseggio è tornato ad essere remunerativo» (dichiarazioni riportate in Michele Smargiassi, "Bologna, meno violenza più furti e borseggi", *La Repubblica Bologna*, 22 settembre 2015).

prodotti industriali, +119% degli "altri delitti".⁴ Le statistiche non enucleano specificamente i reati dei "colletti bianchi" (corruzione e concussione, estorsione e ricatto, evasione fiscale, ecc.) e tuttavia è plausibile ritenere che il mutamento del "clima economico", con il conseguente accentuarsi dello scarto tra aspettative e realtà di arricchimento, determini un aumento anche di questi reati anche nella realtà bolognese.

Oltre all'andamento economico ed alle tendenze in atto per quanto riguarda i comportamenti criminosi, è importante, nell'analisi del contesto esterno, considerare anche alcuni aspetti specifici del settore sanitario entro cui l'Istituto opera. A tal fine cercheremo di evidenziare il ruolo giocato dall'Istituto Ortopedico Rizzoli nella sanità sia a livello locale che nazionale.

L'Istituto partecipa infatti alla rete regionale dell'offerta di prestazioni ospedaliere e di specialistica ambulatoriale, come previsto dalla legge regionale n. 2/2006, contribuendo così a garantire i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con riferimento all'ortopedia e traumatologia.

Dal punto di vista meramente quantitativo il peso dell'Istituto in ambito provinciale e regionale è abbastanza contenuto. Un primo indicatore è il numero dei posti letto e dei ricoverati. Nell'ambito di tale rete ospedaliera provinciale l'Istituto Ortopedico Rizzoli, con i suoi 324 posti letto su un totale di 4.870 (al 31 dicembre 2014), pesa nella misura del 6,7% (7,4% se si considera invece la dotazione di posti letto relativa al territorio della sola Azienda USL di Bologna, ovvero escludendo il comprensorio di Imola). Per quanto riguarda invece i dimessi l'attività del Rizzoli incide, sul complesso dei dimessi delle aziende sanitarie (pubbliche e private accreditate) in area metropolitana, nella misura del 10,5% (20.011 dimessi su 189.796).

Una parte consistente dei dimessi del Rizzoli (il 52,5% nel 2014) proviene da fuori regione, a testimonianza della forte capacità di attrazione dell'Istituto (si veda il grafico 1). Il 47,5% dei ricoverati nel 2014 è residente in Emilia-Romagna, il 52,5% è invece residente fuori regione (26,2% nel Sud Italia e Isole; 12,5% nel Nord Italia, escluso Emilia-Romagna; 12,8% nel Centro Italia; il restante 1,0% proviene dall'estero).

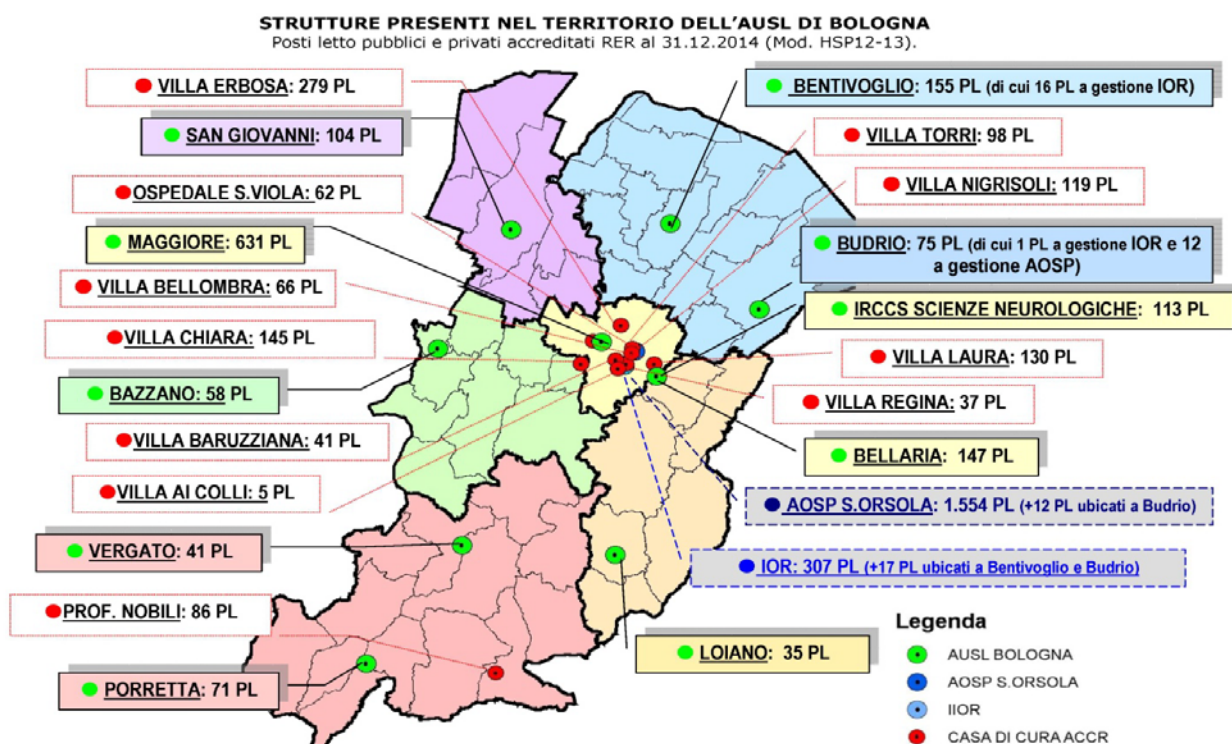
Il prestigio dell'Istituto alimenta la sua capacità di attrazione, ma si traduce, per converso, in consistenti liste d'attesa per il ricovero.

Il Tempo di Attesa Medio di tutti i pazienti ricoverati nel 2014 è stato pari a 165 giorni (il dato risulta sostanzialmente stabile nel quinquennio). Il Tempo di Attesa Medio di tutti i pazienti (considerando quelli ricoverati nel 2014 e quelli ancora in lista d'attesa al 31 dicembre 2014) è invece di 423 giorni.

Il dato mostra un lieve peggioramento rispetto al 2012-2013, ma rimane positiva la tendenza alla riduzione della consistenza totale della lista d'attesa, conseguenza dell'attività di revisione della lista d'attesa effettuata dal 2012 e che ha portato alla cancellazione di posizioni in lista d'attesa, applicando una *policy* più restrittiva al mantenimento in lista dei pazienti.

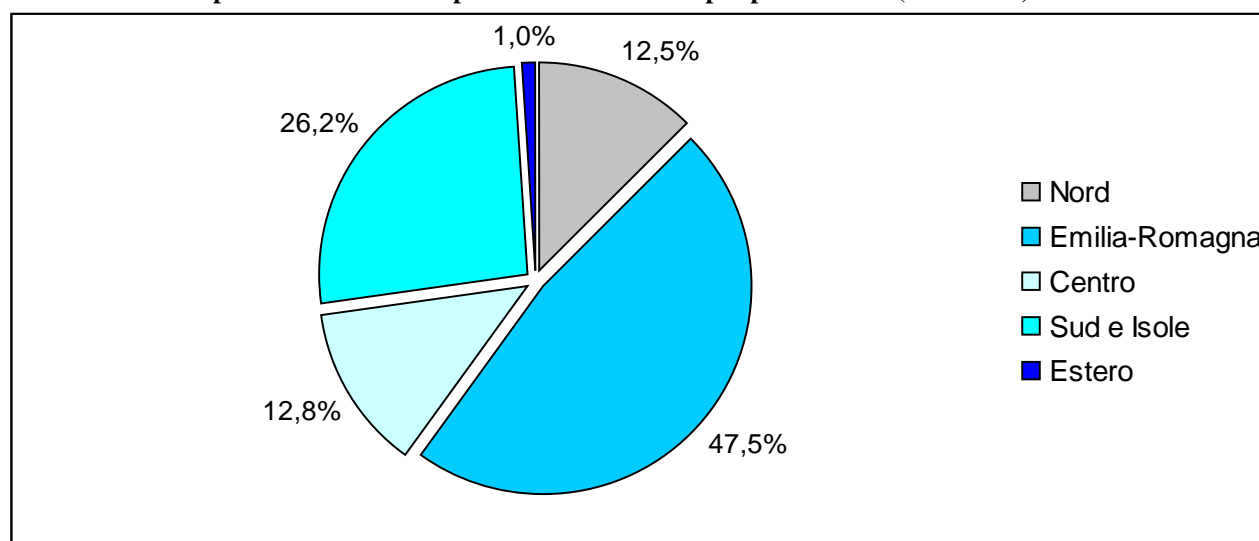
⁴ Cfr. Delitti denunciati secondo la tipologia nella provincia di Bologna all'Autorità giudiziaria dalle Forze dell'Ordine dal 2004 al 2014 – Servizio statistica del Comune di Bologna.

Fig. 1 – L'offerta di posti letto ospedalieri localizzata nel territorio dell'AUSL di Bologna al 31 dicembre 2014



Fonte: Elaborazione Azienda USL di Bologna su dati Regione Emilia-Romagna.

Graf. 1 – Ricoveri presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli distinti per provenienza (anno 2014)



Nota: i dimessi nel 2014 sono, in valore assoluto, 20.011.

Fonte dati: Sistema Informativo Rizzoli, Istituto Ortopedico Rizzoli

Tab. 1 – Tempo di Attesa Medio per il ricovero e consistenza della lista d'attesa al 31 dicembre (anni 2010-2014)

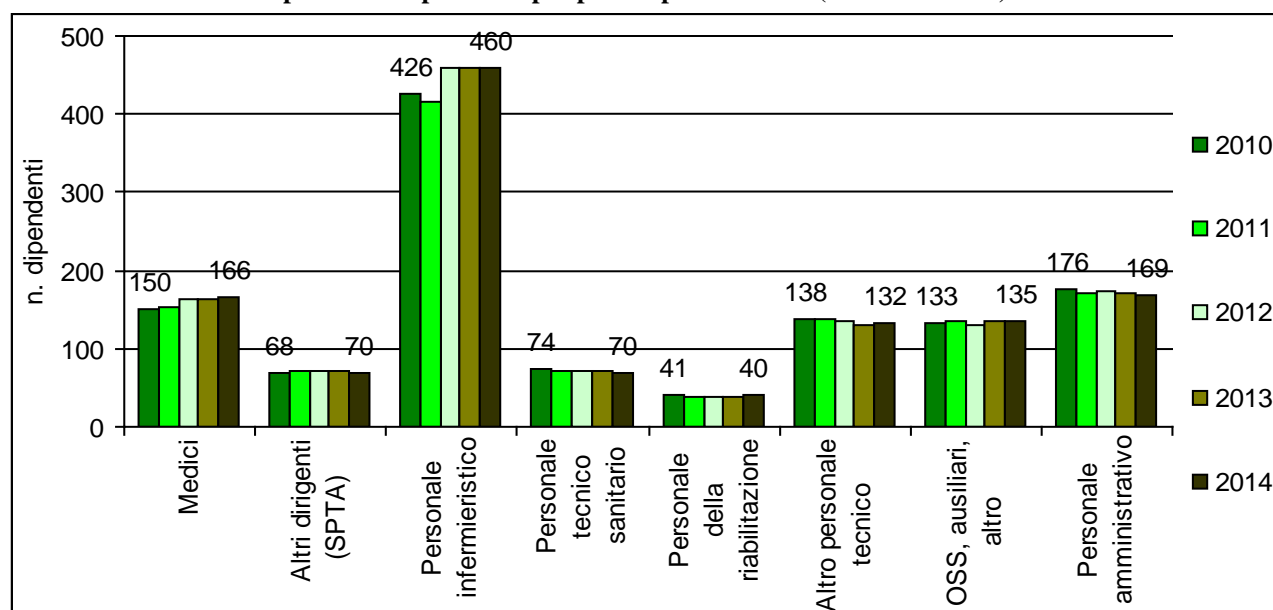
	2010	2011	2012	2013	2014
Giorni di Tempo di Attesa Medio (TAM) dei pazienti ricoverati	160	159	163	164	165
Giorni di Tempo di Attesa Medio (TAM) di tutti i pazienti (ricoverati + in lista al 31/12)	592	659	354	384	423
n. pazienti presenti in lista d'attesa a fine periodo	25.541	28.070	22.863	23.069	22.827

Fonte: ST26 Rilevazione statistica prenotazioni, Istituto Ortopedico Rizzoli

Analisi del contesto interno

Pur essendo la più piccola delle aziende sanitarie pubbliche bolognesi, con oltre 1.400 addetti (al 31 dicembre 2014: 1.242 dipendenti; 1.442 unità di personale considerando anche i contratti di lavoro atipici e 21 unità di personale universitario in convenzione) l'Istituto Ortopedico Rizzoli è comunque una delle aziende più grandi della provincia di Bologna (incide per lo 0,4% degli addetti complessivi in provincia di Bologna). L'evoluzione del personale dipendente per profilo professionale è rappresentato nel grafico seguente.

Graf. 2 – Evoluzione del personale dipendente per profilo professionale (anni 2010-2014)



Fonte: elaborazione su dati Servizio Gestione Risorse Umane, Istituto Ortopedico Rizzoli.

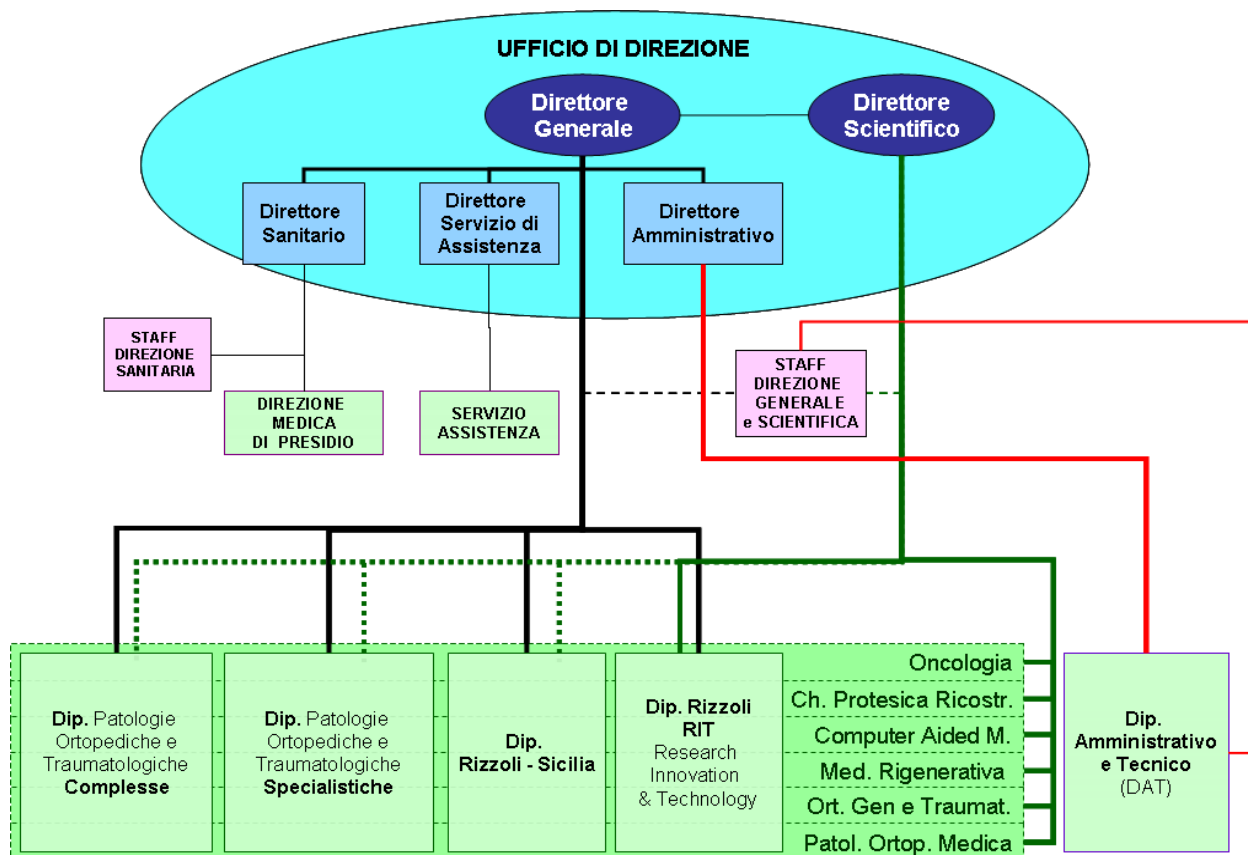
Il numero di assunzioni effettuate annualmente varia in base a diversi fattori, ma non è mai sceso, negli ultimi 5 anni, al di sotto delle 66 unità (con il valore massimo nel 2012, 128 assunzioni, in conseguenza dell'attivazione del Dipartimento Rizzoli-Sicilia; il numero di assunzioni effettuate nel 2014 è risultato pari a 79 – un dato che include il personale assunto a seguito di procedure concorsuali, proveniente da altre amministrazioni, assunto per altre cause).

L'Istituto ha da tempo adottato un assetto organizzativo di tipo dipartimentale. I Dipartimenti rappresentano la struttura organizzativo-gestionale dell'Istituto e sono la sede in cui si esercita il governo clinico e della ricerca. Gestiscono le risorse loro attribuite sia di personale che di beni e servizi e perseguono finalità di integrazione professionale, organizzativa e logistica. Trattandosi di dipartimenti "misti" (composti da strutture a prevalente attività clinica e da strutture a prevalente attività di ricerca) i dipartimenti favoriscono il rapido passaggio delle conoscenze e delle metodologie dall'ambito della ricerca alla pratica clinica nel rispetto delle professionalità acquisite dagli operatori. Attualmente i dipartimenti sono cinque:

- 2 Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) a cui afferiscono sia unità di assistenza che di ricerca (alcune di queste a direzione universitaria secondo quanto previsto dall'Accordo Attuativo Locale stipulato tra l'Istituto e l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna);
- 1 Dipartimento Rizzoli-Research Innovation & Technology a cui afferiscono 6 laboratori di ricerca industriale facenti parte della Rete Regionale Alta Tecnologia dell'Emilia-Romagna;
- 1 Dipartimento Rizzoli-Sicilia con sede a Bagheria (provincia di Palermo);

- 1 Dipartimento Amministrativo e Tecnico (DAT) a cui afferiscono le unità amministrative e tecniche (attualmente in fase di riorganizzazione ac seguito dell'unificazione di alcuni servizi amministrativi in ambito metropolitano).

Fig. 2 – Organigramma dell'Istituto Ortopedico Rizzoli – i dipartimenti e le linee di ricerca



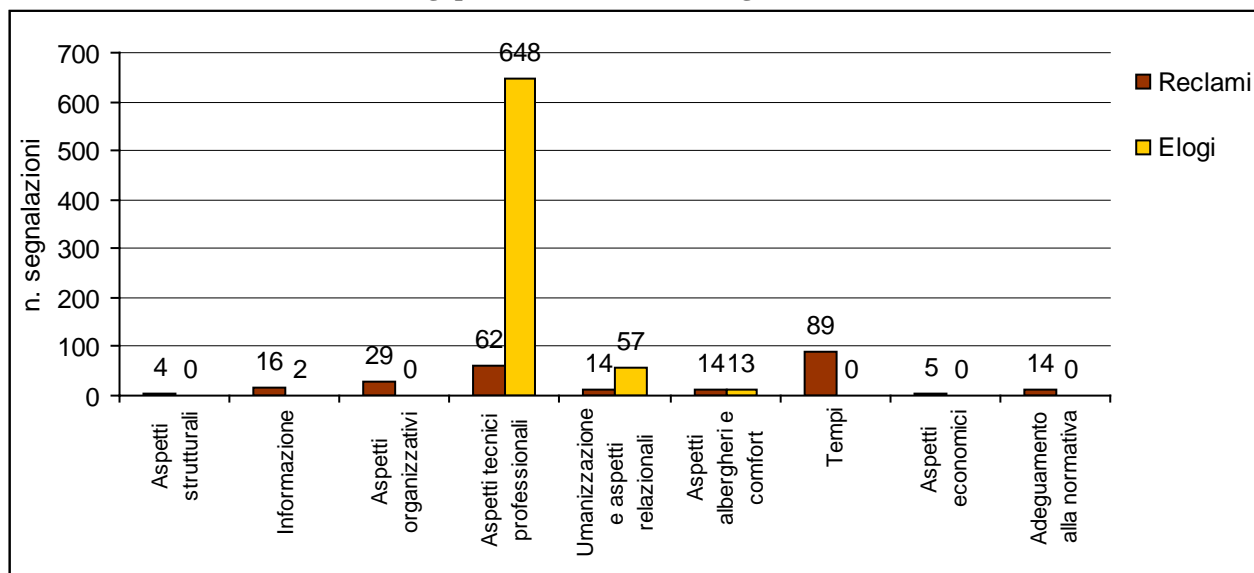
Nota: ai sensi e per effetto dell'art. 15, comma 13, lett. f-bis), D.L 6 luglio 2012, n. 95, convertito con L. 7 agosto 2012, n. 135, le funzioni del Direttore Medico di Presidio sono svolte dal Direttore Sanitario.

La riorganizzazione delle funzioni amministrative in ambito metropolitano (unitamente all'Azienda USL di Bologna e all'Azienda Ospedaliero-Universitaria S.Orsola-Malpighi) hanno portato alla centralizzazione delle funzioni di acquisto di beni e servizi e del settore previdenza (dal 2011) ed al superamento del dipartimento amministrativo tecnico. La riorganizzazione degli assetti amministrativi è ancora in corso.

A completamento si riportano alcuni dati sulle segnalazioni (prevalentemente relative ai servizi sanitari erogati) trasmesse dagli utenti all'Ufficio Relazioni con il Pubblico. Nel corso del 2014 sono pervenute all'URP 1.052 segnalazioni (al netto di 1 segnalazione impropria) trasmesse dagli utenti dei servizi sanitari dell'Istituto, con una diminuzione del 9,0% rispetto al 2013 quando le segnalazioni furono 1.156. Nella maggior parte dei casi si tratta di elogi (720 su 1.052, pari al 68,4%). Nel quinquennio 2010-2014 si evidenzia una significativa crescita degli elogi ed una sostanziale stabilizzazione dei reclami (circa il 23-25% del totale delle segnalazioni).

Un confronto tra reclami ed elogi ricevuti, distinti per tema trattato nella segnalazione, evidenzia una fortissima focalizzazione degli elogi su "aspetti tecnici e professionali" (648 su 720, pari al 90,0%). Più distribuiti invece i motivi di reclamo, ma sempre con i "tempi d'attesa" al primo posto (89 su 247, pari al 36,0%), seguiti da aspetti tecnici e professionali (62 su 247, pari al 25,1%) e aspetti organizzativi (29, pari all'11,7%) (si veda il grafico seguente).

Graf. 3 - Confronto tra reclami ed elogi per tema trattato nella segnalazione (anno 2014)



Fonte: elaborazione su dati URP

ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

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

Nel corso del 2015 sono intervenuti diversi avvicendamenti e processi, questi ultimi ancora in corso, che stanno influenzando sul posizionamento dell'Istituto a livello regionale, nazionale ed internazionale e che influenzano notevolmente l'aggiornamento al PTPC 2016-2018 obbligando al rinvio della trattazione di alcune aree di rischio e/o alla rivisitazione di quelle già mappate al completamento della rimodulazione degli assetti organizzativi dell'Istituto e alla ridefinizione delle relative attività.

In estrema sintesi:

- il **mutamento dei vertici aziendali**;
- la **sottoscrizione di un Accordo Quadro** con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi e l'Azienda USL di Bologna per lo **svolgimento delle funzioni unificate dei Servizi amministrativi, tecnici e professionali**;
- la **sottoscrizione di convenzioni specifiche** con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola –Malpighi e l'Azienda di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi del Personale e Contabilità e finanza e recepimento della convenzione con l'AUSL di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate del servizio Economato;
- l'**unificazione, a partire dal 1° novembre 2015**, dei servizi amministrativi del personale e contabilità e finanza con l'Azienda USL di Bologna ed economato per lo svolgimento delle funzioni del Personale, Contabilità ed Economato, con delega all'Azienda USL di Bologna delle relative attività e trasferimento in un'unica sede degli operatori. Tale processo è ancora in corso, così come la puntuale definizione delle attività amministrative che rimarranno in capo alle aziende e di quelle che saranno svolte a livello centrale;
- l'avvio del **processo di rivisitazione del nuovo atto aziendale**;
- l'avvio del **processo di riorganizzazione del settore amministrativo** - a seguito delle unificazioni di cui sopra e ancora in corso alla data di assunzione del presente Piano - volto a delineare un modello gestionale e funzionale più snello e finalizzato a garantire maggiore efficienza, flessibilità, integrazione e trasparenza della funzione amministrativa con l'individuazione delle relative responsabilità e con il superamento del dipartimento tecnico amministrativo;

- l'avvio del **Percorso Attuativo della Certificabilità (PAC)** per la certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie secondo le disposizioni della Regione Emilia Romagna che contempla le attività necessarie per raggiungere l'obiettivo di certificabilità attraverso la strutturazione dei processi amministrativi e l'elaborazione di procedure ed i tempi di realizzo quale fondamentale strumento di controllo e di riduzione delle aree di frode amministrativo contabile in sanità. Nel sito Amministrazione Trasparente dell'Istituto è stato attivata nella macrofamiglia "Altri contenuti" una sottosezione dedicata alla realizzazione del programma previsto dal Percorso Attuativo di Certificabilità in cui verrà riportato lo stato di avanzamento lavori ed ogni altra informazione utile;
- la modifica, in corso di completamento, dell'applicativo **di gestione informatizzata delle liste d'attesa dei ricoveri medici e chirurgici programmati** che, oltre rispondere alle disposizioni della Regione Emilia – Romagna, consente una maggiore trasparenza del flusso informativo sui tempi d'attesa effettivi per ricovero. il completamento per una maggiore trasparenza del flusso informativo dei tempi d'attesa effettivi per ricovero.

PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE 2016-2018

1. INTRODUZIONE

La legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" prevede per le pubbliche amministrazioni una serie di adempimenti finalizzati a monitorare e prevenire i fenomeni di corruzione e di illegittimità, nonché l'adozione di meccanismi di controllo interni.

Un primo adempimento è stato la predisposizione del Piano triennale di prevenzione della corruzione (PTPC), di seguito Piano, con il quale l'Ente doveva fornire una valutazione del diverso livello di esposizione degli uffici al rischio di corruzione.

IOR ha adottato il 1° Piano per la prevenzione della corruzione (PTPC) per il triennio 2014 – 2016 sulla base delle disposizioni emanate dal Dipartimento della Funzione pubblica, dalla ex CIVIT (ora ANAC), dalla Conferenza Unificata Stato – Regioni del 24 luglio 2013 e dalla Regione Emilia – Romagna. IOR ha in seguito rivisitato il Piano nel 2015 per il triennio 2015-2017 e il presente documento rappresenta l'aggiornamento per il periodo 2016-2018.

L'attuazione del PTPC risponde all'obiettivo di rafforzare i principi di legalità, di correttezza e di trasparenza nella gestione delle attività istituzionali.

Il rispetto delle disposizioni contenute nel PTPC da parte di tutti i dipendenti e soggetti esterni che a qualsiasi titolo operano all'interno dell'Istituto intende favorire l'attuazione di comportamenti individuali ispirati all'etica della responsabilità ed, in linea con i principi di corretta gestione della pubblica amministrazione, promuovere il corretto funzionamento e tutelare la reputazione e la credibilità dell'Istituto nei confronti dei molteplici stakeholder interni ed esterni.

Il PTPC intende inoltre:

- sensibilizzare tutti i soggetti interni ed esterni sulla necessità di dare piena applicazione alle misure di contenimento del rischio previste nel presente piano e nei regolamenti e procedure interne;
- aumentare la consapevolezza che la presenza di fenomeni corruttivi espone l'Istituto a rischi anche sul piano dell'immagine e può produrre conseguenze sul piano penale a carico del soggetto che commette la violazione;
- assicurare la correttezza dei rapporti tra l'Istituto e i soggetti esterni che intrattengono rapporti a qualsiasi titolo con l'Ente, anche verificando eventuali situazioni che potrebbero dar luogo al manifestarsi di conflitti di interesse;
- vigilare sul rispetto delle disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità degli incarichi ai sensi del D.Lgs. 39/2013.

Il Piano costituisce l'atto programmatico attraverso il quale vengono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell'illegalità al fine di garantire il corretto e trasparente funzionamento dell'azione amministrativa e prevede specifiche azioni di intervento nel triennio, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- individuazione delle attività nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione;

- approfondimento e monitoraggio delle procedure e dei processi interni quali, ad esempio, selezione e formazione del personale, rotazione degli incarichi, autorizzazione incarichi extraistituzionali, acquisto di beni e servizi, gestione delle liste di attesa;
- redazione di un registro dei conferimenti diretti e la sua pubblicazione on line;
- l'utilizzo dello strumento "Patti di integrità". Tali patti vengono sottoscritti dai concorrenti delle procedure di gara con espressa previsione di esclusione immediata in caso di violazione (ex comma 17, articolo 1 Legge n. 190/12);
- redazione del registro dei rischi aziendali;
- effettuazione di percorsi formativi dedicati per accrescere le competenze e rinforzare il senso etico;
- coinvolgimento dei dirigenti e di tutto il personale addetto alle aree a più elevato rischio nell'attività di analisi e valutazione, di proposta e definizione delle misure di contrasto e le azioni di monitoraggio per l'implementazione e l'attuazione del Piano;
- definizione degli obblighi di informazione nei confronti del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- tutela delle segnalazioni di rischio, di illegittimità, di negligenza.

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

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

In considerazione del fatto che la Legge n. 190/2012 contiene anche diverse disposizioni in materia di trasparenza, intesa quale strumento di lotta all'illegalità e alla corruzione, IOR ha integrato il Piano di Prevenzione della Corruzione con il Programma per la Trasparenza e l'Integrità (PTI), entrambi con durata triennale. La *"trasparenza"*, infatti, viene intesa come elemento di *completezza, chiarezza e accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività svolta dall'Amministrazione Pubblica*, ovvero come strumento di accountability e di controllo diffuso e di integrità.

Il Piano (PTPC) è anche strettamente connesso con il Codice di comportamento aziendale redatto in conformità al DPR 62/2013 che costituisce un completamento del Piano stesso.

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

Il Piano 2016 - 2018 **vale** inoltre per tutte le sedi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli:

- via Pupilli 1 e via di Barbiano 1/10, Bologna;
- Presidio ospedaliero di Bentivoglio (BO);
- Dipartimento Rizzoli Sicilia, presso Villa S. Teresa di Bagheria (PA) .

Nozione di corruzione

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

esaustivo: conflitto di interesse, nepotismo, clientelismo, partigianeria, occupazione di cariche pubbliche, assenteismo, sprechi, ovvero situazioni in cui venga evidenziato un malfunzionamento a causa dell'uso a fini privati delle funzioni attribuite ai dipendenti e collaboratori, a qualsiasi titolo, di IOR.

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

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

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

2. PRINCIPI E METODOLOGIA

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

La metodologia che IOR ha seguito per l'adozione del PTPC si compone di quattro fasi fondamentali distribuite sulla base della seguente sequenza logica:

- Pianificazione;
- Attuazione del Piano, inizialmente circoscritta ad alcuni processi aziendali;
- Controllo, studi e raccolta dei risultati e dei riscontri;
- Azioni per rendere definitivo e/o migliorare il processo.

Pianificazione

Questa fase è finalizzata a stabilire l'obiettivo da raggiungere e a configurare, in termini di mezzi, strumenti e azioni da implementare, il loro raggiungimento secondo il seguente procedimento:

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

Attuazione del Piano

Questa fase è caratterizzata da:

- 1) predisposizione, da parte del RPC, del PTPC in merito a:
 - processo di adozione del Piano
 - gestione del rischio (mappatura delle aree e misure di prevenzione)
 - formazione in tema di anticorruzione

- adozione e diffusione dei Codici di comportamento (DPR n. 62/2013 e IOR)
 - altre iniziative (criteri di rotazione del personale, adozione di misure per la tutela del *whistleblower*, etc)
- 2) adozione del PTPC da parte della Direzione Generale dell'Istituto
 - 3) pubblicazione del PTPC sul sito istituzionale nella sezione Amministrazione Trasparente
 - 4) invio telematico alla Regione
 - 5) attuazione degli interventi per ridurre i rischi di corruzione, esecuzione delle iniziative di comunicazione e formazione del PTPC e attivazione di flussi informativi da parte dei Referenti verso il RPC.

Controllo, raccolta e studio dei risultati e dei riscontri raggiunti

In questa fase viene data attuazione alle misure di presidio, al sistema di monitoraggio e vengono evidenziati, per le successive azioni da intraprendere nella fase di miglioramento, i risultati conseguiti.

Azioni per rendere definitivo e/o migliorare il processo

Il RPC, a seguito delle informazioni pervenute dall'attuazione della fase di monitoraggio e tenuto conto della normativa sopravvenuta, dei mutamenti organizzativi aziendali, dell'emersione di rischi non considerati in fase di predisposizione del P.T.P.C., valutata l'efficacia del P.T.P.C. in vigore e seguendo la stessa procedura definita per la prima adozione del P.T.P.C., propone l'aggiornamento del Piano da sottoporre al Direttore Generale per la successiva adozione entro il 31 gennaio di ciascun anno.

L'aggiornamento al PTPC 2016-2018 è stato elaborato tenendo conto dell' "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione" operato dall'ANAC, degli orientamenti assunti in sede Area Vasta Emilia Centro (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), delle azioni poste in essere nel corso del 2015, dell'emersione di fattori di rischio non considerati nella fase di predisposizione dei precedenti PTPC e degli interventi riorganizzativi intervenuti all'interno dell'Istituto a seguito dell'unificazione dei servizi amministrativi di cui si è già dato conto.

Il PTPC 2016 – 2018 dà attuazione, in considerazione del principio dell'integrazione documentale dei documenti aziendali, ad una maggiore coerenza tra le tematiche comuni sviluppate nel Piano della Performance, del PTI, del PTPC sia in termini di obiettivi sia in termini di processo e di modalità di sviluppo dei contenuti. E ciò anche in considerazione delle indicazioni fornite dall'Organismo Indipendente di Valutazione, laddove con propria deliberazione n. 1/2014 richiama che "...le recenti indicazioni operative dell'ANAC ai fini dell'avvio del Ciclo di gestione della Performance 2014-2016, sottolineano la necessità di integrazione con il ciclo di Gestione della Performance con gli strumenti e i processi relativi alla qualità dei servizi, alla trasparenza, all'integrità e in generale alla prevenzione della corruzione...". Come già avvenuto con il PTPC 2015-2017, viene attuato il collegamento con il Piano della Performance in modo tale che le misure di prevenzione della corruzione individuate nel Piano divengono obiettivi organizzativi ed individuali assegnati alle strutture sanitarie, amministrative e tecniche ed ai loro dirigenti.

Il PTPC 2016-2018 prevede inoltre un esplicito collegamento con il Piano aziendale della Comunicazione e con il Piano aziendale della Formazione per quanto attiene alle azioni da questi ultimi messe in atto.

3. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'

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

- 1) l'autorità di indirizzo politico individuata nella persona del Direttore Generale, con la funzione di designazione del Responsabile della prevenzione e illegalità, della trasparenza e integrità, di approvazione del piano, nonché di adozione degli atti generali, a livello aziendale, finalizzati, anche indirettamente, alla prevenzione di condotte corruttive;
- 2) il Responsabile della prevenzione e della corruzione (RPC) di seguito anche Responsabile;
- 3) i Referenti di area, con funzioni inerenti la raccolta dei dati e il loro monitoraggio;
- 4) i Dirigenti a cui è affidata l'attività informativa e formativa dei propri dipendenti, la partecipazione al processo di gestione del rischio, la proposta di misure di prevenzione, l'adozione delle misure gestionali (disciplinari, organizzative, etc.) e l'osservanza del Piano, nonché dei Codici di comportamento (DPR 62/2013 e del Codice di comportamento IOR) anche per quanto riguarda il monitoraggio dei rapporti tra l'Istituto ed i soggetti con cui vengono stipulati rapporti contrattuali, erogazione di vantaggi economici di qualunque genere ai sensi dell'art. 1, comma 9, lettera e) della L. 190/2012;
- 5) l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) regionale e gli altri organi e organismi di controllo interno, partecipi del processo di gestione del rischio, con ruolo consultivo (parere obbligatorio per il codice di comportamento) o inerenti il monitoraggio degli adempimenti per la trasparenza;
- 6) l'Ufficio Procedimenti Disciplinari (UPD), con facoltà di proposta di aggiornamento del codice di comportamento;
- 7) i dipendenti dell'amministrazione, partecipi del processo di gestione del rischio, con compiti di segnalazione e obbligo di osservanza dei Codici di comportamenti (D.P.R. 62/2013 e Codice di comportamento aziendale);
- 8) i collaboratori dell'amministrazione, con funzioni di segnalazione, proposta e obbligo di osservanza del Codice IOR, individuazione e monitoraggio dei rischi.

A seguito dell'adozione del provvedimento deliberativo n. 343 del 26.07.2013 è stato individuato, quale Responsabile della prevenzione della corruzione, dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, la Dott.ssa Maria Carla Bologna, Direttore Staff di Direzione Generale e Scientifica e Responsabile della SSD Affari Istituzionali.

Compiti

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

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

della stessa al Direttore Generale dell'Istituto.

Acclarato, inoltre, che la legge affida ai dirigenti poteri di controllo e obblighi di collaborazione e monitoraggio in materia di prevenzione della corruzione (art. 16, D. Lgs 165/01), lo sviluppo e l'applicazione delle misure previste nel presente piano sono il risultato di un'azione sinergica del Responsabile e dei singoli Direttori/Responsabili delle strutture aziendali per quanto concerne, in particolare, l'individuazione e l'analisi delle aree ritenute maggiormente a rischio e le proposte di azioni di presidio per le quali è indispensabile attivare azioni prioritarie di intervento e monitoraggio.

I Direttori/Responsabili delle Strutture aziendali concorrono con il "Responsabile":

- alla verifica dell'attuazione del Piano e della sua idoneità;
- alla proposta di modifiche ed integrazioni del Piano che si rendono necessarie o utili in relazione al verificarsi di significative violazioni, a mutamenti organizzativi o istituzionali o nell'attività dell'Istituto o altri eventi significativi in tal senso;
- alla verifica della possibilità di effettiva rotazione negli incarichi ove più elevato è il rischio di corruzione, compatibilmente con l'organico aziendale;
- all'individuazione delle attività e dei dipendenti maggiormente esposti al rischio di corruzione;
- al monitoraggio dei rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, e verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci e i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'Istituto;
- ad assicurare il rispetto degli obblighi di informazione del Responsabile della prevenzione della corruzione;
- a provvedere affinché l'organizzazione della struttura sia resa trasparente, con evidenza delle responsabilità per ogni procedimento amministrativo.

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

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

Al fine di prevenire e controllare i rischi derivanti da possibili atti di corruzione il Responsabile, in qualsiasi momento, può richiedere ai Direttori/Dirigenti cui afferiscono i dipendenti che hanno istruito e / o adottato il provvedimento finale di

fornire per iscritto adeguata motivazione circa le circostanze di fatto e le ragioni giuridiche che sottendono all'adozione del provvedimento.

Il Responsabile può in ogni momento verificare e chiedere delucidazioni per iscritto e verbalmente a tutti i dipendenti su comportamenti che possono configurare anche solo potenzialmente corruzione e illegalità, di regola per il tramite dei rispettivi Responsabili di struttura.

Il Responsabile è coadiuvato dai Referenti individuati dai Dirigenti e dai Responsabili di ogni Unità Organizzativa o Struttura dell'Istituto.

I nominativi dei Referenti, già comunicati formalmente dai Dirigenti/Responsabili al Responsabile entro 15 giorni dall'approvazione del Piano 2014-2016 verranno rivisti alla luce dei mutamenti organizzativi intervenuti nel corso del 2015 e ancora in corso di unificazione di alcuni servizi amministrativi con l'Azienda USL di Bologna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Orsola Malpighi di Bologna e del nuovo atto aziendale,

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

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

Il Responsabile può effettuare:

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

Gruppo Aziendale Anticorruzione - Trasparenza

L'Istituto ha formalizzato il Gruppo Aziendale Anticorruzione - Trasparenza, quale strumento permanente di consultazione e supporto per gli adempimenti degli obblighi di cui alla L. 190/2012, composto dal Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, dai Referenti aziendali per l'Anticorruzione e per la Trasparenza e dal funzionario delegato per la gestione dell'accesso civico, che svolge anche le funzioni di segretario.

Inoltre, per particolari specifiche problematiche che comportano conoscenze di determinati settori, possono essere istituiti dal Responsabile appositi Gruppi Tecnici in materia di gare, contratti e personale.

E' in corso l'aggiornamento del Gruppo alla luce dei mutamenti organizzativi in atto già più volte citati.

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

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

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

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

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

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

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

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



In applicazione di ciò, l'organizzazione di I.O.R., contenuta nell'atto aziendale, è stata il punto di partenza e di riferimento per una fattiva applicazione del disposto della Legge 190/2012. In considerazione dell'organigramma e funzionigramma aziendali e alla luce dell'aggiornamento del PNA del 2015, è stata focalizzata l'attenzione sui processi, procedimenti e procedure unitamente all'identificazione dei responsabili delle attività amministrative delle Aree Generali e Specifiche:

AREE GENERALI

- *acquisizione e gestione del personale;*
- *scelta del contraente per l'affidamento di lavori, servizi e forniture comprese le modalità di selezione prescelti ai sensi del codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture;*
- *concessione ed erogazione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari, nonché attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati;*
- *concorsi e prove selettive per assunzione del personale;*
- *contratti pubblici*
- *incarichi e nomine;*
- *gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio;*
- *controlli, verifiche, ispezioni e sanzioni.*

AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

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

Definizione del contesto esterno ed interno

Si rinvia al capitolo 4, pagg. 28-34.

Mappatura dei processi

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

La base di partenza di tale ricognizione per l'area amministrativa è stata l'aggiornamento dei processi amministrativi corredato dai nominativi dei responsabili e relativi riferimenti (numeri di telefono, fax e indirizzo di posta elettronica), con indicazione dei tempi di conclusione degli stessi, nonché l'individuazione del soggetto titolare del potere sostitutivo. Tale ricognizione viene aggiornata ad ogni mutamento riorganizzativo.

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

Si è così costituito un primo nucleo di Dirigenti e di 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 è stata condivisa all'interno del Collegio di Direzione, dell'Organismo Aziendale di Supporto, con il Collegio Sindacale e con il Consiglio di Indirizzo e Verifica e risulta in linea con le determinazioni assunte all'interno del Tavolo permanente in materia di Prevenzione della Corruzione dell'Area Vasta

Emilia Centro.

Alla luce dell'unificazione di alcuni servizi amministrativi a livello metropolitano con decorrenza 1 novembre 2015 e della rivisitazione dell'atto aziendale e degli assetti organizzativi in corso, le aree a rischio generali e specifiche interessate da tale riorganizzazione, ivi compresa la ricognizione dei procedimenti ai sensi della L.241/1990 e correlate responsabilità verranno aggiornate nella mappatura solo dopo il completamento dei mutamenti citati.

Identificazione, analisi e ponderazione del rischio

L'analisi che ne è seguita nel corso degli anni precedenti ha preso in considerazione i possibili rischi, le misure preventive già in atto e quelle da attuare nel corso della durata del Piano ai fini di prevenzione e/o contenimento del fenomeno, i tempi di attuazione, le responsabilità e il monitoraggio. Nel corso dell'anno 2015 sono stati mappati venticinque processi delle aree sopra citate e individuati altri settori da monitorare e presidiare con interventi mirati contenuti nella sezione del Piano c.d. "misure ulteriori". 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 presenti.

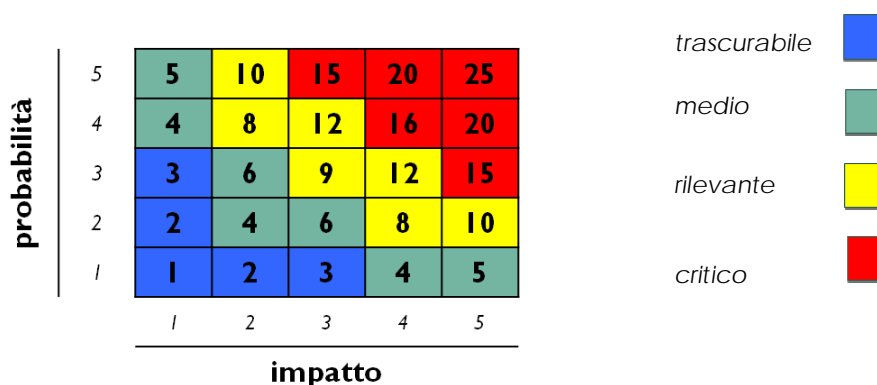
La presa in considerazione di un primo raggruppamento di dati, di informazioni è apparsa funzionale ad un approccio graduale che ha inteso, innanzitutto, radicare nell'organizzazione una cultura anticorruptiva ed accrescere il senso etico. L'approccio progressivo adottato, in considerazione della novità della materia e dell'impianto, è stato inoltre finalizzato a verificare l'adeguatezza della metodologia utilizzata al fine della sua estensione a tutti i procedimenti e processi aziendali introdotti dall'Aggiornamento 2015 al PNA.

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

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, con conseguente sottovalutazione del rischio, in considerazione del fatto che la media aritmetica utilizzata è un valore compensativo.

In alternativa alla media aritmetica, si è preferito utilizzare fin dal 2015, seguendo gli orientamenti assunti in sede del Tavolo tecnico permanente di Area Vasta Emilia Centro per la prevenzione e la trasparenza, il "*criterio del valore massimo*" delle due dimensioni (impatto e probabilità dell'all. 5 del PNA) che nell'analisi del processo riportano il punteggio più alto.

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



Individuazione e progettazione delle misure presidio

Per una valutazione complessiva del rischio aziendale, si è inteso e si intende procedere all'identificazione di misure di contrasto il più possibile **concrete, sostenibili e verificabili attraverso il fattivo coinvolgimento dei dirigenti e degli operatori**, dal momento che solo chi opera quotidianamente sul campo è in grado di individuare puntualmente non solo il rischio, ma anche il grado dello stesso e quindi le misure per la sua prevenzione e/o contenimento.

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

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

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

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

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

A seguito degli accordi intercorsi con l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola-Malpighi e l'Azienda USL di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi del Personale e Contabilità e finanza e del recepimento della convenzione con l'AUSL di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate del servizio Economato (delibera 216/2015), viene di seguito riportata la mappatura dei processi che restano in capo all'Istituto.

Analoghi accordi (deliberazione n. 258/2011) sottoscritti nel corso del 2011 tra le aziende hanno consentito di unificare già da quella data il Servizio Acquisti Metropolitano e il Servizio Previdenza Metropolitano.

Il PTPC viene completato con il catalogo degli eventi a rischio di corruzione, così come richiesto dal PNA (all.2).

5. SEGNALAZIONE DI FATTI ILLECITI O DI FATTI ANOMALI

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

Nel caso in cui contingenti situazioni ne rivelassero l'esigenza, viene pienamente garantita l'adozione di idonee e tempestive misure correttive da parte del Responsabile

per impedire qualunque tipo di ritorsione a carico del segnalante. Al fine di garantire la massima riservatezza sono stati attivati anche canali dedicati (mail: prevenzione.corruzione@ior.it) attraverso i quali inviare segnalazioni al Responsabile.

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

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

Per consentire un'efficace attuazione del presente Piano, tutti i dipendenti, comandati e collaboratori, a qualsiasi titolo, di IOR devono contribuire fattivamente con il Responsabile della prevenzione della corruzione.

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

È posto in capo a tutti i dipendenti, comandati e collaboratori, a qualsiasi titolo, di IOR l'obbligo di informare tempestivamente il Responsabile della prevenzione della corruzione nel caso in cui gli stessi ricadano in una delle fattispecie previste dall'articolo 6-bis della Legge n. 241/1990: *"Il responsabile del procedimento e i titolari degli uffici competenti ad adottare i pareri, le valutazioni tecniche, gli atti endoprocedimentali e il provvedimento finale devono astenersi in caso di conflitto di interessi, segnalando ogni situazione di conflitto, anche potenziale."*

Con la predisposizione, da parte del Responsabile, del protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti e delle relative tutele è stata data piena attuazione al dettato normativo. Il protocollo e i relativi allegati sono pubblicati sul sito dell'Istituto nella sezione Amministrazione Trasparente.

6. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

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

- 1) le dimensioni dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- 2) 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 di rotazione nei servizi medesimi, stante anche l'unicità non solo di figure apicali, ma anche di personale del comparto amministrativo;
- 3) 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;
- 4) il coinvolgimento di IOR nel progetto di unificazione in corso delle funzioni amministrative delle Aziende sanitarie di Bologna con creazione di uffici centrali concentrati nella stessa sede fisica e un'unica direzione.

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

- "In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e le ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque mantenuta";
- "l'attuazione della misura deve avvenire in modo da tenere conto delle specificità professionali in riferimento alle funzioni ed in modo da salvaguardare la

continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne”;

- “ove le condizioni organizzative dell'ente non consentano l'applicazione della misura, l'ente ne deve dar conto nel P.T.P.C. 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 nel corso del 2014 si sono registrati numerosi avvicendamenti di incarichi dirigenziali (per un totale n. 7 dirigenti dell'area sanitaria, amministrativa e della ricerca), ed è stata data piena alla rotazione dei funzionari in tutte le Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza (per un totale di n. 11 procedimenti). Nel corso del 2015 l'avvicendamento di incarichi dirigenziali di struttura complessa ha riguardato numerose figure del settore sanitario e amministrativo. E' stata data, inoltre, continuità alla rotazione dei funzionari in tutte le Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza e nelle gare per lavori, beni e servizi.

7. 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 nel 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 dal livello regionale e da altri enti.

Nel corso del 2015 si sono realizzati, anche in collaborazione con le aziende sanitarie dell'AVEC, i seguenti percorsi formativi:

- Livello base. La formazione a tutti i dipendenti sui temi dell'etica e della trasparenza anche attraverso modalità formative “*blended*” con l'utilizzo di piattaforme e - *learning*;
- Livello medio avanzato rivolto alle reti dei dirigenti, referenti e ai loro collaboratori che operano nelle aree a rischio corruttivo sopra individuate. La formazione ha riguardato in particolare approfondimenti specifici in materia di:
 - analisi del rischio e relative misure di contenimento;
 - corso ad hoc per gli operatori dell'area “affidamento lavori, servizi e forniture”.

Per il 2016 sono in corso di pianificazione, in accordo con le altre aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro, percorsi formativi finalizzati ad approfondire tematiche quali:

1. Il nuovo PNA e le direttrici di sviluppo della strategia anticorruzione con riferimento all'area assistenziale;
2. Etica e Cultura della Legalità: dilemmi etici e decisioni in contesti ad elevata complessità;

3. Conflitti d'interesse, interessi in competizione e conflitti di impegni in sanità: quale tipologia di controlli

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

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

I predetti Piani formativi rientreranno pienamente nell'ambito dei percorsi di formazione obbligatoria previsti annualmente nel Piano formativo dell'Istituto (PAF) dell'anno 2016.

8. INCOMPATIBILITÀ

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

Delle predette dichiarazioni viene data comunicazione sul sito internet aziendale all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente".

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

Alla luce dell'unificazione dei servizi amministrativi a livello centralizzato in capo all'Azienda USL di Bologna, il predetto regolamento sarà oggetto di rivisitazione nel corso dei prossimi mesi al fine di facilitare comportamenti omogenei in tutte le aziende coinvolte da tali processi di unificazione.

9. CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI

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

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

10. MISURE ULTERIORI

Si confermano anche per l'anno 2016 le seguenti misure già introdotte nel corso del 2015:

Autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali al personale universitario

La tematica è stata oggetto di trattazione in sede di Commissione Paritetica istituita tra IOR e UNIBO per la gestione dell'accordo attuativo locale.

In quella sede è stato deciso di attivare procedure specifiche congiunte tra i due Responsabili ai fini del rilascio dell'autorizzazione al personale universitario integrato con IOR di svolgimento di incarichi extraistituzionali.

Richiesta relazioni annuali

L'azione di monitoraggio sulle misure adottate è intensificata con la richiesta da parte del Responsabile di Prevenzione della Corruzione di relazioni annuali ai Direttori e Referenti dei processi analizzati, in aggiunta ai controlli periodici a campione e audit anche esterni realizzati in collaborazione con i Responsabili della Prevenzione della Corruzione delle aziende dell'Area Vasta Emilia Centro sulla base dell'esperienza positiva avviata nel corso del 2015.

Presa d'atto di tutti i dirigenti e referenti

Invio dell'aggiornamento del PTPC 2016 - 2018 a tutti i dirigenti con richiesta di presa d'atto e di impegno a:

- diffondere il Piano all'interno della propria Struttura organizzativa e nello svolgimento di attività informativa in materia di Prevenzione della Corruzione ai propri operatori;
- collaborare attivamente e con responsabilità nel rispetto e nell'osservanza delle indicazioni contenute nel Piano e, in particolare, nella progettazione, promozione e adozione di tutte le misure atte a garantire l'integrità dei comportamenti individuali nell'organizzazione, ivi comprese le misure gestionali previste dalla normativa quali l'avvio dei procedimenti disciplinari e la rotazione degli incarichi laddove possibile;
- partecipare al processo di Gestione del Rischio, collaborando - per gli ambiti di propria competenza - con il Responsabile della Prevenzione della Corruzione ed i gruppi tecnici e di supporto già costituiti e con quelli che verranno attivati per la mappatura delle aree e delle attività in Istituto a più alto rischio di corruzione.

Inoltre, sarà necessario procedere nel corso del 2016 :

- alla predisposizione da parte dello SPATE e dell'Ufficio Marketing Sociale di una **procedura di dettaglio di gestione delle donazioni e delle sponsorizzazioni** in linea con quella già recepita dell'Azienda USL di Bologna (delib. n. 253/2014);
- alla predisposizione dell'**Albo dei Formatori** da parte della SS Formazione;
- all'attivazione da parte della Direzione Sanitaria di **un sistema di monitoraggio delle attività assistenziali e della relativa qualità** ai sensi dell'1, comma 522 della L. 208/2015, in raccordo con il sistema regionale di monitoraggio al fine di verificare la qualità delle prestazioni delle singole unità assistenziali, in coerenza con il programma nazionale valutazione esiti dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari (AGENAS) e con il coinvolgimento dei direttori di dipartimento con pubblicazione dei risultati entro il 30 giugno dell'anno successivo;
- **alla verifica dettagliata dei processi di programmazione degli acquisti di beni e servizi di competenza SPATE e della fase di gestione del contratto di appalto** a seguito della riorganizzazione dell'unificazione dei servizi a livello metropolitano; in particolare mappare e coordinare i processi insieme al Servizio Unico Metropolitano

Economato (SUME) alla luce delle indicazioni di cui alla determina 12/2015 ANAC;

- all'effettuazione di **audit** anche in collaborazione con le altre aziende dell'Area Vasta Emilia Centro al fine di operare la verifica sull'attuazione delle misure nel PTPC rispetto al PNA e Aggiornamento 2015 al PNA;
- all'aggiornamento del regolamento "**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**" secondo quanto definito dalla determinazione ANAC n. 6 del 28 aprile 2015 "linee Guida in materia di tutela del dipendente pubblico che segnala illeciti (c.d. whistleblower)";
- al completamento del **processo di riorganizzazione del settore amministrativo** - a seguito delle unificazioni dei servizi amministrativi centralizzati (personale, economato e contabilità e finanza) di cui sopra e ancora in corso alla data di assunzione del presente Piano - volto a delineare un modello gestionale e funzionale più snello e finalizzato a garantire maggiore efficienza, flessibilità, integrazione e trasparenza della funzione amministrativa con la rivisitazione dei procedimenti amministrativi e l'individuazione delle relative responsabilità anche alla luce dell'unificazione;
- al completamento dell'applicativo **di gestione informatizzata delle liste d'attesa dei ricoveri medici e chirurgici programmati** per una maggiore trasparenza del flusso informativo dei tempi d'attesa effettivi per ricovero;
- all'individuazione nel **Piano aziendale della Comunicazione** di uno specifico spazio dedicato alla prevenzione della corruzione e alla trasparenza prevedendo azioni di informazione - calibrate in funzione del target destinatario delle stesse - da realizzarsi attraverso gli strumenti di comunicazione disponibili (comunicati stampa, news e comunicazioni di servizio sulla intranet aziendale e sul sito web istituzionale, articoli sulla newsletter mensile aziendale, invii di comunicazioni mirate su argomenti e tempistiche specifici).

1. PUBBLICITÀ DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE

Il Piano Aziendale per la prevenzione della corruzione, con la connessa documentazione, è pubblicato, in formato aperto, in un'apposita sezione del portale web dell'IOR - www.ior.it - all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente", con l'evidente scopo di favorire quanto più possibile la diffusione dello stesso e dei principi in esso contenuti.

Al fine della predisposizione del PTPC per il triennio 2016-2018, il Responsabile ha avviato nel mese di novembre la consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori d'interesse sul Piano 2015-2017 per raccogliere il/i contributo/i degli stakeholders interni ed esterni e tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati dall'Istituto attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti utili all'aggiornamento del Piano.

I testi dei vigenti PTPC e PTTI sono stati pubblicati sul sito istituzionale www.ior.it (sezione "Amministrazione Trasparente" - sottosezione "Piano triennale di prevenzione della corruzione" dal giorno 11 al giorno 30 novembre 2015 con indicazione di come e dove inviare le eventuali osservazioni /suggerimenti.

ALLEGATO N. 1 - MAPPATURA PROCESSI AZIENDALI

A seguito degli accordi intercorsi con l'Azienda Ospedaliero – Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola – Malpighi e l'Azienda di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi del Personale e Contabilità e Finanza e del recepimento della convenzione con l'AUSL di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate del servizio Economato (delibera 216/2015), è in capo all'Azienda USL la responsabilità in merito ai processi mappati riconducibili a dette aree. In questo periodo di definizione delle funzioni si riporta ad ogni buon fine la mappatura di tutti i processi specificando quelli di responsabilità dell'Azienda USL di Bologna e quelli che restano in capo all'Istituto. Analoghi accordi (deliberazione n. 258/2011) sottoscritti nel corso del 2011 tra le aziende hanno già consentito di unificare il Servizio Acquisti Metropolitano e il Servizio Previdenza Metropolitano.

AREA GENERALE: ACQUISIZIONE E PROGRESSIONE DEL PERSONALE (EX IOR. DA NOVEMBRE 2015 COMPETENZA AUSL BOLOGNA. Da rivedere nel corso del 2016)

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

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

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

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

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

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

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

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

AREA GENERALE: AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

Competenza IOR per: 1) lavori pubblici 2) beni e servizi fino a € 20.000,00. superiore a € 20.000,00 la competenza è dell'Azienda USL di Bologna

PROCESSO N. 5 PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Stesura del capitolato tecnico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Ingegneri dirigenti SPATE	5	5	25	critico	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati tecnici delle professionalità interessate.
	Requisiti di qualificazione non osservanti il principio di proporzionalità						
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 SPATE					Focus sulle procedure adottate
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 SPATE					Focus sugli atti di gara; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate
Nomina commissione	Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari	Direzione aziendale					Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza del conflitto di interesse) e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR nelle nomine
Valutazione/attribuzione punteggi qualità da parte della commissione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Commissari di gara					Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.
Collaudo/regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SPATE					Corretta applicazione del D.Lgs 163/2006 e s.m.i. e delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi
Sottoscrizione contratto	Inosservanza principi di trasparenza e di integrità	Responsabile ufficio gare SPATE					Verifica inserimento dei patti di integrità e richiamo al codice di comportamento aziendale
Autorizzazione al subappalto	Accordi collusivi tra le ditte	Responsabile ufficio gare SPATE					Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione al subappalto. Istruzione operativa interna in fase di completamento
Adozione di variante	Indebito vantaggio per la ditta aggiudicataria	Direttore SC SPATE					Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica

PROCESSO N. 5 PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati tecnici delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
Focus sulle procedure adottate	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza dei conflitti di interesse e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR) nel rispetto dei principi di trasparenza e pubblicità delle nomine.	Già in corso	Direzione aziendale	Predisposizione criteri e rispetto dei medesimi nell'adozione degli atti di nomina
Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di: richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
Corretta applicazione del D.Lgs 163/2006 e s.m.i. delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SPATE	Controllo sulla rotazione incarichi
Verifica inserimento dei patti di integrità e del richiamo al codice di comportamento aziendale	Già in corso	Direttore SPATE	Inserimento patti integrità e richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR su tutti i contratti
Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione al subappalto. Istruzione operativa interna in fase di completamento.	Già in corso	Direttore SPATE	Controllo a campione sull'osservanza dell'istruzione operativa predisposta da SPATE
Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica	2016	Direttore SPATE	Numero di affidanti con variante/numero totale affidamenti annui

PROCESSO N. 6 COTTIMO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 125 del D.Lgs 163/2006)							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Funzionario tecnico SPATE	5	4	20	critico	Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento.	Funzionari tecnici ed amministrativi SPATE					Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti
Regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico spate					Corretta applicazione del D.Lgs 163/2006 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi
Emissione ordine	Mancata osservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SPATE					Verifica inserimento richiamo al codice di comportamento IOR in tutti gli ordini

P. 6 COTTIMO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 125 del D.Lgs 163/2006)			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi al TAR
Corretta applicazione del D.Lgs 163/2006 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SPATE	Rotazione incarichi
Verifica inserimento in tutti gli ordini richiamo al codice di comportamento IOR	già in corso	Direttore SPATE	Presenza richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR sugli ordini

PROCESSO N. 7 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD €20.000 (conto capitale e ricerca finalizzata)							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Analisi, e definizione dei fabbisogni e programmazione	Uso distorto delle procedure (frazionamento della fornitura)	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SPATE	5	3			Audit interni sui reali fabbisogni
Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SPATE			15	critico	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza.	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SPATE					Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti
Utilizzo del mercato elettronico	Mancato, scarso o improprio utilizzo del MEPA	Funzionario amministrativo SPATE					Rotazione dei compiti/aggiornamento ed ulteriore formazione circa l'attivazione del mercato elettronico regionale
Emissione ordine	Inosservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SPATE					Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR

P. 7 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD €20.000 (conto capitale e ricerca finalizzata) - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Audit interni sui reali fabbisogni	2016 - 2017	Responsabile ufficio gare/contratti SPATE	Valore di acquisti affidati senza procedura / Valore di acquisti affidati con procedura concorrenziale
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SPATE	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SPATE	Numero di richieste accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
Rotazione dei compiti/aggiornamento ed ulteriore formazione circa l'attivazione del mercato elettronico regionale	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti SPATE	Report annuale contenente in % gli acquisti MEPA sul totale degli acquisti effettuati
Verifica inserimento in tutti gli ordini Codice di Comportamento IOR	Già in corso	Responsabile ufficio gare/contratti spate	Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR su tutti gli ordini

PROCESSO N. 8 CONVENZIONI PER ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte per attività di collaborazione tra enti pubblici, privati, Associazioni	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Favorire una struttura/associazione volontariamente	Direzioni Sanitaria/Scientifica	3	4	12	rilevante	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata/ associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione
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 necessari Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzioni Sanitaria/Scientifica - responsabile del procedimento (per Istruttoria)					Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica
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					

PROCESSO N. 8 - CONVENZIONI PER ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere. Completamento 2016	Direzioni Sanitaria/Scientifica	Indicazione nelle premesse degli atti convenzionali le motivazioni della scelta e inserimento richiamo
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica	Già in essere	Responsabile Procedimento/ Controllo di Gestione	

P. 9 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Favorire una struttura volontariamente	Direzione Sanitaria	5	4	20	critico	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata/ associazione eventuale precisazione di
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 partetecnica/scientifica/sanitaria/ professionale ecc.) Raccolta dei pareri/ autorizzazioni necessari Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento (per istruttoria)					Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive
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					

P. 9 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE			
		PROGETTAZIONE ESECUTIVA	
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Completamento 2016	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
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive	Già in essere	Responsabile Procedimento/ Controllo di Gestione/Direzione Sanitaria	Formalizzazione atto previa acquisizione parere del CdG. Maggior integrazione dei dati relativi alle attività conseguenti alla stipula tra le strutture coinvolte. Controllo campione sulla partecipazione societaria per verifica assenza conflitto di interesse. Predisposizione procedura per gestione e monitoraggio convenzioni passive.

PROCESSO N. 10							CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso 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	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 afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con
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 (per istruttoria)					Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore, verifica congruità rispetto al regolamento IOR in vigore
Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile del procedimento					

P. 10 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
<p>1) 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.</p> <p>2) Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione.</p> <p>3) Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente</p>	1) Già in essere 2) entro 2015 3) entro 2016	Direzione Sanitaria	<p>Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accREDITAMENTO, utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti.</p> <p>Indicazione negli atti convenzionali le motivazioni della scelta della struttura.</p> <p>Verifica al rinnovo dei professionisti che hanno effettuato le consulenze</p>
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore, verifica congruità rispetto al regolamento consulenze in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento	<p>Indicazione delle tariffe nelle convenzioni</p> <p>Verifica congruità report mensili delle consulenze effettuate rispetto agli accordi contrattuali.</p> <p>Verifiche a campione sui siti web dei soggetti privati</p>

PROCESSO N. 11		CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni 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
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 partetecnica/scientifica/sanitaria/professionale ecc.). Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri)	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento (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
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					

PROCESSO N. 11 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata con eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere. Completamento 2015 -2016	Direzione Sanitaria	Indicazione, nelle premesse degli atti convenzionali, delle motivazioni della scelta e delle eventuali comparazioni effettuate in caso di strutture private. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari istituzionale o libera professione in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento	Indicazione delle tariffe nelle convenzioni Raffronto tariffari

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

Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/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 Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	3	15	critico	Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'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
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento (per istruttoria)					Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai valori di mercato/tariffari esistenti/tariffari ALP
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					

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

Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
<p>Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'accreditamento o al mantenimento dello stesso. Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione.</p> <p>Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti in base alle valutazioni del Responsabile della Struttura di Riferimento</p>	Già in essere. Completamento 2015 -2016	Direzione Sanitaria/Amministrativa	<p>Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, Utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti, Acquisizione del parere preventivo e vincolante da parte delle strutture interne coinvolte e del Direttore di Area alle stesse appartenenti, controllo a campione sulla partecipazione societaria per verifica assenza conflitto di interesse. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR</p>
<p>Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai valori di mercato/tariffari esistenti/tariffari ALP</p>	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento	<p>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</p>

PROCESSO N. 13 CONVENZIONI PER ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI							
Attività	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte per attività di collaborazione tra enti pubblici, privati, Associazioni	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Favorire una struttura/associazione volontariamente	Direzioni Sanitaria/Scientifica	3	4	12	rilevante	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione
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	Direzioni Sanitaria/Scientifica - responsabile del procedimento (per istruttoria)					Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica
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					

P. 13 CONVENZIONI PER ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI		PROGETTAZIONE ESECUTIVA	
Misure	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere. Completamento 2016	Direzioni Sanitaria/Scientifica	Indicazione nelle premesse degli atti convenzionali le motivazioni della scelta e inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica	Già in essere	Responsabile Procedimento/ Controllo di Gestione	Formalizzazione dell'atto previa acquisizione parere CdG

PROCESSO N. 14 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Favorire una struttura volontariamente	Direzione Sanitaria	5	4	20	critico	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione
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 (per istruttoria)					Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive
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					

P. 14 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE			PROGETTAZIONE ESECUTIVA
Misure	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere. Completamento 2016	Direzione Sanitaria	Presenza negli 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
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive	Già in essere	Responsabile Procedimento/ Controllo di Gestione/Direzione Sanitaria	Formalizzazione atto previa acquisizione parere del CdG. Maggior integrazione dei dati relativi alle attività conseguenti alla stipula tra le strutture coinvolte. Controllo campione sulla partecipazione societaria per verifica assenza conflitto di interesse. Predisposizione procedura per gestione e monitoraggio convenzioni passive.

PROCESSO N. 15							CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso 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	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 afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti. Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento (per istruttoria)					Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore, verifica congruità rispetto al regolamento IOR in vigore
Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile del procedimento					

P. 15 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQUIPE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	indicatori
<p>1) 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.</p> <p>2) Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione.</p> <p>3) Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti afferenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente</p>	<p>1) - 2) già in essere</p> <p>3) entro 2016</p>	Direzione Sanitaria	<p>Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti.</p> <p>Indicazione negli atti convenzionali le motivazioni della scelta della struttura.</p> <p>Verifica al rinnovo dei professionisti</p>
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari libera professione in vigore, verifica congruità rispetto al regolamento consulenze in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento	<p>Indicazione delle tariffe nelle convenzioni</p> <p>Verifica congruità report mensili delle consulenze effettuate rispetto</p>

PROCESSO N. 16		CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni 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
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica diretta della parte inerente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte) tecnica/scientifica/sanitaria/ professionale ecc.. Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri)	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento (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
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					

P. 16 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE		PROGETTAZIONE ESECUTIVA	
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata con eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere. Completamento 2016	Direzione Sanitaria	Presenza negli atti convenzionali, delle motivazioni della scelta e delle eventuali comparazioni effettuate in caso di strutture private
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari istituzionale o libera professione in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento	

PROCESSO N. 17 - CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROSO, CONSULENZE O SERVIZI AGGIUNTIVI RISPETTO A QUELLI ORDINARI AI SENSI ART.43 C. 3 L.27/12/1997, N.449

Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/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 Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	3	15	critico	Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'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
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento (per istruttoria)					Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai valori di mercato/tariffari esistenti/tariffari ALP
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					

P. 17 - CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROSO, CONSULENZE O SERVIZI AGGIUNTIVI RISPETTO A QUELLI ORDINARI AI SENSI			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
<p>Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'accredimento o al mantenimento dello stesso. Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione.</p> <p>Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti in base alle valutazioni del Responsabile della Struttura di Riferimento</p>	Già in essere. Completamento 2015 -2016	Direzione Sanitaria/Amministrativa	<p>Acquisizione estremi autorizzazione e dichiarazione della struttura circa eventuale accreditamento, Utilizzo di contrattualistica standard che prevede clausole di salvaguardia ed espressi divieti, Acquisizione del parere preventivo e vincolante da parte delle strutture interne coinvolte e del Direttore di Area alle stesse appartenenti, controllo a campione sulla partecipazione societaria per verifica assenza conflitto di interesse. Inserimento richiamo all'osservanza al codice di comportamento IOR</p>
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai valori di mercato/tariffari esistenti/tariffari ALP	Già in essere	Direzione Sanitaria / Responsabile Procedimento	<p>Indicazione delle tariffe nelle convenzioni.</p> <p>Verifica congruità report mensili delle consulenze effettuate rispetto agli accordi contrattuali.</p> <p>Verifiche a campione sui siti web dei soggetti privati</p>

PROCESSO N. 18		CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Prenotazione visite e prestazioni ambulatoriali in libera professione (Società CUP 2000)	Inosservanza delle procedure operative concordate con CUP 2000	SAAS e Direzione Sanitaria	5	1	5	medio	Report mensili forniti da CUP 2000 sul numero delle prestazioni effettuate per verifica della corrispondenza del servizio al contratto

P. 18 CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Report mensili forniti da CUP 2000 sul numero delle prestazioni effettuate per verifica della corretta erogazione del servizio	già in corso	Direzione SAAS Direzione Sanitaria	Numero scostamenti rispetto al contratto

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

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

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

PROCESSO N. 19 APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Applicazione Tariffe per rilascio copie documentazione clinica	Inosservanza regole procedurali interne (tariffario)	operatore	2	1	2	trascurabile	Presentazione ricevuta di pagamento per il ritiro della documentazione richiesta Rotazione del personale

P. 19 APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Presentazione ricevuta di pagamento per il ritiro della documentazione richiesta. Rotazione del personale.	Già in corso	Direzione SAAS	Controlli a campione della corrispondenza tra copia consegnata e pagamento

AREA GENERALE

GESTIONE ENTRATE, DELLE SPESE, DEL PATRIMONIO

PROCESSO N. 20		VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A €20.000)					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Individuazione dei requisiti per la partecipazione alla selezione	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Funzionari tecnici ed amministrativi SPATE	5	4	20	critico	Focus sui requisiti; maggior coinvolgimento possibile nella stesura degli atti delle professionalità coinvolte
Individuazione vincitore	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SPATE					Focus sui verbali relativi all'individuazione
Contratto di vendita/locazione	Inosservanza al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità	Funzionario amministrativo SPATE					Verifica inserimento in tutti i contratti del richiamo al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità e relativa sottoscrizione

P. 20 VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A €20.000) - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Focus sui requisiti; maggior coinvolgimento possibile nella stesura degli atti delle professionalità coinvolte	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di richieste di accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
Focus sui verbali relativi all'individuazione	Già in corso	Direttore SPATE	Numero di richieste di accesso agli atti, contestazioni, ricorsi
Verifica inserimento in tutti i contratti del richiamo al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità e relativa sottoscrizione	Già in corso	Direttore SPATE	Presenza patti di integrità e richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR in tutti i contratti

AREA GENERALE

CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

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

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

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

- l'analisi dei Piani e relative procedure, documenti, percorsi in una logica di reciproco sostegno e confronto;
- la disamina dei processi delle aree a rischio individuati con il diretto coinvolgimento dei dirigenti e funzionari responsabili. Ai fini della massima trasparenza ed imparzialità i procedimenti esaminati sono stati sorteggiati a campione. Particolare attenzione è stata riservata all'analisi delle misure di concreto contrasto individuate, ai tempi di realizzazione e alle responsabilità correlate;
- individuazione dei punti di forza e delle integrazioni necessarie in condivisione con i dirigenti e i funzionari dei processi delle aree interessate al fine di allineare i Piani ai contenuti del Piano Nazionale Anticorruzione ed Aggiornamento 2015 del PNA e di operare il raccordo con il Piano della performance;
- verifiche da remoto sul grado di applicazione dei dati e delle informazioni richieste dal D. Lgs 33/2013 in materia di trasparenza.

AREA GENERALE

INCARICHI E NOMINE

PROCESSO N. 21								AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 91 comma 2 D.Lgs 163/2006)									
Fasi			rischio			responsabilità		probabilità		impatto		livello di rischio		Misure di presidio			
Stesura delle specifiche tecniche relative all'incarico			Specifiche tecniche che limitano la concorrenza			Funzionario tecnico SPATE		5		4		20		critico		Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità			Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento			Funzionari tecnici ed amministrativi SPATE										Focus sui criteri adottati; rotazione dei compiti	
Stesura disciplinare di incarico			Inosservanza patti di integrità/ codice di comportamento ior			Funzionario amministrativo SPATE										Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	

PPROCESSO N. 21 AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 91 comma 2 D.Lgs 163/2006) - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SPATE	N. richieste di accesso agli atti, contestazioni e ricorsi presentati
Focus sui criteri adottati; rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SPATE	N. richieste di accesso agli atti, contestazioni e e ricorsi presentati
Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	Già in corso	Direttore SPATE	Presenza dei patti di integrità e richiamo all'osservanza del codice di comportamento IOR su tutti i disciplinari

PROCESSO N. 22							
CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO “ATIPICO”							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Emissione avviso	Requisiti di accesso "personalizzati"	Direttore/Responsabile UO richiedente	5	4	20	critico	Monitoraggio preventivo sugli avvisi (aspetti formali e aspetti legati al progetto: copertura economica, compenso, durata progetto)
Designazione Commissione valutatrice	Irregolare composizione della Commissione finalizzata al reclutamento di candidati particolari	Designazioni come da delibera 438/2014: Responsabile del progetto di ricerca, Dirigente/Responsabile U.O. richiedente - Responsabile della Struttura o delegato e Direttore Dipartimento o di Area o loro delegato					Il Regolamento (Del. 439/2014) vincola la composizione della Commissione
Espletamento della procedura comparativa	Distorta valutazione dei curricula/ colloqui conoscitivi	Commissione Valutatrice					Verifica dell'esposizione della motivazione della scelta del candidato idoneo all'interno del verbale

P. 22	CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO “ATIPICO”	PROGETTAZIONE ESECUTIVA	
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Monitoraggio preventivo sugli avvisi (aspetti formali e aspetti legati al progetto: copertura economica, compenso, durata progetto)	Già in essere	SARS (per gli aspetti formali e aspetti legati al progetto: copertura economica, compenso, durata progetto)	Report numero avvisi verificati
Verifica dell'esposizione della motivazione della scelta del candidato idoneo all'interno del verbale	Già in essere	SARS	Report numero verbali verificati

AREA GENERALE

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

PROCESSO n. 23		ASSICURAZIONE RCT - GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Apertura sinistro, tramite broker, a seguito di richiesta di risarcimento danni, notifica atto di citazione, accertamento tecnico preventivo e procedimento penale.	Non seguire l'ordine cronologico di arrivo delle richieste privilegiandone alcune rispetto ad altre	Affari Legali Assicurazioni e Privacy	5	5	25	critico	Inserimento delle pratiche in ordine temporale come da manuale di gestione flussi documentali
							Rispetto dei termini di polizza e procedura interna
Trasmissione al broker della documentazione sanitaria, raccolta dalla Direzione Sanitaria e trasmissione al broker relazione dei sanitari	Privilegiare casi piuttosto che altri	Affari Legali Assicurazioni e Privacy					Rispetto dei termini di polizza e procedura interna
Predisposizione ordine del giorno ODG (elenco dei sinistri istruiti) per incontro del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	Decidere di trattare un sinistro piuttosto che un altro o presentare uno con istruttoria parziale	Affari Legali Assicurazioni e Privacy					Acquisizione relazioni medico legali interne e pareri redatti dai fiduciari della Compagnia di Assicurazioni (la Compagnia generalmente coinvolge due fiduciari).

PROCESSO n. 23		ASSICURAZIONE RCT GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO (CONTINUA)					
fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Gestione del sinistro anche in relazione all'eventuale evoluzione del sinistro anche in giudizio	Decisione legata ad interessi personali	Affari Legali Assicurazioni e Privacy Loss Adjuster	5	5	25	critico	Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno
							Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno
Liquidazione rimborso franchigia contrattuale per i sinistri liquidati	Irregolarità nella gestione e inosservanza delle regole sulla trasparenza	Affari Legali Assicurazioni e Privacy					Controllo delle richieste di rimborso approvate con atto deliberativo pubblicato e nel rispetto dei termini di polizza e procedura interna
Segnalazione alla Corte dei Conti dei sinistri liquidati ex art. 1 CPV. L. n. 20/94 e succ. modif.	Scelta dei casi da inviare allo scopo di occultare alcune posizioni di possibile danno erariale	Affari Legali Assicurazioni e Privacy					Monitoraggio dei mandati di pagamento e invio cronologico ed esaustivo nel rispetto del protocollo operativo interno

Processo n. 23 ASSICURAZIONE RCT GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO PROGETTAZIONE ESECUTIVA						
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile				indicatori
Inserimento delle pratiche in ordine temporale come da manuale di gestione flussi documentali	In essere	Affari Legali				Rispetto dei tempi indicati nel manuale di gestione flussi documentali
Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	Affari Legali				Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	Affari Legali				Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
Acquisizione relazioni medico legali interne e pareri redatti dai fiduciari della Compagnia di Assicurazioni (la Compagnia generalmente coinvolge due fiduciari)	In essere	Affari Legali				Pluralità fonti istruttorie e Compagnia
Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno	In essere	Affari Legali				Verbalizzazione degli incontri
Controllo delle richieste di rimborso approvate con atto deliberativo pubblicato e nel rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	Affari Legali				Rispetto dei tempi indicati nelle polizze e procedure interne
Monitoraggio dei mandati di pagamento e invio cronologico ed esaustivo nel rispetto del protocollo operativo interno	In essere	Affari Legali				Invio mandato per mandato

PROCESSO n. 24		GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Valutazione degli atti notificati	Tutela di un interesse particolare	Direttore Generale Amministrativo e SSD Affari Legali	5	3	15	critico	Inquadramento del caso e decisione sulle modalità per la tutela degli interessi dell'Ente
							Inquadramento del caso e decisione sulle modalità per la tutela degli interessi dell'Ente
Scelta del difensore	Illogicità della scelta effettuata in base a preferenze personali	Direttore Generale					Verifica della congruità della scelta fiduciaria della Direzione rispetto al bisogno di difesa nel caso concreto
Richiesta e accettazione preventivo	Accettazione preventivo sproporzionato al caso	SSD Affari Legali					Valutazione del preventivo in base ai parametri e principi stabiliti dall'AVEC rif. Tariffe DM 55/2014

PROCESSO n. 24 GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA							
Misure di presidio	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		attività di controllo
Attribuzione incarico	Immotivata ripetitività incarichi	Direttore Generale					Report degli incarichi assegnati nell'anno per poter valutare se sia possibile una rotazione degli stessi
							Report degli incarichi assegnati nell'anno per poter valutare se sia possibile una rotazione degli stessi
Acquisizione dichiarazione di insussistenza conflitto di interesse	Assegnazione a soggetti in conflitto di interessi	SSD Affari Legali					Acquisizione adeguata dichiarazione prima dell'assegnazione dell'incarico
Liquidazione del compenso	Pagare una somma non pattuita	SSD Affari Legali					Verifica congruità tra preventivo e fattura
Pubblicazione dei compensi dei curricula	Mancanza di trasparenza	SSD Affari Legali					Aggiornamento semestrale esaustivo delle liquidazioni effettuate ai professionisti

AREA SPECIFICA

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

PROCESSO N. 25		LIBERA PROFESSIONE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Ricoveri programmati	Inserimento in lista d'attesa di un paziente con diagnosi volutamente sottostimata al fine di agevolarlo Predisposizione preventivo di spesa sottostimato in relazione alla diagnosi del medico	Medico	5	3	15	critico	Applicativo Sistema Informatico Rizzoli/Spedalità per gestione "pratica ricovero" (preventivo, periodo di ricovero, SDO, spese per eventuale accompagnatore, maggiori confort ecc.)
Prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale	Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico	Medico					1) Per verifiche attività esterna : Applicativo Informatico CUPWEBALP fornito dalla RER (gestione attività prenotazione, erogazione prestazione e incasso); 2) Per verifica attività interna IOR: Applicativo Informatico Sistema Informatico Rizzoli (SIR) per gestione prenotazione, accettazione, erogazione prestazione e Cassa Interna per riscossione.

P. 25 LIBERA PROFESSIONE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Applicativo Sistema Informatico Rizzoli/Spedalità per gestione "pratica ricovero" (preventivo, periodo di ricovero, SDO, spese per eventuale accompagnatore, maggiori confort ecc.	Già in essere	Direzione sanitaria / Servizio Amministrativo Area Sanitaria	Controllo mensile ai fini dell'invio dei flussi informativi agli Uffici preposti al pagamento degli onorari
1) Per verifiche attività esterna : Applicativo Informatico CUPWEBALP fornito dalla RER (gestione attività prenotazione, erogazione prestazione e incasso); 2) Per verifica attività interna IOR: Applicativo Informatico Sistema Informatico Rizzoli (SIR) per gestione prenotazione, accettazione, erogazione prestazione e Cassa Interna per riscossione.	Già in essere	Direzione sanitaria / Servizio Amministrativo Area Sanitaria (SAAS)/ Direzione gestione delle Risorse umane (SGRU) /Direzione Bilancio e Programmazione Finanziaria	Applicazione regolamenti IOR Flussi informativi per pagamento degli onorari

PROCESSO N. 26		LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Inserimento di un paziente inappropriato al fine di agevolarlo Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) e segreteria (esegue)	5	3	15	critico	Informatizzazione della lista d'attesa
Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) e segreteria (esegue)					<ul style="list-style-type: none"> - Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato n°PG23DS del 17/7/2009 - Pubblicazione sul sito internet dei tempi d'attesa aziendali; - Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)

P. 26 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Informatizzazione della lista d'attesa	Già attiva	In base alle competenze.	
Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato (n°PG23DS del 17/7/2009)	Già in corso	Direzione sanitaria Direttori UU.OO.	Check list con utilizzo mod. 03 della procedura PG23DS con cadenza semestrale
Pubblicazione sul sito internet (Amministrazione Trasparente) del dato relativo ai tempi d'attesa aziendali	Già in corso	Ufficio Marketing	Verifica esecuzione aggiornamento periodico
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere ogni tre mesi il modulo ST12 ai Direttori di UO, i quali hanno la responsabilità di "pulire" le liste d'attesa eliminando i casi non più attuali.	Scostamento rispetto ai dati dell'ultima verifica

PROCESSO n. 27		LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Inserimento di un paziente inappropriato al fine di agevolarlo Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) e segreteria (esegue)	5	3	15	critico	Informatizzazione della lista d'attesa
Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) e segreteria (esegue)					<ul style="list-style-type: none"> - Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato n°PG23DS del 17/7/2009 - Pubblicazione sul sito internet dei tempi d'attesa aziendali; - Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)

P. 27 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Informatizzazione della lista d'attesa	Già attiva	In base alle competenze.	
Controllo del rispetto della procedura IOR "Gestione lista d'attesa ricovero programmato" (n°PG23DS del 17/7/2009)	Già in corso	Direzione Sanitaria Direttori UU.OO.	Check list con utilizzo mod. 03 della procedura PG23DS con cadenza semestrale
Pubblicazione sul sito internet (Amministrazione Trasparente) del dato relativo ai tempi d'attesa aziendali	Già in corso	Ufficio Marketing	Aggiornamento periodico
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere ogni tre mesi il modulo ST12 ai Direttori di UO, i quali hanno la responsabilità di "pulire" le liste d'attesa eliminando i casi non più attuali.	Scostamento rispetto ai dati dell'ultima verifica

AREA SPECIFICA

RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI

PROCESSO N. 28		CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione di diverse opzioni Favorire una struttura volontariamente	Direzione Sanitaria	5	4	20	critico	Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione
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, ignorare assenza di requisiti di accreditamento	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento (per istruttoria)					Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive
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					

P. 28 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE			PROGETTAZIONE ESECUTIVA
Misure	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
<p>Verifica dei requisiti</p> <p>Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata / associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione</p>	Completamento 2016	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
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive	Già in essere	Responsabile Procedimento/ Controllo di Gestione/Direzione Sanitaria	<p>Formalizzazione atto previa acquisizione parere del CdG. Maggior integrazione dei dati relativi alle attività conseguenti alla stipula tra le strutture coinvolte.</p> <p>Controllo campione sulla partecipazione societaria per verifica assenza conflitto di interesse.</p> <p>Predisposizione procedura per gestione e monitoraggio convenzioni passive.</p>

AREA SPECIFICA

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

PROCESSO N. 29		APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	valore rischio		Misure di presidio
Presentazione studio clinico	Vantaggio personale diretto o indiretto teso a favorire qualche azienda	Ricercatore	5	3	15	critico	Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)
Istruttoria da parte della segreteria del Comitato Etico	Istruttoria non approfondita al fine di facilitare l'approvazione dello studio	Presidente e Segreteria del Comitato Etico					
	Agevolare l'iter amministrativo dello studio rispetto agli altri studi pervenuti	Segreteria del Comitato Etico					
Valutazione della documentazione da parte del Comitato Etico	Conflitto di interesse da parte di membri del Comitato Etico	Membri del Comitato Etico					Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi dei Componenti del Comitato Etico
	Per attività aggiuntive alla normale pratica clinica: non corrispondenza tra la dichiarazione del ricercatore e l'effettivo percorso clinico definito dalla Direzione Sanitaria	Ricercatore					Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)
Stesura del contratto	Conflitto di interesse da parte del ricercatore e dello Sponsor	Ricercatore e Sponsor					Valutazione del contratto e delle dichiarazioni del conflitto di interesse del Ricercatore e dello Sponsor da parte del C.E.

P. 29 APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)	Già in corso	Comitato Etico	Numero studi non autorizzati/numero di studi autorizzati
	Già in corso	Segreteria e Presidente Comitato Etico	
	Già in corso	Segreteria e Presidente Comitato Etico	
Sottoscrizione di dichiarazione di assenza di conflitto di interessi da parte dei Componenti ai sensi della normativa vigente	Già in corso	Segreteria	Numero dichiarazioni pervenute/ tot. dichiarazioni dovute
La procedura prevede un modulo specifico per la dichiarazione di queste attività	Già in corso	Direzione Sanitaria	n. moduli compilati senza rispetto della procedura qualità/tot- moduli
Valutazione del contratto e delle dichiarazioni di non conflitto di interesse da parte del C.E.	Già in corso	Segreteria Comitato Etico	Dichiarazioni di assenza di conflitto di interesse non pervenute/su totale dovute

PROCESSO N. 30							
SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT							
Fasi	elenco rischi	responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio		Misure di presidio
Proposta di contratto da parte dello sponsor	Vantaggio personale diretto o indiretto teso a favorire qualche azienda e/o ricercatore	Ufficio Progetti Europei Comitato Etico	5	3	15	critico	Utilizzo modello convenzione profit IOR e dichiarazioni di assenza conflitto di interesse del Ricercatore. Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014).
Valutazione e negoziazione del contratto	Istruttoria non approfondita al fine di facilitare l'approvazione dello studio	Ufficio Progetti Europei Comitato Etico Direttore/Responsabile struttura proponente					Variazioni rispetto al modello “convenzione IOR” Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)
Monitoraggio e Fatturazione	Mancata fatturazione attività	Ufficio Progetti Europei Sperimentatore Responsabile					Verifica corrispondenza importo da fatturare tra contratto e comunicazioni sponsor.
	Mancato saldo della fattura	Ufficio Progetti Europei Servizio Bilancio	Verifica s.a.l. del progetto Verifica incrociata Ufficio Progetti Europei e Servizio e Bilancio				

P. 30 SPERIMENTAZIONI CLINICHE PROFIT - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Utilizzo modello convenzione profit IOR e dichiarazioni di assenza conflitto di interesse del ricercatore. Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)	Marzo 2015	Ufficio Progetti Europei Comitato Etico	Scostamento rispetto alla documentazione richiesta e in essere presso IOR
Variazioni rispetto al modello convenzione IOR. Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)	Già in corso	Ufficio Progetti Europei Comitato Etico Sperimentatore	
Verifica corrispondenza importo da fatturare tra contratto e comunicazioni sponsor. Verifica s.a.l. del progetto	Già in corso	Ufficio Progetti Europei Sperimentatore	Numero richieste di chiarimenti allo sponso
Verifica incrociata dell'Ufficio Progetti Europei e Servizio Bilancio	Già in corso	Ufficio Progetti Europei Direzione Scientifica	Numero casi inviati all'Ufficio Recupero Crediti

PROCESSO N. 31		SPERIMENTAZIONI CLINICHE NO PROFIT					
Fasi	elenco rischi	responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio		Misure di presidio
Proposta di contratto da parte del finanziatore no profit	Studio profit presentato dallo sperimentatore come no profit per trarne vantaggio personale	Ufficio Progetti Europei Comitato Etico Direttore struttura proponente	3	3	9	rilevante	Utilizzo modello convenzione no profit IOR e dichiarazioni del conflitto di interesse del ricercatore Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)

P. 31 SPERIMENTAZIONI CLINICHE NO PROFIT - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Utilizzo modello convenzione no profit IOR e dichiarazioni del conflitto di interesse del ricercatore. Rispetto procedura qualità (Comitato Etico, PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014)	Già in essere	Ufficio Progetti Europei Comitato Etico	n. documento mancanti /n. documentazione richiesta

PROCESSO N. 32 CONSORTIUM E ALTRI AGREEMENT COLLEGATI A PROGETTI EUROPEI DI RICERCA							
Fasi	elenco rischi	Responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio		Misure di presidio
Proposta di contratto da parte del Coordinatore e/o del centro responsabile dell'agreement	Presenza di clausole vessatorie/sfavorevoli su: - Proprietà intellettuale, - Pubblicazioni, - Rispetto della privacy	Ricercatore Responsabile Ufficio Progetti Europei	5	3	15	critico	Utilizzo di format approvati dalla UE (se disponibili) Esame congiunto del testo da parte del Ricercatore responsabile e del Responsabile dell'Ufficio Progetti Europei Condivisione tra tutti i <i>Beneficiaries</i> del progetto
Nota: Allegato 5 PNA ai punti "Rilevanza esterna" e Complessità del processo" non è adeguato. Questi sono punti che rafforzano la trasparenza del progetto							

P. 32 CONSORTIUM E ALTRI AGREEMENT COLLEGATI A PROGETTI EUROPEI DI RICERCA - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
/Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
Utilizzo di format approvati dalla UE (se disponibili) Esame congiunto del testo da parte del Ricercatore responsabile e del Responsabile dell'Ufficio Progetti Europei Condivisione tra tutti i <i>Beneficiaries</i> del progetto	Già in corso	Ufficio Progetti Europei	numero accordi non stipulati/totale accordi stipulati

PROCESSO N.33							
STIPULA DI ACCORDI CON TERZI PER PROGETTI DI RICERCA							
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Attivazione di un contratto per progetto di Ricerca scientifica con un soggetto finanziatore esterno	Scelta del contraente influenzata da interessi personali del ricercatore Interessi privati nella formulazione del contratto	Responsabile scientifico del progetto (ricercatore richiedente); Direzione Scientifica	5	3	15	critico	1) Rimodulazione di apposita modulistica (contratto tipo) per la formalizzazione dell'accordo, alla luce della normativa vigente. 2) Valutazione di opportunità in campo scientifico

P. 33 STIPULA DI ACCORDI CON TERZI PER PROGETTI DI RICERCA PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	Indicatori
1) Rimodulazione di apposita modulistica (contratto tipo) per la formalizzazione dell'accordo, alla luce della normativa vigente	Marzo 2016	SARS	Verifica delle contestazioni provenienti dall'esterno/interno e/o dei rilievi provenienti da organismo esterno
2) Valutazione di opportunità in campo scientifico	Marzo 2016	Ricercatore proponente il contratto: per la proposta di contratto; Direzione Scientifica: per valutazioni di competenza; SARS: per verifica degli aspetti giuridico-amministrativi	Verifica delle contestazioni provenienti dall'esterno/interno e/o dei rilievi provenienti da organismo esterno

AREA SPECIFICA

ATTIVITA' CONSEGUENTE AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO (non attivabile)

Attività in convenzione con l'Azienda USL di Bologna per l'utilizzo della camera mortuaria dell'ospedale Bellaria per pazienti deceduti presso lo IOR

ALLEGATO N. 2 - REGISTRO EVENTI RISCHIOSI

AREE GENERALI

ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE

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

AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

- Individuazione della procedura non congrua, errato utilizzo della procedura negoziata e/o di affidamento diretto;
- Accordi collusivi tra le ditte;
- Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti, quali i Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità;
- Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari;
- Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione;
- Mancanza di inserimento di quanto previsto dalle norme sugli obblighi di trasparenza/anticorruzione. Non richiamo ai codici di comportamento e non sottoscrizione dei patti d'integrità;
- Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo/contratto;
- Abuso nella gestione amministrativa dei contratti;
- Inesigibilità o parziale riduzione di un credito dell'amministrazione a causa di non corretta procedura o scadenza dei termini di messa in mora;
- Inerzia nel procedere allo svolgimento dell'attività di recupero al fine di agevolare un determinato debitore.

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

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

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

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

INCARICHI E NOMINE

- Violazione delle norme procedurali nell'attribuzione di incarichi ai legali di fiducia;
- Presenza di specifiche tecniche che limitano la concorrenza e la rotazione degli incarichi;
- Individuazione di parametri irrilevanti che favoriscono alcuni concorrenti;
- Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione e parità di trattamento;
- Requisiti di accesso “personalizzati”;
- Irregolare composizione della Commissione;
- Distorta valutazione dei curricula/colloqui conoscitivi;
- Inosservanza dei codici di comportamento.

GESTIONE ENTRATE, SPESE E DEL PATRIMONIO

di prevalente competenza dell’Azienda USL di Bologna

CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI

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

AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO

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

- Mancanza di trasparenza nella gestione.

AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE D'ATTESA

Liste di attesa

- Inserimento di un paziente con diagnosi inappropriata al fine di agevolarlo nello svolgimento dell'iter terapeutico;
- Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico;
- Inserimento di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata);
- Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata);
- Non scorrimento delle lista

Attività libero professionale

- Inserimento in lista d'attesa di un paziente con diagnosi volutamente sottostimata al fine di agevolarlo;
- Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico;
- Inosservanza delle procedure operative concordate con CUP 2000.

RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI

- Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo/contratto;
- Abuso nella gestione amministrativa dei contratti;
- In caso di struttura privata, scelta senza valutazione di diverse opzioni al fine di favorire una struttura a scapito di altre;
- Riconoscimento di agevolazioni e/o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo;
- Ignorare la mancanza dei requisiti di accreditamento, ove richiesti;
- Mancata verifica delle cause ospedaliere alla stipula di un ordine normativo regolamentare e mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto.

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

- Scelta del contraente per lo svolgimento di un progetto scientifico influenzata da interessi personali del ricercatore;
- Interessi privati del ricercatore nella formulazione del contratto con lo sponsor;
- Istruttoria non approfondita al fine di facilitare l'approvazione dello studio e/o di facilitarne l'iter amministrativo a discapito di altri studi;
- Conflitto di interesse da parte di membri del Comitato Etico nell'approvazione degli studi;
- Per attività aggiuntive alla normale pratica clinica: interesse del ricercatore a celare l'impatto dello studio sull'attività istituzionale sanitaria al fine di far ricadere sull'Istituto gli eventuali costi aggiuntivi.

**ALLEGATO N. 3 - CRONOPROGRAMMA DELLA SEZIONE SPECIFICA:
PROGRAMMA TRIENNALE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA
TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI) 2015 - 2017**

ADEMPIMENTI	SOGGETTO RESPONSABILE	REALIZZAZIONE			
		2014	2015	2016	2017
Nomina del Responsabile Prevenzione Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità	Direzione Aziendale Del. 343/2013.	=	=	=	=
Proposta predisposizione/aggiornamento Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza	Responsabile	Predisposizione entro 20 gennaio	Aggiornamento entro 31 gennaio	Aggiornamento entro 31 gennaio	Aggiornamento entro 31 gennaio
Adozione del Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e l'Integrità	Direzione Aziendale	Prima adozione entro 31 gennaio Del. 48/2014	Aggiornamento entro 31 gennaio	Aggiornamento entro 31 gennaio	Aggiornamento entro 31 gennaio
Individuazione Referenti di Struttura (per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza)	Responsabile	Entro 15 giorni dall'adozione del Piano	=	=	=
Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	O.A.S.	30 Settembre 31 dicembre	31 Dicembre	31 Dicembre	31 dicembre
Relazione annuale del Responsabile Prevenzione Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità	Responsabile	31 gennaio 2014	31 dicembre	15 Gennaio	Secondo disposizioni ANAC

**SEZIONE SPECIFICA PTPC
PROGRAMMA TRIENNALE PER LA
TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI)
2016 - 2018**

1. INTRODUZIONE

La disciplina sulla trasparenza nelle Pubbliche Amministrazioni è stata oggetto, a partire dall'anno 2009, di penetranti interventi normativi alla luce dei quali la Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle amministrazioni pubbliche Autorità Nazionale Anticorruzione – C.I.V.I.T., ora Autorità Nazionale Anticorruzione A.N.A.C., ha elaborato indicazioni per la redazione e l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità e per il controllo, il monitoraggio e l'attuazione dello stesso, di seguito Programma.

Così come auspicato nella delibera CIVIT n. 50/2013 *“Linee guida per l'aggiornamento del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità 2014-2016”*, il Programma è delineato come sezione specifica del Piano di prevenzione della corruzione di cui costituisce.

Il presente Programma è stato redatto secondo le indicazioni contenute nella predetta delibera, integrato alla luce delle indicazioni riportate nell'aggiornamento 2015 al PNA, dei criteri interpretativi emanati dal Direttore Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia - Romagna e dalla Giunta della Regione Emilia – Romagna al fine di garantire l'uniformità e la comparabilità dei programmi e dell'Aggiornamento 2015 al PNA.

Con l'“Aggiornamento 2015 al PNA” operato dall'ANAC, il Programma Triennale della Trasparenza ed Integrità diventa una sezione del Piano triennale di prevenzione della corruzione.

2. NOZIONE DI “TRASPARENZA”

La trasparenza è intesa come “accessibilità” totale delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività della P.A., allo scopo di garantire forme di diffusione del controllo sulle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse dedicate.

La trasparenza, nel rispetto delle disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio, di segreto statistico e di protezione dei dati personali, concorre ad attuare il principio democratico e i principi costituzionali di eguaglianza, di imparzialità, buon andamento, responsabilità, efficacia ed efficienza nell'utilizzo di risorse pubbliche, integrità e lealtà nel servizio alla Nazione. Essa è condizione di garanzia della libertà individuale e collettiva, nonché dei diritti civili, politici e sociali, integra il diritto ad una buona amministrazione e concorre alla realizzazione di un'amministrazione aperta, al servizio del cittadino. La trasparenza favorisce la partecipazione dei cittadini all'attività delle Pubbliche amministrazioni ed è funzionale a tre scopi:

- sottoporre, al controllo diffuso, ogni fase del ciclo di gestione della performance dell'amministrazione per consentirne il miglioramento;
- assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dalle amministrazioni, delle loro caratteristiche qualitative e quantitative, nonché delle loro modalità di erogazione;
- prevenire fenomeni corruttivi e promuovere l'integrità.

Con il Programma si intende, perciò, garantire un duplice profilo di trasparenza dell'azione amministrativa:

- profilo statico: consistente essenzialmente nella pubblicità di categorie di dati attinenti all'Istituto con finalità di controllo sociale da parte della cittadinanza e degli utenti in generale;
- profilo dinamico: consistente nel monitoraggio ed aggiornamento nell'ottica del miglioramento continuo dei servizi pubblici direttamente collegato al ciclo della performance anche grazie alla partecipazione dei portatori di interesse

(stakeholder) dell'azienda.

In tale contesto occorre considerare il nuovo concetto di trasparenza, che si sostanzia nel rapporto di fiducia tra cittadini e Pubblica amministrazione, la quale non deve dare conto unicamente delle spese sostenute, ma soprattutto del rapporto tra spese effettuate ed i benefici a favore della collettività.

In relazione all'evoluzione del quadro normativo che ha rafforzato nel corso del 2014 i poteri dell'ANAC, si inserisce l'intervento del Garante della Privacy del giugno 2014. Tale intervento, teso alla tutela dei dati personali contenuti anche in atti e documenti amministrativi pubblicati sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati, ha richiamato la tutela dei diritti e delle libertà fondamentali (con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali) con l'obiettivo di contribuire a declinare con equilibrio il rapporto fra esigenze di trasparenza della Pubblica amministrazione e le garanzie poste a tutela dei diritti affinché nessuna delle esigenze che di volta in volta emergono siano aprioristicamente dequalificate o, al contrario, enfatizzate.

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

3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

A seguito dell'adozione del provvedimento deliberativo n. 343 del 26/7/2013 è stato individuato, quale Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, la D.ssa Maria Carla Bologna.

Compiti

Il Responsabile per la Trasparenza e l'Integrità è il soggetto preposto in Istituto all'applicazione di quanto prescritto dal Decreto Legislativo n. 150/2009 e dal Decreto Legislativo n. 33/2013, 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 il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità;
- prevedere all'interno del Programma specifiche misure di monitoraggio sull'attuazione degli obblighi di trasparenza;
- controllare e assicurare la regolare attuazione dell'accesso civico 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 Ortopedico Rizzoli e all'Organismo Indipendente di Valutazione, 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, il Decreto prevede l'obbligo di tutti i Dirigenti e dei Responsabili di garantire il tempestivo e regolare flusso delle informazioni da pubblicare ai fini del rispetto dei termini stabiliti dalla legge.

4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE E ADOZIONE DEL PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' (PTTI) 2016 – 2018

Così come previsto dalla normativa che dall'anno 2009 ha novellato il concetto di trasparenza applicato alla Pubblica amministrazione, la cui precedente disciplina risaliva alla Legge n. 241/1990 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi" e s.m.i., IOR, con l'adozione del presente Programma, intende realizzare proprie linee generali volte a favorire un'applicazione omogenea delle disposizioni e dei principi contenuti nella legislazione in materia di trasparenza per le parti applicabili.

In tale ottica IOR ispira la propria attività ed il proprio sistema di gestione dell'organizzazione del lavoro alla garanzia della trasparenza anche attraverso la pubblicazione sul sito web di documenti atti a rappresentare gli aspetti dell'attività amministrativa, dell'organizzazione aziendale e delle varie fasi del ciclo di gestione della valutazione dei risultati. Il predetto processo di trasparenza, nel rispetto dei principi di buon andamento di imparzialità e fermi i principi contenuti nella normativa nazionale in materia di riservatezza (D. Lgs. n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali") e "Linee Guida in materia di trattamento di dati personali, contenuti anche in atti e documenti amministrativi, effettuato per finalità di pubblicità e trasparenza sul web da soggetti pubblici e da altri enti obbligati" del Garante della Privacy (G.U. 134/2014), deve prevedere l'attivazione di azioni positive volte a garantire ai cittadini l'accesso ai dati, alla documentazione amministrativa e alle informazioni conservate in Istituto.

La pubblicazione dei dati sul portale web dell'Istituto, compatibilmente con i sistemi informativi in essere, viene costantemente aggiornata al fine di garantirne la veridicità e l'adeguamento alle innovazioni normative o amministrative intervenute, nonché il miglioramento in termini di qualità dei contenuti e di visibilità degli stessi.

In tale contesto, l'Istituto redige il Piano delle Performance che si sostanzia nel documento programmatico di riferimento, di durata triennale, attraverso il quale, in coerenza con le risorse assegnate dalla programmazione sanitaria regionale e dei vincoli di bilancio, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori, il sistema di monitoraggio degli stessi. Attraverso il predetto Piano è possibile definire e misurare la performance aziendale valutandone la qualità e consentendo una sua rappresentazione comprensibile agli stakeholder di riferimento. Il Piano è pubblicato sul sito Internet all'interno dell'area dedicata alla "Amministrazione trasparente".

Con il Programma per la trasparenza e l'integrità IOR intende:

- assicurare l'accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività dell'Azienda;
- favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.

Il Programma triennale per la trasparenza e l'integrità, alla luce delle disposizioni di cui alla determinazione n. 12/2015 ANAC, diviene una sezione del PTPC e pertanto viene aggiornato, su proposta del RPC, con la stessa procedura e contestualmente al PTPC.

L'attuazione del Programma è riservata ai Direttori e Responsabili delle strutture aziendali competenti per materia, che hanno il compito di individuare, elaborare, aggiornare, verificare l'usabilità del singolo dato ai fini della sua pubblicazione sul sito aziendale all'interno dell'area dedicata "Amministrazione trasparente". Il Responsabile della Trasparenza e l'integrità monitora l'attuazione del Programma e qualora rilevi eventuali ritardi o inadempienze, riferisce alla Direzione Generale dell'Istituto per l'adozione delle necessarie misure correttive e all'Organismo aziendale di Valutazione (OAS) dell'Istituto in attuazione delle disposizioni regionali ai fini delle determinazioni, in fase di valutazione degli obiettivi individuali, nella

corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio nei confronti dei soggetti inadempienti.

Per favorire la tempestiva e corretta trasmissione dei flussi di dati da pubblicare, sono stati individuati, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni struttura i **Referenti Aziendali per la Trasparenza** con i compiti di curare la raccolta e la trasmissione dei dati per la relativa pubblicazione e di coadiuvare il Responsabile della Trasparenza e l'Integrità.

I nominativi dei Referenti sono stati trasmessi al Responsabile della Trasparenza entro 15 giorni dall'approvazione del Programma e la loro nomina formalizzata. In caso di mancata individuazione le relative responsabilità sono poste d'ufficio a carico del Dirigente/Responsabile della struttura.

Al soggetto Referente per la Trasparenza, sia esso un funzionario specificamente individuato o il Direttore/Responsabile della Struttura, competono le seguenti responsabilità all'interno della struttura di appartenenza:

- coordinare le attività connesse alla trasparenza della propria struttura;
- garantire il tempestivo e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti;
- garantire il rispetto dei termini stabiliti dalla legge per la pubblicazione sul sito Internet di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti di loro competenza.

Aggiornamento del PTI 2016 -2018

L'aggiornamento tiene conto delle modifiche normative intervenute a livello nazionale e delle determinazioni già più volte citate, degli orientamenti assunti in sede del Tavolo permanente (in materia di anticorruzione e trasparenza) istituito presso Area Vasta Emilia Centro. In attesa della definizione degli obblighi di pubblicazione a seguito degli accordi sottoscritti con l'Azienda Ospedaliero – Univeritaria di Bologna Policlinico S. Orsola –Malpighi e l'Azienda di Bologna per lo svolgimento delle funzioni unificate dei servizi del Personale e Contabilità e Finanza e Economato che demandano all'Azienda USL (e quindi ai dirigenti e referenti dei servizi unificati) la responsabilità di garantire a IOR il tempestivo e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti, atti, documenti per la loro pubblicazione, si mantiene in essere il Programma in ogni sua parte.

In sintesi il Programma presenta:

- a) maggiore definizione degli obblighi di pubblicazione non applicabili all'Istituto;
- b) maggiore definizione dei contenuti di alcuni obblighi di pubblicazione;
- c) più puntuale definizione della tempistica di aggiornamento delle pubblicazioni;
- d) revisione delle competenze in conseguenza dell'istituzione dell'OIV Regionale (1.10.2014) e dell'istituzione dell'Organismo aziendale di supporto.

Per quanto riguarda l'individuazione di obblighi di pubblicazione non applicabili all'Istituto, si richiama, in particolare, la previsione di cui all'art. 14 D. 33 "Obblighi di pubblicazione concernenti i componenti degli organi di indirizzo politico".

Nel corso del 2014, l'ANAC ha chiarito che i direttori generali delle Aziende Sanitarie sono soggetti agli obblighi di pubblicazione di cui all'art. 15 in virtù del rinvio operato dall'art. 41 dello stesso decreto 33/2013 superando le precedenti indicazioni emanate dalla ex CIVIT.

L'Istituto ha quindi pubblicato nell'apposita sotto-sezione dell'Amministrazione trasparente la precisazione che l'obbligo di cui all'art.14 non riguarda le Aziende sanitarie e che i dati relativi al Direttore Generale sono pubblicati nella sezione "Personale – Incarichi amministrativi di vertice".

L'Allegato n. 1 al PTI non riporta gli obblighi di pubblicazione non riferibili sotto il profilo soggettivo all'Istituto, mentre nel sito Amministrazione Trasparente IOR sono presenti tutte le sotto-sezioni come da allegato 1 della CIVIT (ora ANAC).

Per quanto riguarda la messa a punto dei contenuti di alcuni obblighi di pubblicazione si è dato attuazione a quanto declinato dalla Regione Emilia-Romagna in merito ai titolari di incarichi dirigenziali (art. 15 e 41 D. Lgs. 33) sulla base di una

lettura coordinata delle disposizioni di cui agli artt. 41, 15 e 10 del D. Lgs. 33:

- *“...le informazioni e i dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di cui all’art. 41, comma 2: l’ambito applicativo riguarda, oltre ai titolari degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo e direttore scientifico, i titolari degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici dipartimentali e complesse;*
- *le informazioni e i dati di cui all’art. 15, comma 1: l’ambito applicativo dell’obbligo riguarda tutti i dirigenti dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, nonché i dirigenti del ruolo sanitario indicati nell’art. 41, comma 3; quindi, in sostanza, i dirigenti titolari di incarico di natura gestionale, con esclusione dei soli responsabili di struttura semplice;*
- *i curricula e i compensi di tutti i titolari di incarichi dirigenziali, per quanto attiene alla dirigenza del ruolo sanitario, da quelli soggetti all’applicazione dell’art. 15 (come sopra individuati); ciò in applicazione della disposizione di carattere generale dettata dall’art. 10, comma 8, lett. d)...”*

Per quanto riguarda la cadenza dell'aggiornamento delle pubblicazioni, (annuale, semestrale, trimestrale, tempestivo), sono stati puntualmente definiti i tempi degli aggiornamenti anche in relazione alle caratteristiche dei singoli adempimenti. L'allegato 1 al PTTI riporta nella colonna "Aggiornamento" il dettaglio dei tempi con particolare riferimento all'aggiornamento "tempestivo".

Nel corso del 2014 la Giunta della Regione Emilia-Romagna, con deliberazione n. 334 del 17 marzo 2014, in attuazione dell’art. 6 della L.R. 26/2013 - che prevede l’istituzione di un Organismo Indipendente di valutazione (OIV) unico, a livello regionale, per le Aziende ed Enti del SSR - ha approvato la disciplina per l’attivazione ed il funzionamento dell’OIV, poi nominato con DGR 1520/2014 con decorrenza 1.10.2014. La citata deliberazione prevede anche l’istituzione presso ogni Azienda, di un organismo di supporto (OAS) all’OIV unico per il SSR. IOR con deliberazione n. 452 del 12.12.2014 ha formalizzato l’istituzione dell’OAS aziendale.

Per quanto riguarda il 2016, si segnala che verrà data attuazione a quanto previsto in materia di obblighi di pubblicazioni introdotti da:

- l’art. 1, comma 522 legge 208/2015 “ Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato” (legge di stabilità 2016) con la pubblicazione del bilancio d’esercizio entro 60 giorni dall’adozione e alle disposizioni ANAC in merito agli adempimenti previsti all’art. 1, comma 32 della legge 190/2012 con invio della comunicazione attestante l’avvenuto adempimento sul proprio sito internet a comunicazione@pec.anticorruzione.it;
- il punto 2.1.3 “Gestione delle entrate, delle spese, e del patrimonio” di cui all’Aggiornamento 2015 al PNA (ANAC) per quanto concerne il **“Percorso attuativo di certificabilità (PAC)”** quale fondamentale strumento di controllo e riduzione del rischio di frode amministrativo-contabile in sanità. A tal fine viene attivata una sottosezione della macrofamiglia “Altri contenuti” denominata “Percorso Attuativo di Certificabilità (PAC)” in cui verrà pubblicato lo stato di avanzamento lavori del progetto fino al suo completamento;

Pubblicazione del PTTI

Viste le dimensioni dell’istituto e l’organizzazione in essere per la gestione del sito web, la pubblicazione delle informazioni richieste ai fini della trasparenza amministrativa vengono interamente gestite dall’Ufficio Marketing Sociale.

La pubblicazione dei dati sul portale web è costantemente aggiornata al fine di garantirne la veridicità e l’adeguamento alle innovazioni normative o amministrative

interventute, nonché il miglioramento in termini di qualità dei contenuti e di visibilità degli stessi.

La totalità delle informazioni sono integralmente pubblicate sul sito web www.ior.it, nell' **Allegato 1 della delibera n. 50/2013 della CIVIT**.

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

Le modalità operative di gestione del sito e di pubblicazione dei dati sono affidate al Responsabile dell'Ufficio Marketing Sociale.

Il Responsabile e il Referente per la pubblicazione dei dati operano controlli trimestrali sulla recezione e pubblicazione di tutte le informazioni di cui alla delibera 50 ex CIVIT.

Al fine di favorire l'accesso ai dati, sul sito internet è stata attivata una sezione denominata " *Amministrazione Trasparente* " contenente altresì il Regolamento Aziendale e la modulistica necessaria per l'esercizio del diritto di accesso civico.

Si segnala infine che nel corso dell'audit effettuato con l'Azienda USL di Ferrara nel 2015 sono stati presi in considerazione anche una serie di verifiche da remoto sul grado di applicazione dei dati e delle informazioni richieste dal D. Lgs 33/2013 in materia di trasparenza con valutazione positiva sul lavoro svolto.

5. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA (PTTI)

Il Responsabile della Trasparenza e dell'Integrità svolge attività di controllo e monitoraggio sull'adempimento da parte dell'Istituto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla normativa vigente.

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

	DESCRIZIONE OBIETTIVO	SOGGETTI COINVOLTI	TEMPI	INDICATORI
1	Aggiornamenti o Programma Trasparenza	Responsabile Trasparenza	Contestualmente al PTPC	Deliberazione di approvazione
2	Pubblicazione Programma Trasparenza	Responsabile Marketing Sociale	Entro prima settimana di febbraio	Data della pubblicazione
3	Diffusione Programma Trasparenza	Ufficio Comunicazione	entro 31.03.	Numero di comunicazioni sulla newsletter aziendale e sulla intranet
4	Adempimento obblighi pubblicazione	Tutti i Responsabili	come da Allegato 1 al Programma	Dati pubblicati e aggiornati
5	Controllo e monitoraggio pubblicazione	Tutti i Responsabili	scadenze definite nel Programma	Report/relazioni
		Responsabile Trasparenza	scadenze definite nel Programma	Report/relazioni

6	Monitoraggio livelli di utilità dati pubblicati	Responsabile Marketing Sociale	entro 31.12	Rilevazione accessi alla sezione "Amministrazione Trasparente"
---	---	--------------------------------	-------------	--

Per favorire la tempestiva e corretta trasmissione dei flussi di dati da pubblicare, sono stati individuati, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni struttura, i **Referenti Aziendali per la Trasparenza** con i compiti di curare la raccolta e la trasmissione dei dati per la relativa pubblicazione e di coadiuvare il Responsabile della Trasparenza e l'Integrità.

I nominativi dei Referenti sono stati trasmessi formalmente al Responsabile della Trasparenza entro 15 giorni dall'approvazione del Programma 2014-2016. In caso di mancata individuazione le relative responsabilità sono poste d'ufficio a carico del Dirigente/Responsabile della struttura.

Al soggetto Referente per la Trasparenza, sia esso un funzionario specificamente individuato o il Direttore/Responsabile della Struttura, competono le seguenti responsabilità all'interno della struttura di appartenenza:

- coordinare le attività connesse alla trasparenza della propria struttura;
- garantire il tempestivo e regolare flusso di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti;
- garantire il rispetto dei termini stabiliti dalla legge per la pubblicazione sul sito internet di informazioni e di provvedimenti/atti/documenti di loro competenza.

Nel corso del 2016 verranno aggiornati i nominativi dei referenti.

6. DATI DA PUBBLICARE

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

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

I documenti contenenti atti oggetto di pubblicazione obbligatoria, predisposti dai Referenti, vengono pubblicati tempestivamente, dal Responsabile dell'Ufficio Marketing sociale, secondo le tempistiche previste nel Decreto Legislativo n. 33/2013 per ogni fattispecie (tab. riepilogativa allegata al presente Programma – Allegato1). Preliminarmente alla pubblicazione di ogni informazione viene considerata l'applicabilità della normativa inerente la protezione dei dati personali, al fine di realizzare un giusto temperamento tra i due valori costituzionalmente garantiti: trasparenza e riservatezza.

Pertanto i dati pubblicati sono pertinenti e non eccedenti rispetto alle finalità della legge. Per quanto concerne i dati sensibili e quelli giudiziari, viene prestata particolare attenzione alla modalità di pubblicazione, ove necessaria, fermo restando l'assoluto divieto di pubblicare i dati inerenti lo stato di salute e le disposizioni in materia di segreto di Stato, di segreto d'ufficio e di segreto statistico.

L'Istituto garantisce, tramite le strutture competenti, l'aggiornamento periodico delle pubblicazioni effettuate, secondo le scadenze dal medesimo previste, nonché l'eliminazione delle informazioni superate e/o non più significative.

I dati pubblicati sono chiaramente contestualizzati mediante apposizione della data a cui gli stessi fanno riferimento.

La sezione "Amministrazione Trasparente" è suddivisa in sottosezioni, individuate seguendo lo schema predisposto dalla C.I.V.I.T./A.N.A.C. per le parti di pertinenza dell'Istituto. Nel caso sia necessario pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" informazioni, documenti o dati già pubblicati in altre parti del sito, è attivo un collegamento ipertestuale ai contenuti stessi, onde evitare duplicazioni di

informazioni. La riorganizzazione completa della sezione "Amministrazione Trasparente" sul sito web www.ior.it avverrà dopo il completamento dell'unificazione dei servizi amministrativi a livello metropolitano.

Durata della pubblicazione

I dati, le informazioni e i documenti oggetto di pubblicazione obbligatoria, rimangono pubblicati cinque anni, con decorrenza dal 1 gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione, salvo termini diversi previsti dalla normativa.

Requisiti dei dati pubblicati

I dati, le informazioni e i documenti devono essere pubblicati sul portale web dell'Istituto in modo da ossequiare sempre i seguenti requisiti:

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

Forma dei dati di tipo "aperto"

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

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.

Pubblicità del Programma della Trasparenza e dell'Integrità

Il Programma della trasparenza e dell'integrità, unitamente alla connessa documentazione, è pubblicato in formato aperto in un'apposita sezione del portale web dell'Istituto – www.ior.it – all'interno dell'area dedicata all'Amministrazione Trasparente.

7. PROCESSO DI ATTUAZIONE DEL PROGRAMMA

Il Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità richiede un'attività di monitoraggio periodica sia da parte dell'Istituto stesso (monitoraggio interno), sia da parte dell'Organismo aziendale di supporto (OAS) di IOR.

Il monitoraggio eseguito da soggetti interni dell'Istituto e dal Responsabile della Trasparenza ed integrità ha cadenza, di norma, semestrale e riguarda il processo di attuazione del Programma attraverso la scansione delle attività dovute e l'indicazione degli scostamenti rispetto a quanto prescritto dalla vigente normativa. In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione da parte del Responsabile di una relazione annuale sullo stato di attuazione del Programma che viene trasmessa alla Direzione Strategica dell'Istituto, all'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) unico regionale e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

L'Organismo Aziendale di Valutazione (OAS) verifica:

- la coerenza tra gli obiettivi previsti nel Programma per la Trasparenza e l'Integrità;
- l'adeguatezza dei dati pubblicati in coerenza con la programmazione triennale.

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

Per consentire all'OIV di assolvere alle verifiche previste dall'ANAC, il Responsabile per la Trasparenza fornisce i dati all'OAS in tempo utile, secondo le scadenze previste.

8. LE INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

Le iniziative a sostegno della trasparenza fanno riferimento alle seguenti tipologie di iniziative:

- organizzazione, anche in collaborazione con altre Aziende dell'Area Vasta Emilia Centro, della "*giornata della trasparenza*", nel corso della quale vengono approfonditi i temi dell'etica e della trasparenza;
- acquisizione di proposte da parte dei propri interlocutori istituzionali e dei cittadini per migliorare e implementare la "*trasparenza*";
- dotazione del sito Internet di idonei strumenti atti ad acquisire proposte e suggerimenti da parte dei cittadini;
- attivazione di ambiti di confronto ed una eventuale rete di collaborazione e condivisione, nell'ambito del progetto di collaborazione interaziendale in materia di trasparenza e integrità con le Aziende Sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro;
- aggiornamento costante della "Carta dei servizi", almeno nella sua versione online.

Con il Programma Triennale per la Trasparenza 2016 - 2018, l'Istituto, in considerazione della propria mission, ha scelto di focalizzare la propria attenzione sui cittadini, sugli utenti e sui familiari dei pazienti, pur ritenendo di fornire informazioni utili a tutti gli

stakeholder 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 nel 2014 e nel 2015, verrà data continuità all'organizzazione di iniziative su temi relativi a etica e trasparenza anche in collaborazione con le altre aziende sanitarie ed enti dell'area metropolitana di Bologna.

Il sito web aziendale

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

Il Programma per la trasparenza costituisce l'occasione per procedere ad una nuova analisi del sito, al fine di migliorarne la lettura ed accessibilità e, di conseguenza, il servizio offerto agli utenti.

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. E' consultabile sul sito Internet, alla sezione "Amministrazione Trasparente".

Le guide e il materiale informativo per il paziente

Da molti anni l'Istituto redige opuscoli in grado di fornire ai pazienti informazioni utili circa l'accesso alle strutture aziendali e alle cure. E' un percorso in continua evoluzione che vede periodicamente crescere l'informazione verso i cittadini. Da parte dell'Ufficio Relazioni con il Pubblico 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 nell'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.

Bilancio di Missione

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

Il documento analizza i servizi del Rizzoli attraverso l'andamento nel tempo degli indicatori di attività, anche confrontati con quelli regionali. In tal modo favorisce una conoscenza e valutazione dell'assistenza erogata ai pazienti, dell'attività di ricerca scientifica svolta e dei suoi risultati, oltre che dell'organizzazione del lavoro, della

formazione, della collaborazione con l'Università di Bologna.

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

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

Ascolto degli stakeholder

L'Istituto ha attive iniziative di ascolto dei portatori di interesse che saranno eventualmente modificate o integrate nel triennio in base ai monitoraggi effettuati.

I cittadini ed utenti, singolarmente o in forma associata, vengono attualmente ascoltati tramite:

Ufficio Relazioni con il Pubblico

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 email dell'URP sono pubblicati sul sito Internet nella homepage alla voce "**infoURP**".

Posta elettronica certificata (PEC)

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

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

L'indirizzo PEC per Amministrazioni Pubbliche, Aziende e Professionisti è: direzione.amministrativa@pec.ior.it.

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

Associazioni di Volontariato

Le Associazioni di Volontariato collaborano con l'Istituto Rizzoli sulla base di Convenzioni stipulate ai sensi del "Regolamento sulle modalità di accesso delle organizzazioni di volontariato presso l'Istituto Ortopedico Rizzoli" (Deliberazione n. 502 del 26/7/2005), disponibile sul sito alla sezione "Tutela del cittadino". Nella stessa sezione è disponibile l'elenco delle Associazioni autorizzate all'accesso presso le Strutture dell'Istituto.

Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.) è un organismo introdotto nelle Aziende Sanitarie a seguito della normativa della Regione Emilia – Romagna, in attuazione della legge nazionale che predispone 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, programmazione delle prestazioni, verifica dei risultati, analisi dei segnali di disservizio. La stessa legge individua le dimensioni valoriali della qualità dal lato degli utenti sulle quali l'associazionismo può intervenire: 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. del Rizzoli ha rivolto le sue iniziative, creando nel tempo una rete tra il paziente e le figure professionali che operano all'interno dell'Ospedale.

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.

Ufficio Relazioni Sindacali

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

Giornate della Trasparenza

Le Giornate della Trasparenza, come previsto dal Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 e dalle Linee Guida C.I.V.I.T. (Delibera n. 105/2010), sono a tutti gli effetti considerate la sede opportuna per fornire informazioni sul Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (adottato da un Ente/Organizzazione), sul Piano e Relazione della *Performance*, nonché sul Piano Anticorruzione a tutti i soggetti a vario titolo interessati e coinvolti (gli *stakeholder*).

Considerato lo stretto collegamento tra la disciplina della trasparenza e quella della *performance*, le giornate della Trasparenza sono l'occasione per condividere *best practice*, esperienze e i risultati della valutazione del livello dell'organizzazione del lavoro, oltre che del grado di condivisione del sistema di valutazione (in stretta collaborazione con il lavoro svolto dagli organismi di valutazione interni).

Ior ha organizzato a Ferrara in data 17 dicembre 2015, in collaborazione con le aziende sanitarie dell'Area Vasta Emilia Centro, la "**Giornata della Trasparenza**". Dell'incontro è stata data ampia divulgazione per mezzo della pubblicazione della notizia sui siti Internet delle rispettive aziende sanitarie, per mezzo di comunicati agli organi di stampa e di informazione e per mezzo di invii al personale dipendente di messaggi di posta elettronica.

Così come avvenuto nel 2015, verrà data continuità nel 2016 all'organizzazione di iniziative su temi relativi a etica e trasparenza anche in collaborazione con le altre aziende sanitarie.

Accesso civico

La trasparenza amministrativa, con l'introduzione dell'accesso civico, estende il proprio raggio d'azione ben oltre i confini tracciati dal diritto di accesso riconosciuto ai soggetti interessati dalla Legge 241/1990. L'accesso civico riguarda, infatti, una sorta di legittimazione generalizzata inerente un insieme di informazioni che oltrepassa gli specifici atti e documenti che le pubbliche amministrazioni erano consuete a rendere disponibili.

Nel caso in cui una Pubblica amministrazione non rispetti i prescritti obblighi di pubblicità (omessa pubblicazione sul portale web aziendale), chiunque è legittimato a richiedere la messa a disposizione e la pubblicazione di tutte le informazioni, provvedimenti, atti e i documenti omessi, senza possedere un interesse specifico, concreto ed attuale.

L'istanza, sempre gratuita, deve essere indirizzata al soggetto preposto in Istituto, il quale in caso di riscontro positivo, entro 30 giorni dispone, a carico del Direttore/Dirigente responsabile della pubblicazione del dato, la pubblicazione delle informazioni, dei provvedimenti, degli atti e dei documenti omessi sul sito nella sezione "Amministrazione Trasparente" dandone notizia all'interessato.

Nel caso il soggetto preposto non ottemperi alla richiesta di accesso civico è previsto

che il richiedente possa ricorrere al soggetto titolare del potere sostitutivo, il quale deve assicurare la disamina dell'istanza provvedendo, se ne ravvisa i presupposti, alla pubblicazione e alla trasmissione al richiedente di quanto richiesto.

Dal momento che presso IOR le funzioni di Responsabile della prevenzione della corruzione e di Responsabile per la trasparenza e l'integrità sono affidate a un unico dirigente, si è ritenuto opportuno affidare la gestione del predetto accesso a un dipendente dell'istituto al fine di garantire, in caso di inerzia, che il potere sostitutivo rimanga in capo al Responsabile stesso, consentendo così che il soggetto titolare del potere sostitutivo non rivesta una qualifica inferiore rispetto al soggetto sostituito.

Nella sezione "Amministrazione Trasparente" del sito internet IOR è pubblicato il regolamento a tal fine predisposto, gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste di accesso civico e di attivazione del potere sostitutivo, corredato delle informazioni relative alle modalità di esercizio di tale potere.

Il Responsabile ha il dovere di segnalare al Direttore Generale, all'Organismo aziendale di supporto e all'UPD gli inadempimenti inerenti l'obbligo di pubblicazione di cui sia venuto a conoscenza a seguito delle richieste di accesso civico.

ALLEGATO N. 1 - CRONOPROGRAMMA DEL PROGRAMMA TRIENNALE LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ (PTTI) 2016 - 2018

ADEMPIMENTI	SOGGETTO RESPONSABILE	REALIZZAZIONE			
		2014	2015	2016	2017
Nomina del Responsabile Prevenzione Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità	Direzione Aziendale Del. 343/2013.	=	=	=	=
Proposta predisposizione/aggiornamento Programma Triennale di Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza	Responsabile	Predisposizione entro 20 gennaio	Aggiornamento contestualmente al PTPC	Aggiornamento contestualmente al PTPC	Aggiornamento contestualmente al PTPC
Adozione del Programma Triennale per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza e l'Integrità	Direzione Aziendale	entro 31 gennaio 2015 Del. 48/2014	Aggiornamento contestualmente al PTPC entro 31 gennaio 2015	Aggiornamento contestualmente al PTPC entro 31 gennaio 2016	Aggiornamento contestualmente al PTPC
Individuazione Referenti di Struttura (per la Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza)	Responsabile	Entro 15 giorni dall'adozione del Piano	=	=	=
Attestazione sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	O.A.S.	30 Settembre 31 dicembre	31 Dicembre	31 gennaio 2016	
Relazione annuale del Responsabile Prevenzione Corruzione e per la Trasparenza e l'Integrità	Responsabile	31 gennaio 2014	31 dicembre	Secondo disposizioni ANAC	

SEZIONE PROGRAMMA TRIENNALE PER LA TRASPARENZA E L'INTEGRITA' ALLEGATO N. 2 (ESTRATTO DA ALL.1 DELIBERA CIVIT. N. 50/2013)

A FAR DATA DAL 1.11.2015 GLI OBBLIGHI DI INVIO DEI DATI PER LA PUBBLICAZIONE DELL'AREA DEL PERSONALE, CONTABILITA' E FINANZA ED ECONOMATO SONO IN CARICO ALL'AZIENDA USL DI BOLOGNA

ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI - ALLEGATO 1) SEZIONE "AMMINISTRAZIONE TRASPARENTE" - ELENCO DEGLI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE VIGENTI Errata corrige CIVIT (settembre 2013)								
Macrofamiglie	Denominazione sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuti dell'obbligo	Pertinenza IOR (in relazione alle proprie competenze in materia)	Responsabilità della produzione e/o trasmissione dati	Tempistica prima pubblicazione e completamento sezione	Aggiornamento
Disposizioni generali	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Art. 10, c. 8, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Programma per la Trasparenza e l'Integrità	Programma triennale per la trasparenza e l'integrità e relativo stato di attuazione (art. 10, cc. 1, 2, 3, d.lgs. 33/2013)	SI	Responsabile TRASPARENZA	Pubblicato	Annuale. (art. 10, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dall'adozione o nei tempi previsti da ANAC
	Attestazioni OIV o struttura analoga	Art. 14, c. 4, lett. g), d.lgs. n. 150/2009	Attestazioni OIV o struttura analoga	Attestazione dell'OIV o di altra struttura analoga nell'assolvimento degli obblighi di pubblicazione	SI	SSD AA.II.	Pubblicato	Annuale e in relazione a delibere CIVIT. Entro 30 giorni dall'adozione o nei tempi previsti da ANAC
	Atti generali	Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con i relativi link alle norme di legge statale pubblicate nella banca dati "Normattiva" che regolano l'istituzione, l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni	SI	SSD AA.II.	Pubblicato	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dalla pubblicazione sulla GU. Le UU.OO.inviano al Mkt Sociale le norme da pubblicare entro 10 gg dalla pubblicazione in GU. Mkt S. pubblica entro i successivi 20 gg.
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi, istruzioni e ogni atto che dispone in generale sull' organizzazione, sulle funzioni, sugli obiettivi, sui procedimenti, ovvero nei quali si determina l'interpretazione di norme giuridiche che riguardano o dettano disposizioni per l'applicazione di essi'	SI	SSD AA.II.	Pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dalla pubblicazione su GU. SSD AA.II. comunica al Mkt Soc. le norme da pubblicare entro 10 giorni dalla pubblicazione in GU. Il MKT Soc.pubblica entro i successivi 20 giorni.
		Art. 55, c. 2, d.lgs. n. 165/2001 Art. 12, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Codice disciplinare e codice di condotta	Codice disciplinare, recante l'indicazione delle infrazioni del codice disciplinare e relative sanzioni (pubblicazione on line in alternativa all'affissione in luogo accessibile a tutti - art. 7, l. n. 300/1970) Codice di condotta inteso quale codice di comportamento	SI	SC GRURSAG predisposizione - Resp. Corruzione/ Resp. UPD adozione	pubblicato	Tempestivo. Entro 30 gg. dall'adozione/modifica
	Oneri informativi per cittadini ed imprese	Art. 12, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013	Scadenario obblighi amministrativi	Scadenario con l'indicazione delle date di efficacia dei nuovi obblighi amministrativi a carico di cittadini e imprese introdotti dalle amministrazioni (secondo le modalità determinate con uno o più D.P.C.M. da adottare entro 90 gg. dall'entrata in vigore del d.l. n. 69/2013)	SI	Resp. TRASPARENZA	pubblicato	tempestivo

Organizzazione	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Articolazione degli uffici	Articolazione degli uffici	SI	SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO	pubblicato	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg. dalla modifica
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Organigramma	Illustrazione in forma semplificata, ai fini della piena accessibilità e comprensibilità dei dati, dell'organizzazione dell'amministrazione, mediante l'organigramma o analoghe rappresentazioni grafiche	SI	SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO	pubblicato	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg.dalla modifica
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Competenze e risorse a disposizione di ciascun ufficio, anche di livello dirigenziale non generale	SI	Tutte le articolazioni aziendali	pubblicato	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60gg.dalla modifica
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti responsabili dei singoli uffici	SI	MARKETING SOCIALE	pubblicato	Tempestivo. (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg.dalla modifica
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Telefono e posta elettronica	Elenco completo dei numeri di telefono e delle caselle di posta elettronica istituzionali e delle caselle di posta elettronica certificata dedicate, cui il cittadino possa rivolgersi per qualsiasi richiesta inerente i compiti istituzionali	SI	URP	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg.dalla modifica

Consulenti e collaboratori		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Consulenti e collaboratori	Estremi degli atti di conferimento di incarichi di collaborazione o di consulenza a soggetti esterni a qualsiasi titolo (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa) per i quali è previsto un compenso con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato	SI	SC GRURSAG - SARS - SPATE	Pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico:				
		Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013 Art. 15, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum, redatto in conformità al vigente modello europeo	SI	SC GRURSAG - SARS - SPATE	Pubblicato.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) 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	SI	SC GRURSAG - SARS - SPATE	pubblicato -	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) 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	SI	SC GRURSAG - SARS - SPATE	pubblicato -	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 15, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei consulenti con indicazione di oggetto, durata e compenso dell'incarico (comunicate alla Funzione pubblica)	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Contestuale all'invio alla F.P.
		Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica dell'insussistenza di situazioni, anche potenziali, di conflitto di interesse	SI	SC GRURSAG - SARS - SPATE	pubblicato	Tempestivo Entro 90 gg dal conferimento incarico

Personale	Incarichi amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Scientifico)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Bandi e avvisi	Bandi e avvisi di selezione	NO	RER - MIUR		—
			SSN - Procedure selettive	Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo	NO	RER - MIUR		—
		Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 ---in questa sezione sono pubblicati, per le parti di competenza, anche gli adempimenti richiesti dagli artt. 13, 14 e 15	SSN- Incarichi amministrativi di vertice	Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 30 gg da conferimento incarico
				Estremi ed atti di conferimento di incarichi amministrativi di vertice a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 30 gg da conferimento incarico
				Per ciascun titolare di incarico:				
				1) curriculum vitae	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) entro 30 gg da conferimento incarico
				2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) La retribuzione annuale riferita all'anno precedente è pubblicata entro il 31. 08
				3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		4) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	SI	SC GRURSAG	applicabile solo ai nuovi incarichi e/o rinnovo degli stessi	Tempestivo (art. 20, c. 1, d.lgs. n. 39/2013) Entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		5) dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Annuale (art. 20, c. 2, d.lgs. n. 39/2013) Entro 30 gg dal ricevimento della dichiarazione

Personale	Dirigenti (Responsabili di Dipartimento e Responsabili di strutture semplici e complesse)	Art. 41, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	SSN - Dirigenti	Bandi e avvisi di selezione	SI	Per la Struttura complessa SGRURSAG, il settore CONCORSI DIRIGENTI	Pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 41, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 ---in questa sezione sono pubblicati, per le parti di competenza, anche gli adempimenti richiesti dall'art.15		Informazioni e dati concernenti le procedure di conferimento degli incarichi di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse	SI	Contenute nel Regolamento Organizzativo	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti dipendenti della pubblica amministrazione (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dal conferimento incarico
				Estremi ed atti di conferimento di incarichi dirigenziali di responsabile di dipartimento e di strutture semplici e complesse a soggetti estranei alla pubblica amministrazione con indicazione dei soggetti percettori, della ragione dell'incarico e dell'ammontare erogato (NB: sono da includersi sia i dirigenti contrattualizzati sia quelli posti in regime di diritto pubblico)	SI	SC GRURSAG	Pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun titolare di incarico di responsabile di dipartimento e di struttura complessa:				
				1) curriculum vitae	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dal ricevimento del dirigente
				2) compensi, comunque denominati, relativi al rapporto di lavoro, con specifica evidenza delle eventuali componenti variabili o legate alla valutazione del risultato, e a incarichi di consulenza e collaborazione da parte dell'amministrazione di appartenenza o di altro soggetto	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Annuale. La retribuzione riferita all'anno precedente entro il 31.08
				3) dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione o allo svolgimento di attività professionali (comprese le prestazioni svolte in regime intramurario), e relativi compensi	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Annuale. I compensi relativi alla libera professione intramoenia riferita all'anno precedente entro il 31.08
	Posizioni organizzative	Art. 10, c. 8, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Posizioni organizzative	Curricula dei titolari di posizioni organizzative redatti in conformità al vigente modello europeo	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dal ricevimento del dipendente

Personale	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Conto annuale del personale	Conto annuale del personale e relative spese sostenute, nell'ambito del quale sono rappresentati i dati relativi alla dotazione organica e al personale effettivamente in servizio e al relativo costo, con l'indicazione della distribuzione tra le diverse qualifiche e aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Annuale (art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato.
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo personale tempo indeterminato	Costo complessivo del personale a tempo indeterminato in servizio, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Annuale (art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato.
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Personale non a tempo indeterminato	Personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato ed elenco dei titolari dei contratti a tempo determinato, con l'indicazione delle diverse tipologie di rapporto, della distribuzione di questo personale tra le diverse qualifiche e aree professionali, ivi compreso il personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Annuale (art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Elenco dei titolari dell'anno precedente entro il 28.02
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Costo del personale non a tempo indeterminato	Costo complessivo del personale con rapporto di lavoro non a tempo indeterminato, articolato per aree professionali, con particolare riguardo al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi di indirizzo politico	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Trimestrale (art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Tassi di assenza	Tassi di assenza del personale distinti per uffici di livello dirigenziale	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Trimestrale (art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013) Entro 15 gg dalla scadenza del trimestre
	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Art. 18, d.lgs. n. 33/2013 Art. 53, c. 14, d.lgs. n. 165/2001	Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)	Elenco degli incarichi conferiti o autorizzati a ciascun dipendente (dirigente e non dirigente), con l'indicazione dell'oggetto, della durata e del compenso spettante per ogni incarico	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Contestuale all'invio alla F.P.

Personale	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	Contrattazione collettiva	Riferimenti necessari per la consultazione dei contratti e accordi collettivi nazionali ed eventuali interpretazioni autentiche	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Pubblicazione come da sito ARAN
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Contratti integrativi	Contratti integrativi stipulati, con la relazione tecnico-finanziaria e quella illustrativa certificate dagli organi di controllo (collegio dei revisori dei conti, collegio sindacale, uffici centrali di bilancio o analoghi organi previsti dai rispettivi ordinamenti)	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 5 gg dalla pubblicazione atto deliberativo
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	Costi contratti integrativi	Specifiche informazioni sui costi della contrattazione integrativa, certificate dagli organi di controllo interno, trasmesse al Ministero dell'Economia e delle finanze, che predispone, allo scopo, uno specifico modello di rilevazione, d'intesa con la Corte dei conti e con la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Annuale (art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009) Entro 30 gg dalla certificazione del conto da parte della Ragioneria dello Stato.
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	OIV	Nominativi	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla nomina
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curricula	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla nomina
		Par. 14.2, delib. CiVIT n. 12/2013		Compensi	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla nomina

Bandi di concorso		Art. 19, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Bandi di concorso	Bandi di concorso per il reclutamento, a qualsiasi titolo, di personale presso l'amministrazione	SI	SC GRURSAG - SETTORE CONCORSI DIRIGENTI	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Elenco dei bandi espletati	Elenco dei bandi in corso e dei bandi espletati nel corso dell'ultimo triennio con l'indicazione, per ciascuno di essi, del numero dei dipendenti assunti e delle spese effettuate	SI	SC GRURSAG	Pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Aggiornamento semestrale. Entro 30 gg dalla fine del semestre
		Art. 23, cc. 1 e 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16, lett. d), l. n. 190/2012	Dati relativi alle procedure selettive	Concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo Aggiornamento semestrale. Entro 30 gg dalla fine del semestre
				Per ciascuno dei provvedimenti:				
				1) oggetto				
				2) eventuale spesa prevista				
				3) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento				

Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, deliber. 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)	SI	SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO - SC SGRURSAG	pubblicato -	Tempestivo Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance/Piano 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)	SI	SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	Relazione sulla Performance (art. 10, d.lgs. 150/2009)	SI	SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO - MARKETING SOCIALE - SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Par. 2.1, deliber. CIVIT n. 6/2012	Documento OIV di validazione della Relazione sulla Performance	Documento dell'OIV di validazione della Relazione sulla Performance (art. 14, c. 4, lett. c), d.lgs. n. 150/2009)	SI	SSD AA.II./SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dalla formalizzazione o nei tempi indicati da ANAC
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi collegati alla performance stanziati	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
				Ammontare dei premi effettivamente distribuiti	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Entità del premio mediamente conseguibile dal personale dirigenziale e non dirigenziale	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
				Distribuzione del trattamento accessorio, in forma aggregata, al fine di dare conto del livello di selettività utilizzato nella distribuzione dei premi e degli incentivi	SI	SC GRURSAG	Pubblicato.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
				Grado di differenziazione dell'utilizzo della premialità sia per i dirigenti sia per i dipendenti	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Il dato è pubblicato entro 30 gg dal termine del pagamento dei saldi di produttività/risultato
	Benessere organizzativo	Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Benessere organizzativo	Livelli di benessere organizzativo	SI	SC GRURSAG	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dai risultati delle rilevazioni

Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati	Elenco degli enti pubblici, comunque denominati, istituiti, vigilati e finanziati dall'amministrazione ovvero per i quali l'amministrazione abbia il potere di nomina degli amministratori dell'ente, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	NA			Al momento non vi sono Enti Pubblici vigilati
				Per ciascuno degli enti:	NA			
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	NA			
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	NA			
				3) durata dell'impegno	NA			
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	NA			
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	NA			
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	NA			
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	NA			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7A. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	NA			
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7B. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	NA			
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti pubblici vigilati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	NA			

Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate	Elenco delle società di cui l'amministrazione detiene direttamente quote di partecipazione anche minoritaria, con l'indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate, ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, quotate in mercati regolamentati e loro controllate (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				Per ciascuna delle società:				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				3) durata dell'impegno	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				7) incarichi di amministratore della società e relativo trattamento economico complessivo	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali delle società partecipate nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento

Enti controllati	Enti di diritto privato controllati	Art. 22, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	Enti di diritto privato controllati	Elenco degli enti di diritto privato, comunque denominati, in controllo dell'amministrazione, con l'indicazione delle funzioni attribuite e delle attività svolte in favore dell'amministrazione o delle attività di servizio pubblico affidate	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				Per ciascuno degli enti:				Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				3) durata dell'impegno	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante per l'anno sul bilancio dell'amministrazione	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione negli organi di governo e trattamento economico complessivo a ciascuno di essi spettante	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi finanziari	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
				7) incarichi di amministratore dell'ente e relativo trattamento economico complessivo	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7A. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di inconferibilità dell'incarico	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		7B. Dichiarazione sulla insussistenza di una delle cause di incompatibilità al conferimento dell'incarico	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali degli enti di diritto privato controllati nei quali sono pubblicati i dati relativi ai componenti degli organi di indirizzo politico e ai soggetti titolari di incarichi dirigenziali, di collaborazione o consulenza	SI	SSD AA.II.	pubblicazione dei dati in possesso	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro il 31.08 successivo all'esercizio di riferimento
	Rappresentazione grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni grafiche che evidenziano i rapporti tra l'amministrazione e gli enti pubblici vigilati, le società partecipate, gli enti di diritto privato controllati	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Annuale (art. 22, c. 1, d.lgs. n. 33/2013)

Attività e procedimenti	Dati aggregati attività amministrativa	Art. 24, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Annuale La prima pubblicazione decorre dal termine di sei mesi dall'entrata in vigore del decreto
Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento		Tipologie di procedimento	Per ciascuna tipologia di procedimento:				
		Art. 35, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) breve descrizione del procedimento con indicazione di tutti i riferimenti normativi utili	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) unità organizzative responsabili dell'istruttoria	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) nome del responsabile del procedimento, unitamente ai recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		4) ove diverso, l'ufficio competente all'adozione del provvedimento finale, con l'indicazione del nome del responsabile dell'ufficio unitamente ai rispettivi recapiti telefonici e alla casella di posta elettronica istituzionale	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità con le quali gli interessati possono ottenere le informazioni relative ai procedimenti in corso che li riguardano	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) termine fissato in sede di disciplina normativa del procedimento per la conclusione con l'adozione di un provvedimento espresso e ogni altro termine procedimentale rilevante	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. g), d.lgs. n. 33/2013		7) procedimenti per i quali il provvedimento dell'amministrazione può essere sostituito da una dichiarazione dell'interessato ovvero il procedimento può concludersi con il silenzio-assenso dell'amministrazione	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. h), d.lgs. n. 33/2013		8) strumenti di tutela amministrativa e giurisdizionale, riconosciuti dalla legge in favore dell'interessato, nel corso del procedimento nei confronti del provvedimento finale ovvero nei casi di adozione del provvedimento oltre il termine predeterminato per la sua conclusione e i modi per attivarli	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. i), d.lgs. n. 33/2013		9) link di accesso al servizio on line, ove sia già disponibile in rete, o tempi previsti per la sua attivazione	In fase di analisi	Al momento non previsti servizi on line		Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	Tipologie di procedimento	10) modalità per l'effettuazione dei pagamenti eventualmente necessari, con i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto cui è attribuito, in caso di inerzia, il potere sostitutivo, nonché modalità per attivare tale potere, con indicazione dei recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale	SI	TUTTE LE ARTICOLAZIONI AMM.VE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. n), d.lgs. n. 33/2013		12) risultati delle indagini di customer satisfaction condotte sulla qualità dei servizi erogati attraverso diversi canali, con il relativo andamento	SI	URP	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
				Per i procedimenti ad istanza di parte:				Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare all'istanza e modulistica necessaria, compresi i fac-simile per le autocertificazioni	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE INTERESSATE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per informazioni, orari e modalità di accesso con indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e caselle di posta elettronica istituzionale a cui presentare le istanze	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE INTERESSATE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg da modifiche apportate da atti formali
			Singoli procedimenti di autorizzazione e concessione	Per ciascun procedimento di autorizzazione o concessione:				
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		1) contenuto	SI	Direttore Sanitario x autorizzazione libera professione intramoenia allargata	Publicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione dell'atto
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		2) oggetto	SI	Direttore Sanitario x autorizzazione libera professione intramoenia allargata	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione dell'atto
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		3) eventuale spesa prevista	SI	Direttore Sanitario x autorizzazione libera professione intramoenia allargata	pubblicato.	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione dell'atto
		Art. 23, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, cc. 15 e 16, l. n. 190/2012		4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento con indicazione del responsabile del procedimento	SI	Direttore Sanitario x autorizzazione libera professione intramoenia allargata	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione dell'atto
		Art. 1, c. 29, l. n. 190/2012		Indirizzo di posta elettronica certificata cui il cittadino possa trasmettere istanze e ricevere informazioni circa i provvedimenti e i procedimenti amministrativi che lo riguardano	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE INTERESSATE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di modifica

Attività e procedimenti	Monitoraggio tempi procedimentali	Art. 24, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 28, l. n. 190/2012	Monitoraggio tempi procedimentali	Risultati del monitoraggio periodico concernente il rispetto dei tempi procedimentali	SI	Responsabile TRASPARENZA	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 45 gg dai risultati delle verifiche semestrali
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Recapiti dell'ufficio responsabile	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica istituzionale dell'ufficio responsabile per le attività volte a gestire, garantire e verificare la trasmissione dei dati o l'accesso diretto degli stessi da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE COINVOLTE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dalle modifiche
			Convenzioni-quadro	Convenzioni-quadro volte a disciplinare le modalità di accesso ai dati da parte delle amministrazioni procedenti all'acquisizione d'ufficio dei dati e allo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE COINVOLTE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni dall'approvazione
			Modalità per l'acquisizione d'ufficio dei dati	Ulteriori modalità per la tempestiva acquisizione d'ufficio dei dati	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE COINVOLTE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 giorni da formalizzazione atti
			Modalità per lo svolgimento dei controlli	Ulteriori modalità per lo svolgimento dei controlli sulle dichiarazioni sostitutive da parte delle amministrazioni procedenti	SI	ARTICOLAZIONI AMM.VE COINVOLTE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)

Provvedimenti	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti organi indirizzo politico	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
		Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno dei provvedimenti:				Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				1) contenuto	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				2) oggetto	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				3) eventuale spesa prevista	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Elenco dei provvedimenti, con particolare riferimento ai provvedimenti finali dei procedimenti di: autorizzazione o concessione; scelta del contraente per l'affidamento di lavori, forniture e servizi, anche con riferimento alla modalità di selezione prescelta; concorsi e prove selettive per l'assunzione del personale e progressioni di carriera; accordi stipulati dall'amministrazione con soggetti privati o con altre amministrazioni pubbliche.	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
		Art. 23, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Per ciascuno dei provvedimenti:				Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				1) contenuto	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				2) oggetto	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				3) eventuale spesa prevista	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre
				4) estremi relativi ai principali documenti contenuti nel fascicolo relativo al procedimento	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Semestrale (art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 60 gg dalla scadenza del semestre

bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 63, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avviso di preinformazione	Avviso di preinformazione	NO	SAM	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Delibera a contrarre	Delibera a contrarre, nell'ipotesi di procedura negoziata senza previa pubblicazione di un bando di gara	NO	SAM	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 122, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi, bandi ed inviti	Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori sottosoglia comunitaria	SI	SC SPATE	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 124, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture sottosoglia comunitaria	NO	SAM	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di lavori soprasoglia comunitaria	SI	SC SPATE	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 66, d.lgs. n. 163/2006		Avvisi, bandi e inviti per contratti di servizi e forniture soprasoglia comunitaria	NO	SAM	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di lavori nei settori speciali	SI	SC SPATE	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 206, d.lgs. n. 163/2006		Bandi e avvisi per appalti di servizi e forniture nei settori speciali	SI	SC SPATE	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006

bandi di gara e contratti		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 65, 66, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sui risultati della procedura di affidamento	Avviso sui risultati della procedura di affidamento	SI	SAM - SC SPATE	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 37, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Artt. 66, 223, d.lgs. n. 163/2006	Avvisi sistema di qualificazione	Avvisi periodici indicativi e avvisi sull'esistenza di un sistema di qualificazione - settori speciali	SI	SAM - SC SPATE	pubblicato	Da pubblicare secondo le modalità e le specifiche previste dal d.lgs. n. 163/2006
		Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013	Informazioni sulle singole procedure	Codice Identificativo Gara (CIG)	SI	SAM - SC SPATE - SSD SAAS	pubblicato	Tempestivo
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Struttura proponente	SI	SC SPATE - SSD SAAS	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Oggetto del bando	SI	SAM (servizi, forniture) SC SPATE (lavori)	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento
		Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Procedura di scelta del contraente	SI	SAM (servizi, forniture) SC SPATE (lavori)	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Elenco degli operatori invitati a presentare offerte/Numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento	SI	SAM (servizi, forniture) SC SPATE (lavori)	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Aggiudicatario	SI	SAM (servizi, forniture) SC SPATE (lavori)	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Importo di aggiudicazione	SI	SAM (servizi, forniture) SC SPATE (lavori)	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento

bandi di gara e contratti		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura	SI	SAM (servizi, forniture) SC SPATE (lavori)	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di riferimento
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Importo delle somme liquidate	SI	SC SPATE - SSD SAAS	pubblicato	Tempestivo semestrale Entro 30 gg dalla fine del semestre
		Art. 1, c. 32, l. n. 190/2012 Art. 3, deliber. AVCP n. 26/2013		Tabelle riassuntive rese liberamente scaricabili in un formato digitale standard aperto con informazioni sui contratti relative all'anno precedente (nello specifico: Codice Identificativo Gara (CIG), struttura proponente, oggetto del bando, procedura di scelta del contraente, procedura di scelta del contraente, elenco degli operatori invitati a presentare offerte/numero di offerenti che hanno partecipato al procedimento, aggiudicatario, importo di aggiudicazione, tempi di completamento dell'opera servizio o fornitura, importo delle somme liquidate)	SI	SC SPATE - SSD SAAS - SAM	pubblicato	Annuale (art. 1, c. 32, l. n. 190/2012) entro il 31.01

Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici	Criteri e modalità	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Criteri 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	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro dall'adozione del provvedimento e comunque prima della produzione di effetti degli atti
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e comunque di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascun atto:				
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati fiscali o il nome di altro soggetto beneficiario	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico corrisposto	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base dell'attribuzione	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile del relativo procedimento amministrativo	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario	SI	SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto selezionato	NO			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum del soggetto incaricato	NO			Tempestivo (art. 26, c. 3, d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei soggetti beneficiari degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi ed ausili finanziari alle imprese e di attribuzione di vantaggi economici di qualunque genere a persone ed enti pubblici e privati di importo superiore a mille euro	SI	SPATE	pubblicato	Annuale (art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013) Entro 28.03
		Art. 1, d.P.R. n. 118/2000	Albo dei beneficiari	Albo dei soggetti, ivi comprese le persone fisiche, cui sono stati erogati in ogni esercizio finanziario contributi, sovvenzioni, crediti, sussidi e benefici di natura economica a carico dei rispettivi bilanci	SI	SPATE	pubblicato	Annuale

Bilanci	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio preventivo	Bilancio di previsione di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	SI	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia -Romagna
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 32, c. 2, l. n. 69/2009 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	Bilancio consuntivo	Bilancio consuntivo di ciascun anno in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con il ricorso a rappresentazioni grafiche	SI	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia -Romagna
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate in termini di raggiungimento dei risultati attesi e le motivazioni degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti in corrispondenza di ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite la specificazione di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso l'aggiornamento dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi già raggiunti oppure oggetto di ripianificazione	SI	MARKETING SOCIALE	pubblicato	Tempestivo(ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 45 giorni dall'adozione del Bilancio di Missione

Beni immobili e gestione patrimonio	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Patrimonio immobiliare	Informazioni identificative degli immobili posseduti	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	Canoni di locazione o affitto	Canoni di locazione o di affitto versati o percepiti	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Controlli e rilievi sull'amministrazione		Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	Rilievi organi di controllo e revisione	Rilievi non recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, degli organi di controllo interno, degli organi di revisione amministrativa e contabile	SI	SSD AA.II.	Nessun rilievo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
			Rilievi Corte dei conti	Tutti i rilievi ancorché recepiti, unitamente agli atti cui si riferiscono, della Corte dei conti riguardanti l'organizzazione e l'attività dell'amministrazione o di singoli uffici	SI	SSD AA.II.	Nessun rilievo	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013)
Servizi erogati	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Carta dei servizi e standard di qualità	Carta dei servizi o documento contenente gli standard di qualità dei servizi pubblici	SI	URP	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'eventuale modifica
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 15, l. n. 190/2012 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	Costi contabilizzati	Costi contabilizzati dei servizi erogati agli utenti, sia finali che intermedi, evidenziando quelli effettivamente sostenuti e quelli imputati al personale per ogni servizio erogato e il relativo andamento nel tempo	SI	SC PIANIFICAZIONE E CONTROLLO	pubblicato	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'adozione del bilancio di esercizio
	Liste di attesa e Tempi medi di erogazione dei servizi	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013 e Art. 32, c. 2, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Liste di attesa e Tempi medi di erogazione dei servizi	Tempi di attesa previsti e tempi medi effettivi di attesa per ciascuna tipologia di prestazione erogata	SI	DIREZIONE SANITARIA	pubblicato	Annuale (art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'invio alla Regione dei dati MAPS

Pagamenti dell'amministrazione	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Indicatore dei tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture (indicatore di tempestività dei pagamenti)	SI	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	pubblicato	Annuale (art. 33, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 31.01 di ogni anno con riferimento all'anno precedente
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	IBAN e pagamenti informatici	Nelle richieste di pagamento: i codici IBAN identificativi del conto di pagamento, ovvero di imputazione del versamento in Tesoreria, tramite i quali i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bonifico bancario o postale, ovvero gli identificativi del conto corrente postale sul quale i soggetti versanti possono effettuare i pagamenti mediante bollettino postale, nonché i codici identificativi del pagamento da indicare obbligatoriamente per il versamento	SI	SC BILANCIO E PROGRAMMAZIONE FINANZIARIA	pubblicato	Tempestivo (ex art. 8, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dalla modifica

Opere pubbliche		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Documenti di programmazione	Documenti di programmazione, anche pluriennale, delle opere pubbliche di competenza dell'amministrazione	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione del bilancio di previsione
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Linee guida per la valutazione	Linee guida per la valutazione degli investimenti	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia - Romagna
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Relazioni annuali	Relazioni annuali	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione del bilancio preventivo, del bilancio di esercizio e di missione
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Altri documenti	Ogni altro documento predisposto nell'ambito della valutazione, ivi inclusi i pareri dei valutatori che si discostino dalle scelte delle amministrazioni e gli esiti delle valutazioni ex post che si discostino dalle valutazioni ex ante	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Se presente entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia - Romagna/IOE
		Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	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)	SI	SC SPATE	Pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Entro 30 gg dall'approvazione della Regione Emilia - Romagna
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Tempi e costi di realizzazione	Informazioni relative ai tempi e agli indicatori di realizzazione delle opere pubbliche completate	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Annuale. Entro fine marzo per l'anno precedente
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unitari di realizzazione delle opere pubbliche completate	SI	SC SPATE	pubblicato	Tempestivo (art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013) Annuale. Entro fine marzo per l'anno precedente

Strutture sanitarie private accreditate		Art. 41, c. 4, d.lgs. n. 33/2013	Strutture sanitarie private accreditate	Elenco delle strutture sanitarie private accreditate	NO	Competenza RER		
				Accordi intercorsi con le strutture private accreditate	NO			
Interventi straordinari e di emergenza		Art. 42, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Interventi straordinari e di emergenza	Provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, con l'indicazione espressa delle norme di legge eventualmente derogate e dei motivi della deroga, nonché con l'indicazione di eventuali atti amministrativi o giurisdizionali intervenuti	NO			
		Art. 42, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali eventualmente fissati per l'esercizio dei poteri di adozione dei provvedimenti straordinari	NO			
		Art. 42, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto degli interventi e costo effettivo sostenuto dall'amministrazione	NO			
		Art. 42, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Particolari forme di partecipazione degli interessati ai procedimenti di adozione dei provvedimenti straordinari	NO			
Altri contenuti - Corruzione			Piano triennale di prevenzione della corruzione	Piano triennale di prevenzione della corruzione	SI	RESPONSABILE ANTICORRUZIONE	Publicato entro il 31 gennaio	Annuale Entro 30 gg dall'adozione
		Art. 43, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Responsabile della prevenzione della corruzione	Responsabile della prevenzione della corruzione	SI	AA.II.	pubblicato	Tempestivo Entro 30gg dalla nomina
		delib. CiVIT n. 105/2010 e 2/2012	Responsabile della trasparenza	Responsabile della trasparenza (laddove diverso dal Responsabile della prevenzione della corruzione)	NO			Tempestivo Entro 30gg dalla nomina
			Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità	Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità (laddove adottati)	SI	RESPONSABILE ANTICORRUZIONE	pubblicato	Tempestivo Entro 30 gg dall'adozione
		Art. 1, c. 14, l. n. 190/2012	Relazione del responsabile della corruzione	Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione recante i risultati dell'attività svolta (entro il 15 dicembre di ogni anno)	SI	RESPONSABILE ANTICORRUZIONE	pubblicato secondo tempistica ANAC	Annuale (ex art. 1, c. 14, L. n. 190/2012)
		Art. 1, c. 3, l. n. 190/2012	Atti di adeguamento a provvedimenti CiVIT	Atti adottati in ottemperanza a provvedimenti della CiVIT in materia di vigilanza e controllo nell'anticorruzione	SI	RESPONSABILE ANTICORRUZIONE	non vi sono rilievi	Tempestivo
		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	SI	RESPONSABILE ANTICORRUZIONE	non vi sono violazioni	Tempestivo

Altri contenuti - Accesso civico		Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Accesso civico	Nome del Responsabile 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	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Tempestivo
		Art. 5, c. 4, d.lgs. n. 33/2013		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	SI	SSD AA.II.	pubblicato	Tempestivo
Altri contenuti - Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati		Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Regolamenti	Regolamenti che disciplinano l'esercizio della facoltà di accesso telematico e il riutilizzo dei dati	NO			—
		Art. 52, c. 1, d.lgs. 82/2005	Catalogo di dati, metadati e banche dati	Catalogo dei dati, dei metadati e delle relative banche dati in possesso delle amministrazioni	NO			
		Art. 9, c. 7, d.l. n. 179/2012	Obiettivi di accessibilità	Obiettivi di accessibilità dei soggetti disabili agli strumenti informatici per l'anno corrente (entro il 31 marzo di ogni anno)	SI	MARKETING SOCIALE	pubblicato	Annuale (ex art. 9, c. 7, D.L. n. 179/2012)
		Art. 63, cc. 3-bis e 3-quater, d.lgs. n. 82/2005	Provvedimenti per uso dei servizi in rete	Elenco dei provvedimenti adottati per consentire l'utilizzo di servizi in rete, anche a mezzo di intermediari abilitati, per la presentazione telematica da parte di cittadini e imprese di denunce, istanze e atti e garanzie fideiussorie, per l'esecuzione di versamenti fiscali, contributivi, previdenziali, assistenziali e assicurativi, per la richiesta di attestazioni e certificazioni, nonché dei termini e modalità di utilizzo dei servizi e dei canali telematici e della posta elettronica (l'obbligo di pubblicazione dovrà essere adempiuto almeno 60 giorni prima della data del 1 gennaio 2014, ossia entro il 1 novembre 2013)	NO			—
Altri contenuti - Dati ulteriori		Art. 4, c. 3, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 9, lett. f), l. n. 190/2012	Dati ulteriori	Dati, informazioni e documenti ulteriori che le pubbliche amministrazioni non hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi della normativa vigente e che non sono riconducibili alle sottosezioni indicate	SI	in via di definizione	pubblicato	tempestivo Entro 30gg dall'adozione degli atti