



## FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: DA

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000022

DATA: 31/01/2018 10:26

OGGETTO: APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA  
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) DELL'ISTITUTO  
ORTOPEDICO RIZZOLI 2018-2020

### SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

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

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

### CLASSIFICAZIONI:

- [02-03]

### DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Struttura di Supporto Direzionale

### DOCUMENTI:

#### File

DELI0000022\_2018\_delibera\_firmata.pdf

DELI0000022\_2018\_Allegato1:

#### Hash

3201C1F6E959C510548BD407B47B8659D0D6EB523B378BBEA  
AF71D21901C12DE

684F3564A195FC73D491E64F91F152E8EC9EE6333E4D00435D  
DC95F18C55DB88



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

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



## **DELIBERAZIONE**

**OGGETTO:** APPROVAZIONE DEL PIANO TRIENNALE PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA (PTPCT) DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI 2018-2020

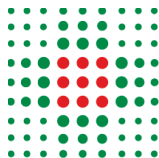
### **IL DIRETTORE GENERALE**

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

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

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

- n. 343/2013 di nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza e dell'Integrità dell'Istituto;
- n. 48/2014 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione 2013 -2016 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli ;
- n.26/2015 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2015-2017 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- n. 2/2016 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2016-2018 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
- n. 12/2017 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione (PTPC) 2017-2019 dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;



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

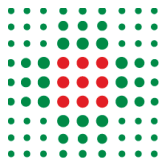
- Determinazione ANAC n. 241 del 8 marzo 2017: "Linee guida recanti indicazioni sull'attuazione dell'art. 14 del d.lgs. 33/2013 "Obblighi di pubblicazione concernenti i titolari di incarichi politici, di amministrazione, di direzione o di governo e i titolari di incarichi dirigenziali" come modificato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

**Richiamate le seguenti indicazioni regionali:**

- Aggiornamento Linee guida per l'applicazione da parte delle aziende ed enti del SSR degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, concernente i titolari di incarichi dirigenziali", PG/2017/280066 del 11 aprile 2017, Regione Emilia-Romagna;
- "Prime indicazioni operative in ordine all'applicazione della Legge 8 marzo 2017, n. 24" del Responsabile del Servizio Amministrazione del SSR del 20 aprile 2017, prot. n. 302132 ad oggetto ;
- "Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L. n. 24 del 8 marzo 2017: copertura assicurativa e risarcimenti erogati nell'ultimo quinquennio" dell'OIV-SSR del 13 giugno 2017, prot. n. 438502.

**Verificato** che la proposta di aggiornamento al PTPCT 2018-2020 è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza IOR tenendo conto delle modifiche del quadro normativo, delle determinazioni ANAC sopra citate, degli orientamenti assunti in sede di "Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale" attivato dalla Regione Emilia-Romagna e di "Tavolo Permanente di Prevenzione della Corruzione AVEC" attivato dai direttori generali delle aziende sanitarie delle 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 PTPCT 2018-2020 è stata seguita una procedura di consultazione pubblica aperta, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicata sul sito



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

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

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

### **Delibera**

per le motivazioni in premessa enunciate e qui integralmente richiamate:

1. di approvare il “Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) 2018 – 2020 dell’Istituto Ortopedico Rizzoli” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale e quale aggiornamento al PTPC 2017-2019;

2. di dare atto che il PTPCT 2018-2020 vale per tutte le sedi dell’Istituto Ortopedico Rizzoli:

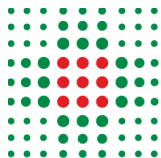
- via Pupilli 1 e via di Barbiano 1/10, Bologna;
- Presidio ospedaliero di Bentivoglio (BO);
- Dipartimento Rizzoli Sicilia presso Villa S. Teresa di Bagheria (PA).

3. di individuare, con il presente provvedimento, specifiche responsabilità in capo ai Dirigenti delle strutture aziendali ai quali sono riconducibili azioni finalizzate all’assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione e di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, come indicati nel PTPCT stesso;

4. di prevedere la declinazione nel Piano della Performance aziendale gli obblighi derivanti dall’applicazione del PTPCT 2018-2020 di cui al p. 3);

5. di disporre che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provveda tempestivamente a trasmettere il PTPCT 2018-2020 a tutti gli organi, gli organismi, le articolazioni aziendali delle diverse sedi dell’Istituto e alla sua pubblicazione sul sito internet nella sezione Amministrazione Trasparente, (sottosezione Altri contenuti – Prevenzione della Corruzione, così come disposto dalla determinazione 1310/2016 ANAC) e sulla intranet aziendale, dandone comunicazione a tutti i dipendenti, al fine del rispetto degli obblighi di trasparenza (ex D.Lgs 33/2013);

6. di dare atto che il PTPCT 2018 – 2020 costituisce un atto programmatico attraverso cui vengono individuate le strategie prioritarie per la prevenzione ed il contrasto della corruzione e dell’illegalità, nonché

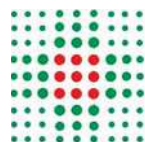


un atto sovraordinato ad ogni altro atto dell'Istituto (fatta eccezione dei provvedimenti soggetti ad approvazione regionale) e che di conseguenza le disposizioni in esso contenute possono comportare la modifica e/o la sostituzione dei regolamenti, procedure e protocolli ad efficacia interna all'Istituto;

7. di dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

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

Maria Carla Bologna



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



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

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

**gennaio 2018**



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



## PREMESSA

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

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

Anche il report OCSE del 2017 "*Tackling Wasteful Spending on Health*" sottolinea la vulnerabilità del settore sanitario, evidenziando inoltre un incremento della spesa sanitaria talvolta non correlata a miglioramenti del sistema, ma causata da quelli che vengono definite "Violazioni dell'integrità", termine usato per racchiudere tutti i comportamenti inappropriati e non etici che portano all'aumento dei costi e alla deviazione delle risorse dalle loro destinazioni principali verso interessi specifici di singoli o gruppi<sup>1</sup>. L'OCSE rileva, inoltre, come sia difficile accertare la vera portata del fenomeno, valutabile solo attraverso sondaggi di percezione e risultati di indagini aziendali, e come sia altrettanto complesso il confronto tra sistemi che differiscono enormemente a livello normativo e organizzativo.

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

L'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali AGENAS<sup>2</sup> 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"<sup>3</sup>, 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.

---

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

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> [www.illuminiamolasalute.it](http://www.illuminiamolasalute.it)

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

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

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

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

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

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

## 1. QUADRO NORMATIVO

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

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

La strategia messa a punto dal legislatore è finalizzata a:

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

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

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

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

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

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

## 2. INTRODUZIONE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Il Piano 2018 - 2020 vale inoltre per tutte le sedi dell'Istituto Ortopedico Rizzoli:**

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

### Nozione di corruzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il sito web dell'Istituto: [www.ior.it](http://www.ior.it)

Il logo dell'Istituto Rizzoli è il seguente :



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

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

#### **CONTESTO**

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

#### **Contesto esterno**

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



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

Una rappresentazione più affidabile della realtà, rispetto alle indagini sulla "percezione", può essere ottenuta da "indagini di vittimizzazione", di cui disponiamo ora, per la prima volta a livello nazionale, di un'indagine Istat che nell'indagine 2015-2016 sulla Sicurezza dei cittadini ha inserito uno specifico modulo (frutto di accordo con ANAC) sulla corruzione.<sup>5</sup> In questo caso l'attenzione è stata posta sulla misurazione della corruzione e concussione utilizzando indicatori non basati sulla percezione e neppure su dati amministrativi (es. dati ufficiali sui reati), bensì sui cittadini coinvolti nell'indagine, che si sono dichiarati vittime. L'indagine è stata svolta tra ottobre 2015 e giugno 2016 (con tecnica CATI – CAPI), ha coinvolto circa 40.000 individui con età 18-80 anni ed ha focalizzato l'attenzione sulla corruzione e la concussione in diversi settori della vita amministrativa ed economica (sanità, uffici pubblici, ricerca del lavoro, giustizia, ecc.). Il relativo report dell'indagine Istat è stato pubblicato il 12 ottobre 2017.<sup>6</sup> Questi, in estrema sintesi, i dati principali:

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

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

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

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

---

4

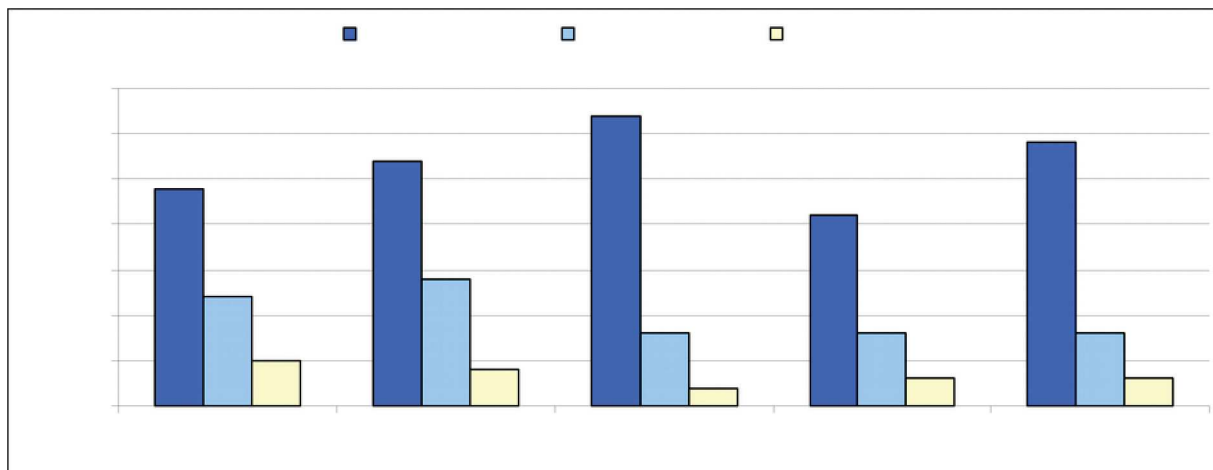
Cfr. Il sito web di *Transparency International – Italia*: <https://www.transparency.it/cpi-2016-l-italia-guadagna-una-posizione-ma-non-basta/>

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

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

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

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



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

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

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

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

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



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

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

## Contesto interno

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

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

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

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

---

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

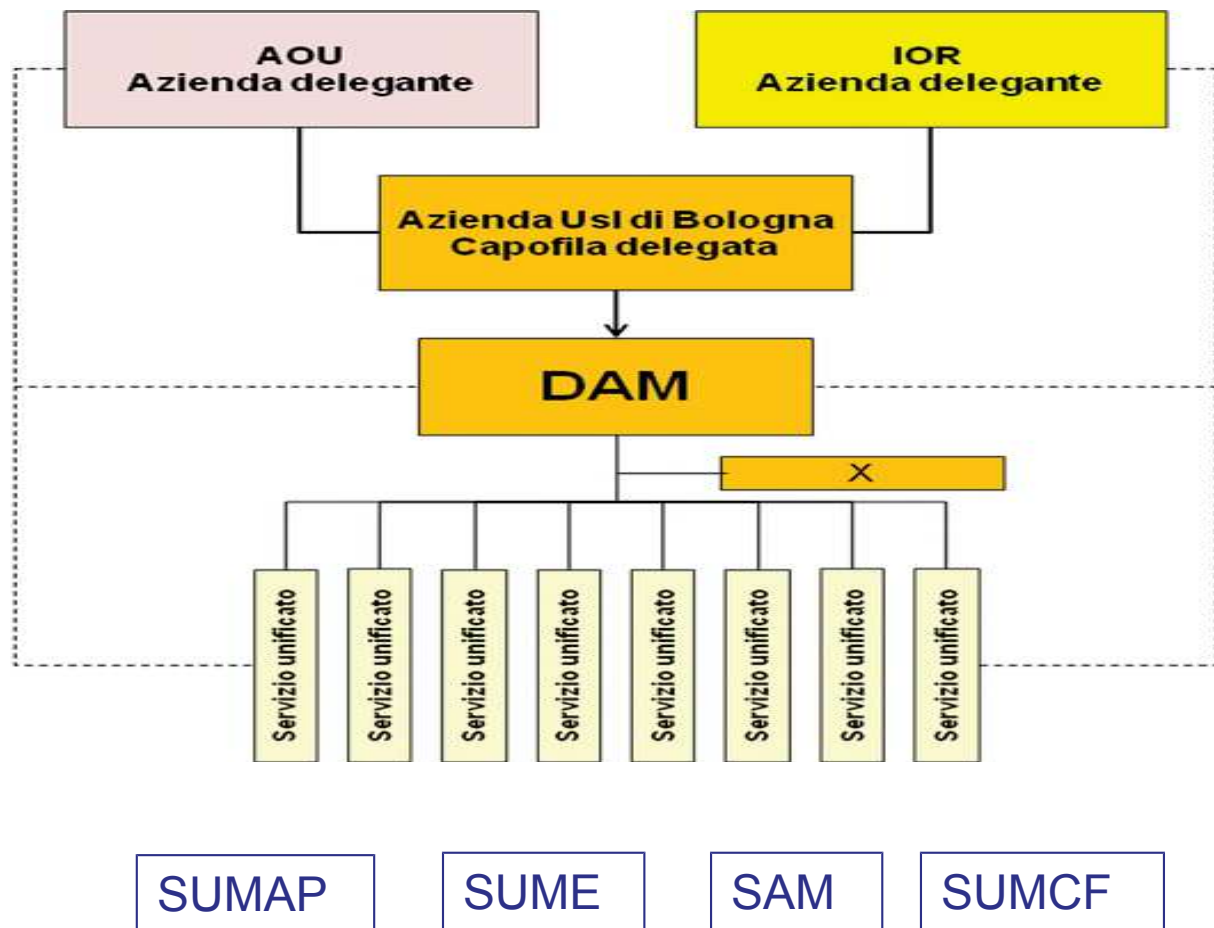
dell'attivazione del Dipartimento Rizzoli-Sicilia; il numero di assunzioni a tempo indeterminato effettuate nel 2017 è risultato pari a 69).

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

Tra il 2015 e il 2016 sono stati istituiti:

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

In tal modo ambiti di operatività relativi alla gestione degli acquisti di beni e servizi e di assunzione e gestione del personale sono stati conferiti ai servizi unificati centralizzati, facendo aprire comunque una riflessione sulla dimensione delle funzioni delegate e sul controllo e responsabilità nei procedimenti afferenti alle varie aree. A titolo esemplificativo si riporta una rappresentazione grafica dell'unificazione dei predetti servizi.



Restano invece in capo all'Istituto funzioni quali l'acquisizione di beni e servizi per importi inferiori ai 40.000 euro, l'acquisizione di lavori e servizi tecnici connessi, la gestione dei contratti di collaborazione coordinata e continuativa e gli incarichi libero-professionali per attività tecnica, professionale e di ricerca.

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

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

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

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

### Macrostruttura dell'Istituto Ortopedico Rizzoli



## ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

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

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

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

In estrema sintesi:

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

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

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



#### **4. PRINCIPI E METODOLOGIA**

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

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

##### Pianificazione

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

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

##### Attuazione del Piano

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

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

##### Controllo, raccolta e studio dei risultati e dei riscontri raggiunti

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

##### Azioni per rendere definitivo e/o migliorare il processo

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

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

L'incontro costante a livello metropolitano, attraverso il Tavolo AVEC (Tavolo permanente di confronto e coordinamento per le attività di prevenzione della corruzione attivato dai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie della provincia di Bologna e di Ferrara), degli RPCT consente una riflessione condivisa e la messa a punto di azioni congiunte atte all'individuazione di strumenti comuni idonei a dare attuazione al Piano nella sua concretezza.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



## **5. SOGGETTI, RUOLI E RESPONSABILITA'**

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

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

### Compiti

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

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

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

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

#### **Il Responsabile può effettuare:**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

### AREE GENERALI

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

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

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

#### **AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'**

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

#### Mappatura dei processi

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

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

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

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

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

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

In particolare si specifica che:

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



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

#### Identificazione, analisi e ponderazione del rischio

L'analisi che ne è seguita nel corso degli anni precedenti ha preso in considerazione i possibili rischi, le misure preventive già in atto e quelle da attuare nel corso della durata del Piano ai fini di prevenzione e/o contenimento del fenomeno, i tempi di attuazione, le responsabilità e il monitoraggio. A tutt'oggi sono stati mappati n. 27 processi delle aree sopra citate e individuati altri settori da monitorare e presidiare con interventi mirati contenuti nella sezione del Piano c.d. "**misure ulteriori**", con verifica annuale congiunta con i responsabili delle strutture interessate, anche attraverso audit, su ciascun processo mappato, sul grado di adeguatezza delle misure adottate e sul monitoraggio messo in atto, ecc. Dal momento che occorre calare all'interno del lavoro quotidiano, ovvero all'interno delle numerose procedure già in essere, le misure preventive previste dalla normativa, si è ritenuto di procedere con gradualità di interventi al fine di integrare le nuove disposizione con quelle già esistenti.

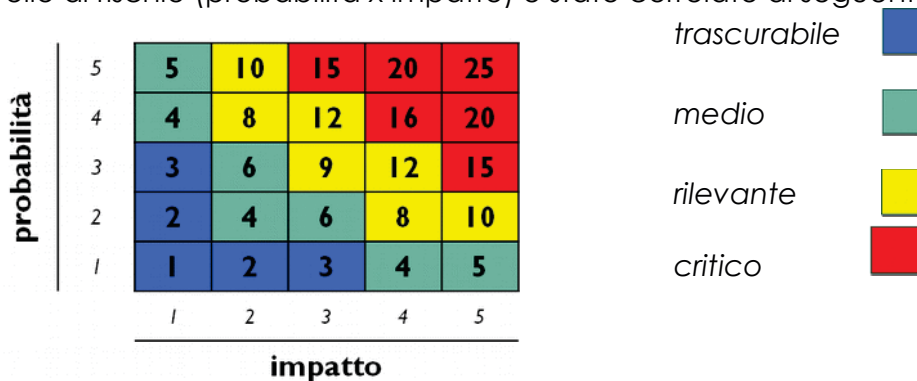
L'approccio progressivo adottato, in considerazione della novità della materia e dell'impianto, è stato finalizzato a verificare l'adeguatezza della metodologia utilizzata al fine della sua estensione a tutti i procedimenti e processi aziendali introdotti dal PNA 2015 e 2016.

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

L'applicazione di tale metodologia al settore sanità presenta diverse criticità dal momento che le attività analizzate non sempre sono riconducibili ai punteggi delle variabili previsti nel PNA e smi, con conseguente sottovalutazione del rischio, in considerazione del fatto che la media aritmetica utilizzata è un valore compensativo.

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

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



### Individuazione e progettazione delle misure di "presidio"

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

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

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

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

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

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

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

- per quelli oggetto di unificazione sono in corso riflessioni in merito alle funzioni conferite all'Azienda USL di Bologna, alle deleghe e alle correlate responsabilità in capo a tutte le aziende, nonché ai rispettivi RPCT. Tali problematiche richiedono modalità comuni di lavoro e di analisi dei processi che verranno sviluppati e analizzati nel corso del prossimo triennio.

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

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



## **7. SEGNALAZIONE DI FATTI ILLECITI O DI FATTI ANOMALI**

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

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

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

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

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

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

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

Con L. 30 novembre 2017, n. 179, il legislatore è intervenuto nuovamente sul tema dando vita a "Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato", volte a garantire maggiori tutele nei confronti del dipendente che segnala e a ridefinire alcuni profili di responsabilità. In attesa di apposite linee guida da parte di ANAC, a cui la stessa legge rimanda, l'Istituto continua ad applicare il "*Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e relative forme di tutela*", approvato con delibera n. 468/2014.

## **8. GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

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

1. Le disposizioni in materia di assunzioni del personale definite negli ultimi anni dalla RER attraverso il "Piano Assunzioni";
2. le dimensioni dell'Istituto Ortopedico Rizzoli;
3. la specifica e spesso univoca competenza professionale delle risorse umane impiegate nelle aree oggetto di mappatura del rischio, che non permette una fungibilità nei ruoli professionali e quindi rotazione nei servizi medesimi, stante anche l'unicità non solo di figure apicali, ma anche di personale del comparto amministrativo;

4. l'ineludibilità, di conseguenza, di dover garantire non solo la speditezza e l'efficacia della funzione amministrativa, comunque strumentale e indispensabile all'erogazione dei servizi sanitari e assistenziali, ma la stessa garanzia degli standard prestazionali gravanti sugli apicali preposti alle medesime funzioni nelle aree a rischio;
5. il coinvolgimento di IOR nel progetto di unificazione delle funzioni amministrative delle Aziende sanitarie di Bologna con creazione di uffici centrali concentrati nella stessa sede fisica e un'unica direzione, che ha di fatto già prodotto una rotazione.

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

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

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

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

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

## **9. FORMAZIONE**

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

I criteri di selezione dei dipendenti sono:

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

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

aderirà ad eventuali ulteriori iniziative eventualmente proposte a livello regionale e da altri enti.

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

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

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

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

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

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

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

## **10. INCOMPATIBILITÀ**

È fatto obbligo, ai sensi del Capo V e del Capo VI del Decreto Legislativo n. 39/2013 (così come confermato dalla deliberazione n. 149/2014 dell'ANAC) al Direttore Generale, al Direttore Scientifico, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario di dichiarare, con cadenza annuale, l'insussistenza di condizioni di incompatibilità alla carica ricoperta. Tale dichiarazione deve essere trasmessa per conoscenza anche al Responsabile della prevenzione della corruzione e trasparenza, il quale, in virtù della delibera ANAC n. 833/2016, è tenuto ad un'apposita verifica.

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

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

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

## **11. CODICE DI COMPORTAMENTO DELL'ISTITUTO ORTOPEDICO RIZZOLI**

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

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

A seguito di linee guida da parte di ANAC agli enti del Servizio Sanitario Nazionale per l'aggiornamento dei Codici di Comportamento, la Direzione Generale cura della persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna ha attivato, tramite il Tavolo Regionale Permanente Anticorruzione e Trasparenza e coordinato dall'OIV regionale, un apposito sottogruppo di lavoro volto all'elaborazione di un Codice di Comportamento unico regionale per tutti i professionisti che operano nel Sistema Sanitario Regionale, finalizzato ad omogeneizzare i comportamenti, pur nel rispetto delle particolarità delle singole aziende. La redazione del testo è stata ultimata e lo schema tipo di Codice di comportamento, in corso di formalizzazione da parte della Giunta regionale, è stato presentato e condiviso con tutte le Direzioni delle aziende sanitarie regionali.

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

### Conflitto di interesse

La nozione di conflitto di interesse deve essere intesa in un'accezione più ampia, come ogni situazione nella quale un interesse di un soggetto interferisce o potrebbe interferire con lo svolgimento imparziale dei suoi doveri pubblici e in contrasto con quanto stabilito dal Codice di comportamento aziendale.

In sanità, in particolare, il conflitto di interessi si verifica quando un professionista "si trova in una condizione dove il giudizio relativo a un interesse primario tende ad essere influenzato da un interesse secondario, quale guadagno economico o altro vantaggio personale". Non si tratta quindi di un comportamento, ma di una condizione che si verifica ogni volta che esiste una relazione in grado di compromettere l'indipendenza di giudizio della persona. In altre parole, l'entità del conflitto di interesse dipende dalla slealtà dell'influenza esterna, a prescindere dalle conseguenze che possano derivarne. Il conflitto di interesse emerge quando la rilevanza degli interessi secondari tende a prevalere su quelli primari rappresentati in sanità dai doveri etici, deontologici e legali di

tutti i professionisti: la salute delle persone, l'integrità della ricerca, la formazione dei professionisti sanitari, l'informazione equilibrata e corretta dei pazienti.

Il conflitto può essere:

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

L'Istituto ha da tempo prestato molta attenzione al tema del conflitto di interessi, prevedendo una modalità di approccio unica per tutte le articolazioni da attivare al verificarsi di tali situazioni di conflitto. Al fine di permettere un tempestivo intervento di prevenzione o di risoluzione di eventuali conflitti di interesse, il dipendente comunica al Responsabile, secondo l'organigramma aziendale, la presenza di una situazione in attuale o potenziale conflitto e si astiene dal metterla in atto. I Responsabili sono comunque tenuti alla vigilanza di tali situazioni, al fine di monitorare ed evitare che si verifichino o di dare una risposta tempestiva al problema.

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

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

Nel corso del 2017 la RER ha provveduto, in corrispondenza con la redazione di un Codice di comportamento unico per i professionisti del SSR, all'implementazione del sistema informatizzato delle dichiarazioni attraverso il software di Gestione Risorse Umane (GRU) con la realizzazione di moduli relativi alle dichiarazioni sul conflitto di interesse, sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni, sull'astensione ecc. da compilare annualmente, entro il mese di ottobre, e ad ogni variazione contrattuale da parte di tutti i dipendenti delle aziende sanitarie regionali. La funzionalità del sistema è stata già sperimentata, nel corso del 2017, con i moduli relativi alle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti e l'implementazione della modulistica è prevista nel corso del 2018. Ciò consentirà in futuro al SUMAP di avere un quadro completo delle dichiarazioni dei dipendenti e al RPCT di operare controlli, anche in collaborazione con il SUMAP.

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

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

- Richiesta relazioni annuali

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



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

**Per tutti i dirigenti:**

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

**Inoltre, sarà necessario procedere nel corso del 2018 :**

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

**Area Sanitaria:**

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

**Area Sanitaria e Scientifica:**

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

**Area amministrativa:**

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

**SUMAP:**

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

**SUMCF:**

- emissione dei mandati di pagamento.

**SUME:**

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

**SAM:**

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

**SUME:**

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

**SC Patrimonio e Attività Tecniche:**

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

**SC ICT:**

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

**Ufficio Comunicazione e Relazione con i media:**

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

**SSD Affari Legali e Generali:**

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

**13. PUBBLICITÀ DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE**

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

Al fine della predisposizione del PTPCT per il triennio 2018-2020, il Responsabile ha avviato nel mese di ottobre la consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori d'interesse sul Piano 2017-2019 per raccogliere il/i contributo/i degli stakeholders interni ed esterni e di tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati dall'Istituto attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti utili all'aggiornamento del Piano.

Il Piano è stato, inoltre, reso disponibile anche sulla Intranet aziendale.

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



## **ALLEGATO N. 1 - MAPPATURA PROCESSI AZIENDALI**

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

Nel corso del 2017, gli RPCT dell'Area Metropolitana hanno deciso di avviare la mappatura di alcuni processi riportati nelle misure ulteriori, che ha visto nel primo anno il completamento di un processo relativo alla Contabilità e Finanza (SUMCF). Nel corso del prossimo triennio saranno completati i processi già avviati e mappati qui di seguito. In questa fase transitoria, in assenza di un definitivo completamento delle mappature, si riporta ad esempio i processi realizzata nel corso del 2013-2014, specificando quelli unificati presso l'Azienda USL di Bologna.

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

**(EX IOR. DA NOVEMBRE 2015 COMPETENZA DEL SERVIZIO UNICO AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE - SU)**

<b>PROCESSO N. 1</b>			<b>PROCEDIMENTI SELETTIVI (CONCORSI/ AVVISI/ MOBILITA')</b>		
<b>Fasi</b>	<b>rischio</b>	<b>responsabilità</b>	<b>probabilità</b>	<b>impatto</b>	<b>livello di r</b>
Emissione bando	Requisiti di accesso "personalizzati"	Direttore U.O. (richiesta emissione) - Direzione strategica (autorizzazione) - Direttore SC SGRU (bando) - Responsabile del procedimento	5	4	20
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			
Ammissione	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti idonei a verificare il possesso dei requisiti	Uffici reclutamento comparto e dirigenza SGRU			
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)			
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			

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

PROCESSO N. 2 CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello
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
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			
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			
Espletamento della procedura	Distorta valutazione dei curricula/ colloqui conoscitivi	Commissione			

P.2 CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO AUTONOMO - PROGETTAZIONE ESEC			
Attività di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	
Monitoraggio preventivo sulle richieste di emissione bando	Dal 2015	Direzione SC SGRU	Risponde
Ricevimento delle domande unicamente via mail/PEC	In corso	Settore Direzione SGRU	
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	

PROCESSO N. 3		ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO			
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello
Si evidenzia che per tali assunzioni, la procedura impone di richiedere i nominativi direttamente al Centro per l'Impiego, il quale, a sua volta,					
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
Espletamento della procedura	Esclusione di candidati al fine di mantenere eventuali tempi determinati già in servizio e/o di favorire altre candidature	Commissione			

P. 3 ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA			
Attività di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	
Rotazione dei componenti della Commissione ove possibile	Dal 2015	Stessi responsabili delle designazioni	Report annuale ele
Rotazione dei componenti della Commissione e verifica dei verbali	Dal 2015	Direttore SGRU	Da definire nel cors

PROCESSO N. 4	ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO legge				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	liv
Si evidenzia che per tali assunzioni, la procedura impone di richiedere i nominativi direttamente al Centro per l'Impiego, il quale, a sua volta,					
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
Espletamento della procedura	Distorta valutazione dei curricula/ colloqui conoscitivi	Commissione			

P. 4	ASSUNZIONE MEDIANTE CENTRO PER L'IMPIEGO legge 68/99 - PROGETTAZIONE ES		
Attività di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	
Rotazione dei componenti Commissione ove possibile	Dal 2015	stessi responsabili delle designazioni	Report



## AREA GENERALE: AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE

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

PROCESSO N. 5		PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di ri	
Stesura del capitolato tecnico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Ingegneri dirigenti SC PAT	5	5	25	c
	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 SC PAT				
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento, proporzionalità.	Ingegneri dirigenti/responsabile ufficio gare SC PAT				
Nomina commissione	Mancanza di indipendenza/competenza dei commissari	Direzione aziendale				
Valutazione/attribuzione punteggi qualità da parte della commissione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Commissari di gara				
Collaudo/regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT				
Sottoscrizione contratto	Inosservanza principi di trasparenza e di integrità	Responsabile ufficio gare SC PAT				
Autorizzazione al subappalto	Accordi collusivi tra le ditte	Responsabile ufficio gare SC PAT				
Adozione di variante	Indebito vantaggio per la ditta aggiudicataria	Direttore SC SPAT				

PROCESSO N. 5 PROCEDURA DI APPALTO PER L’AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati tecnici delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SC P
Focus sulle procedure adottate	Già in corso	Direttore SC P
Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate	Già in corso	Direttore SC P
Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza dei conflitto di interesse e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR) nel rispetto dei principi di trasparenza e pubblicità delle nomine.	Già in corso	Direzione azien
Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.	Già in corso	Direttore SC P
Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SC P
Verifica inserimento dei patti di integrità e del richiamo al codice di comportamento aziendale	Già in corso	Direttore SC P
Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione a subappalto. Istruzione operativa interna in fase di completamento.	Già in corso	Direttore SC P
Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica	Già in corso	Direttore SC P

PROCESSO N. 6		PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.L.				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Funzionario tecnico SC PAT	5	4	20	critico
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento.	Funzionari tecnici ed amministrativi SC PAT				
Regolare esecuzione	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT				
Emissione ordine	Mancata osservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT				

P. 6 PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.Lgs 50/2016)		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SC PAT
Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SC PAT
Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	Già in corso	Direttore SC PAT
Verifica inserimento in tutti gli ordini richiamo al codice di comportamento IOR	Già in corso	Direttore SC PAT

PROCESSO N. 7 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca fi					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello
Analisi, e definizione dei fabbisogni e programmazione	Uso distorto delle procedure (frazionamento della fornitura)	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT	5	3	15
Stesura delle specifiche tecniche	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT			
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza.	Richiedente/utilizzatore del bene/servizio e funzionario amministrativo SC PAT			
Utilizzo del mercato elettronico	Mancato, scarso o improprio utilizzo del MEPA	Funzionario amministrativo SC PAT			
Emissione ordine	Inosservanza del codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT			

P. 7 ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca finalizzata) - PR		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio respon
Audit interni sui reali fabbisogni	2016 - 2017	Responsabile ufficio gare SC PA
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Responsabile ufficio gare SPAT
Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione di compiti	Già in corso	Responsabile ufficio gare SC PAT
Rotazione dei compiti/aggiornamento ed ulteriore formazione circa l'attivazione del mercato elettronico regionale	Già in corso	Responsabile ufficio gare SC PAT
Verifica inserimento in tutti gli ordini Codice di Comportamento IOR	Già in corso	Responsabile ufficio gare SC PAT

PROCESSO N. 8 CONVENZIONI PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIATI					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello
Identificazione/scelta controparte per attività di collaborazione tra enti pubblici, privati, Associazioni	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni  Favorire una struttura/associazione volontariamente	Direzioni Sanitaria/Scientifica e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)	3	4	12
Istruttoria (raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi; verifica diretta della parte inerente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/scientifica/sanitaria/ professionale ecc.) Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessaria Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzioni Sanitaria/Scientifica Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria) e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)			
Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto	Responsabile del procedimento AA.GG			

P.. 8 - CONVENZIONI PER ATTIVITÀ DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIATI		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Valutazione qualitativa in merito alle specifiche motivazioni riportate nelle premesse del relativo atto, per le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuale precisazione indagini preventive circa l'identificazione (verifica solo di tipo amministrativo, attraverso controllo requisiti)	Già in essere	Direzioni Sanitarie
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, che si esprime in merito. La risposta negativa e/o la richiesta di chiarimenti comportano la revisione dell'atto. Silenzio-assenso in caso di parere negativo.	Già in essere	Responsabile Procedimento Controllo di Gestione

PROCESSO N. 9 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio
Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso	Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	4	20
	Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Favorire un singolo professionista rispetto all'equipe				
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti. Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessari. Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)			
Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile del procedimento AA.GG.			



P. 9 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI CONSULENZE SANITARIE SPECIALISTICHE D'EQU		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsab
Indagini preventive di ordine amministrativo (Predisposizione Master plan)	Completamento 2017-2018	Direzione Strategia
Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata	Già in essere	Responsabile Procedimen
Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti affidenti alla equipe dello IOR che viene convenzionata con la struttura richiedente	Già in essere	
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 / Resp Procedimento AA.GG.

PROCESSO N. 10 CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'EROGAZIONE DI PRESTAZIONI						
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni	Direzione Sanitaria	5	3	15	cr
	Mancanza imparzialità nella scelta della controparte					
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica diretta della parte inerente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/scientifica/sanitaria/professionale ecc.). Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri)	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)				
Approvazione (Predisposizione e Redazione delibera/ determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto	Responsabile del procedimento AA.GG.				

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

Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata con eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere	Direzione Sanitaria/ Resp Procedimento AA.GG.
Verifica congruità dei compensi pattuiti rispetto ai tariffari istituzionale o libera professione in vigore	Già in essere	Direzione Sanitaria / Res Procedimento AA.GG.

**PROCESSO N. 11      CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROSO, CONSULENZE O SERVIZI SENSIVI ART. 43 C. 3 L.27/12/1997, N.449**

<b>Fasi</b>	<b>rischio</b>	<b>responsabilità</b>	<b>probabilità</b>	<b>impatto</b>	<b>livello di rischio</b>
Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso	Direzione Scientifica/Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	3	15
	Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Mancanza imparzialità rispetto ai professionisti interni coinvolti				
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)			
Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile del procedimento AA.GG.			

**P. 11 - CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROSO, CONSULENZE O SERVIZI AI  
ART. 43 C. 3 L.27/12/1997, N.449 - PROGETTAZIONE ESECUTIVA**

Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
<p>Verifica che la struttura richiedente non sia accreditata ovvero che le consulenze richieste non siano concorrenti ai fini dell'accreditamento o al mantenimento dello stesso. Eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione.</p> <p>Accessibilità alle consulenze da parte dei professionisti in base alle valutazioni del Responsabile della Struttura di riferimento</p> <p>Attivazione percorso autorizzativo con Richiesta di parere favorevole sulla sottoscrizione dell'accordo; Valutazione e raccomandazione del RPCT IOR; Dichiarazione di assenza di conflitto di interessi;</p> <p>Impegno alla non presenza in commissioni di gara firmato, parere favorevole espresso dal Direttore di Struttura di riferimento</p>	<p>Già in essere</p>	<p>Direzione Sanitaria/Am Responsabile Procedimento AA.GG.</p>

PROCESSO N. 12			EROGAZIONE EVENTI FORMATIVI			
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Valutazione ex ante dell'appropriatezza dell'evento  Attivazione dell'evento formativo	Vantaggio di visibilità del Responsabile Scientifico dell'evento	Responsabile Scientifico/ Comitato Scientifico del Provider	5	4	20	cr
Predisposizione degli atti per il conferimento di incarichi di docenza  Gestione dei rapporti con i docenti e con sponsor	Vantaggi diretti/indiretti derivanti dall'individuazione di docenti esterni e di eventuali sponsor	Responsabile Scientifico				
Predisposizione della documentazione di rapporto dell'evento	Falsare le risultanze sull'andamento dell'evento	Responsabile Scientifico				



**P. 12**

**EROGAZIONE EVENTI FORMATIVI - PROGETTAZIONE ESECUTIVA**

Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio respon
Verifica appartenenza ad associazioni, società od organizzazioni del Responsabile Scientifico  Elenco delle sponsorizzazioni correlate al Responsabile Scientifico	Già in essere	SS Formazione Settore Formazione I
Controllo sul rispetto delle disposizioni in merito alle selezioni ad evidenza pubblica  Dichiarazioni sulla mancanza di conflitto di interesse  Rotazione incarichi di docenza	Già in essere	SS Formazione Settore Formazione I
Controllo a campione tra le valutazioni dei singoli partecipanti e la relazione del docente	Già in essere	SS Formazione Settore Formazione I

PROCESSO N. 13		CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Gestione amministrativa della convenzione per prenotazione visite e prestazioni ambulatoriali in libera professione (Società CUP 2000)	Inosservanza delle procedure operative concordate con CUP 2000	SSD AS	2	1	2	trasc

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

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

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

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

PROCESSO N. 14		APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Applicazione Tariffe per rilascio copie documentazione clinica	Inosservanza regole procedurali interne come da delibera n. 63/2016 (tariffario)	operatore	2	1	2	trascurabile

P. 14			APPLICAZIONE TARIFFE PER RILASCIO DOCUMENTAZIONE CLINICA - PROGETTAZIONE	
Misure di presidio		tempi di realizzazione		ufficio responsabile
Presentazione ricevuta di pagamento per il ritiro della documentazione richiesta.  Rotazione del personale.		Già in essere		Direzione SSD Area

AREA GENERALE  
GESTIONE ENTRATE, DELLE SPESE, DEL PATRIMONIO

PROCESSO N. 15		VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Individuazione dei requisiti per la partecipazione alla selezione	Inosservanza regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione	Funzionari tecnici ed amministrativi SC PAT	5	4	20	cr
Individuazione vincitore	Mancanza di congruità e/o di equidistanza nella valutazione	Funzionario tecnico SC PAT				
Contratto di vendita/locazione	Inosservanza al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità	Funzionario amministrativo SC PAT				

P. 15 VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A € 40.000) - PROGETTAZIONE		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Focus sui requisiti; maggior coinvolgimento possibile nella stesura degli atti delle professionalità coinvolte	Già in corso	Direttore SC PAT
Focus sui verbali relativi all'individuazione	Già in corso	Direttore SC PAT
Verifica inserimento in tutti i contratti del richiamo al codice di comportamento IOR e dei patti di integrità e relativa sottoscrizione	Già in corso	Direttore SC PAT

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

## **AREA GENERALE**

### **CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI**

In relazione ad un sistema di norme in materia di prevenzione e repressione della corruzione ed illegalità, più orientato alla valorizzazione di forme di controllo diffuse delle cosiddette aree a "rischio corruzione", la Vasta Emilia Centro è stato deciso di avviare – fin dal 2015 - un audit tra l'Azienda Usl di Ferrara e l'Azienda Usl di Bologna per valutare, nei Piani Triennali di Prevenzione della Corruzione e Trasparenza (PTPCT) delle due Aziende, l'efficacia delle misure di contrasto previste dalla norma in grado di incidere sui fenomeni corruttivi riconducibili alla "malamministrazione". La verifica ha inteso integrare le disposizioni normative nazionali laddove, mentre definiscono punti di controllo aziendale per omesso controllo in caso di violazioni delle misure di prevenzione previste dal Piano aziendale, ha definito le modalità di svolgimento dei controlli per il rispetto delle misure previste nei Piani. Obiettivo dell'audit è la metodologia condivisa di lavoro in grado di fornire/individuare un supporto operativo per il rispetto delle norme dell'impianto.

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

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

Per le verifiche ispettive interne sono state seguite le modalità definite nella "Procedura generale di controllo metodologici, l'Ufficio Qualità.

Per quanto riguarda i servizi unificati, inoltre, sono state intraprese verifiche congiunte con gli RPCT dell'Azienda Usl di Ferrara e dell'Azienda Usl di Bologna, al fine di effettuare i dovuti controlli sulla base dei dati e delle informazioni, nell'esperienza maturata con l'azienda di Ferrara. E' stato inoltre formalizzato, con delibera n. 194 del 2016 della metropolitana di Bologna" volto a progettare, organizzare ed eseguire i controlli specifici delle strutture della metropolitana, attraverso un coordinamento del sistema dei controlli e la responsabilizzazione, valorizzazione delle strutture aziendali. In tale progetto sono stati coinvolti tutti gli RPCT dell'Area metropolitana al fine di assicurare la vista della correttezza e trasparenza delle procedure.

Si avvieranno infine, come già realizzato con il Collegio Sindacale e laddove possibile, iniziative comuni e interaziendali, quali UPD, Servizio ispettivo metropolitano (ora Servizio Ispettivo AVEC), Osservatorio su corruzione, allo svolgimento dei rispettivi controlli.



**AREA GENERALE**  
**INCARICHI E NOMINE**

PROCESSO N. 17		AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016)				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Stesura delle specifiche tecniche relative all'incarico	Specifiche tecniche che limitano la concorrenza	Funzionario tecnico SC PAT	5	4	20	C
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Individuazione di parametri irrilevanti e/o che favoriscono alcuni concorrenti. Inosservanza del principio della massima concorrenza, non discriminazione, parità di trattamento	Funzionari tecnici ed amministrativi SC PAT				
Stesura disciplinare di incarico	Inosservanza patti di integrità/codice di comportamento IOR	Funzionario amministrativo SC PAT				

P. 17 AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016) - PROGETTAZIONE E		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Già in corso	Direttore SC PAT
Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti	Già in corso	Direttore SC PAT
Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	Già in corso	Direttore SC PAT

PROCESSO N. 18		CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO “ATIPICO”			
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello
Espletamento della procedura comparativa	Conflitto di interesse di membro della Commissione  Distorta valutazione dei curricula rispetto all'avviso pubblico, per favorire un candidato	Commissione Valutatrice	3	1	3

P. 18 CONFERIMENTO DI INCARICHI DI LAVORO “ATIPICO” - PROGETTAZIONE ESECUTIVA		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio respon
Verifica dell'esposizione della motivazione della scelta del candidato idoneo all'interno del verbale	Già in essere	SCAR

**AREA GENERALE**  
**AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**

PROCESSO n. 19 ASSICURAZIONE RCT - GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANIT.						
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	
Apertura sinistro, tramite broker, a seguito di richiesta di risarcimento danni, notifica atto di citazione, accertamento tecnico preventivo e procedimento penale.	Non seguire l'ordine cronologico di arrivo delle richieste privilegiandone alcune rispetto ad altre	SSD Affari Legali	5	5	25	critico
Trasmissione al broker della documentazione sanitaria, raccolta dalla Direzione Sanitaria e trasmissione al broker relazione dei sanitari	Privilegiare casi piuttosto che altri	SSD Affari Legali				
Predisposizione ordine del giorno ODG (elenco dei sinistri istruiti) per incontro del Comitato Valutazione Sinistri (CVS)	Decidere di trattare un sinistro piuttosto che un altro o presentare uno con istruttoria parziale	SSD Affari Legali				
Gestione del sinistro anche in relazione all'eventuale evoluzione del sinistro anche in giudizio	Decisione legata ad interessi personali	SSD Affari Legali Loss Adjuster				
Liquidazione rimborso franchigia contrattuale per i sinistri liquidati	Irregolarità nella gestione e inosservanza delle regole sulla trasparenza	SSD Affari Legali				
Segnalazione alla Corte dei Conti dei sinistri liquidati ex art. 1 CPV. L. n. 20/94 e succ. modif	Scelta dei casi da inviare allo scopo di occultare alcune posizioni di possibile danno erariale	SSD Affari Legali				

Processo n. 19 ASSICURAZIONE RCT GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO - PRO			
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile	
Inserimento delle pratiche in ordine temporale come da manuale di gestione flussi documentali	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto dei ter
Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto d
Rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto d
Acquisizione relazioni medico legali interne e pareri redatti dai fiduciari della Compagnia di Assicurazioni (la Compagnia generalmente coinvolge due fiduciari)	In essere	SSD Affari Legali	
Incontro collegiale con discussione e decisione motivata con resoconto ad uso interno	In essere	SSD Affari Legali	
Controllo delle richieste di rimborso approvate con atto deliberativo pubblicato e nel rispetto dei termini di polizza e procedura interna	In essere	SSD Affari Legali	Rispetto d
Monitoraggio dei mandati di pagamento e invio cronologico ed esaustivo nel rispetto del protocollo operativo interno	In essere	SSD Affari Legali	

PROCESSO n. 20					
GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello
Valutazione degli atti notificati	Tutela di un interesse particolare	Direttore Generale/Amministrativo e SSD Affari Legali e Generali	5	3	15
Scelta del difensore e attribuzione incarico	Illogicità della scelta effettuata in base a preferenze personali Immotivata ripetitività incarichi Assegnazione a soggetti in conflitto di interessi	Direttore Generale			
Accettazione preventivo Liquidazione del compenso	Accettazione preventivo sproporzionato al caso Pagare una somma non pattuita	SSD Affari Legali			
Pubblicazione dei compensi dei curricula	Mancanza di trasparenza	SSD Affari Legali			

**PROCESSO n. 20                      GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE - PR**

<b>Misure di presidio</b>	<b>Tempi di realizzazione</b>	<b>Ufficio responsabile</b>	
Inquadramento del caso e decisione sulle modalità per la tutela degli interessi dell'Ente	Già in essere	Direzione Generale	
Verifica della congruità della scelta fiduciaria della Direzione rispetto al bisogno di difesa nel caso concreto  Report degli incarichi assegnati nell'anno per valutazione possibile rotazione degli stessi  Acquisizione dichiarazione di insussistenza conflitto di interesse prima dell'assegnazione dell'incarico	Già in essere	SSD Affari Legali e Generali	Presenz
Valutazione del preventivo in base ai parametri e principi stabiliti dall'AVEC rif. Tariffe DM 55/2014  Verifica congruità tra preventivo e fattura	Già in essere	SSD Affari Legali	Scostamen
Aggiornamento semestrale esaustivo delle liquidazioni effettuate ai professionisti	Già in essere	SSD Affari Legali e Generali	

**AREA SPECIFICA****ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA**

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

PROCESSO N. 21			LIBERA PROFESSIONE			
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di ri	
Ricoveri programmati	Inserimento in lista d'attesa di un paziente con diagnosi volutamente sottostimata al fine di agevolarlo	Medico	5	3	15	c
	Predisposizione preventivo di spesa sottostimato in relazione alla diagnosi del medico					
Prestazioni sanitarie in regime ambulatoriale	Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico	Medico				

P. 21			LIBERA PROFESSIONE - PROGETTAZIONE ESECUTIVA	
Misure di presidio	tempi di realizzazione		ufficio respon	
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 / S	
1) Per verifiche attività esterna : Applicativo Informatico CUPWEBALP fornito dalla RER (gestione attività prenotazione, erogazione prestazione e incasso); 2) Per verifica attività interna IOR: Applicativo Informatico Sistema Informatico Rizzoli (SIR) per gestione prenotazione, accettazione, erogazione prestazione e Cassa Interna per riscossione.	Già in essere		Direzione sanitaria / SSD AS Bilancio e Programmazione	



**PROCESSO N. 22** **LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO**

Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio
Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) e segreteria (esegue)	5	3	15
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)			

**P. 22** **LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN - PROGETTO**

Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Informatizzazione della lista d'attesa	Già attiva	In base alle competenze
Controllo del rispetto della procedura IOR Gestione lista d'attesa ricovero programmato (n°PG23DS rev.1 – novembre 2016)	Già in corso	Direzione sanitaria Direttori UU.OO.
Pubblicazione sul sito internet (Amministrazione Trasparente) del dato relativo ai tempi d'attesa aziendali	Già in corso	Ufficio Marketing
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 le non più attuali.
Monitoraggio interno IOR finalizzato al rispetto della classe di priorità (estrazione dati SIR)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasmettere almeno ogni tre mesi ai Direttori di UO un report con il numero di pazienti inseriti in classe A che hanno superato i 30gg d'attesa
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libera-professione rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale (estrazione dati SIR)	Già in corso	Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività professionale/N° ricoveri provenienti da attività istituzionale

PROCESSO n. 23		LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME C				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di ris	
Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) e segreteria (esegue)	5	3	15	cr
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)				

P. 23 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO MEDICO IN REGIME ORDINARIO SSN - PROGETTAZIONE E		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Informatizzazione della lista d'attesa	Già attiva	In base alle competenze.
Controllo del rispetto della procedura IOR "Gestione lista d'attesa ricovero programmato" (n°PG23DS rev.1 – novembre2016)	Già in corso	Direzione Sanitaria Direttori UU.OO.
Pubblicazione sul sito internet (Amministrazione Trasparente) del dato relativo ai tempi d'attesa aziendali	Già in corso	Ufficio Marketing
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla pulizia delle liste d'attesa (modulo ST12)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasme ogni tre mesi il modulo ST12 ai Direttori di UO, i quali la responsabilità di "pulire" le liste d'attesa eliminando non più attuali.
Monitoraggio interno IOR finalizzato al rispetto della classe di priorità (estrazione dati SIR)	Già in corso	La Direzione Sanitaria ha la responsabilità di trasme almeno ogni tre mesi ai Direttori di UO un report co numero di pazienti inseriti in classe A che hanno supe 30gg d'attesa
Monitoraggio interno IOR finalizzato alla verifica dei ricoveri provenienti da Libera-professione rispetto ai ricoveri provenienti da attività istituzionale (estrazione dati SIR)	Già in corso	Invio report con il N° di ricoveri provenienti da attività professionale/N° ricoveri provenienti da attività istituzi

AREA SPECIFICA
RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI

PROCESSO N. 24						
CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRE						
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di ris	
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione di diverse opzioni	Direzione Sanitaria	5	4	20	cr
	Favorire una struttura volontariamente					
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica diretta della parte inerente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/scientifica/sanitaria/professionale ecc..) Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)				
Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto	Responsabile del procedimento AA.GG.				

**P. 24****CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE - P**

<b>Misure di presidio</b>	<b>tempi di realizzazione</b>	<b>ufficio responsabile</b>
Specifica delle motivazioni per le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuale precisazione di indagini preventive circa l'identificazione	Già in essere	Direzione Sanitaria
Predisposizione accordi quadro con P.A.	Completamento 2017-2018	Responsabile Procedi AA.GG./ Controllo di Ge Direzione Sanitar
Trasmissione delle convenzioni che comportano oneri al Controllo di Gestione per verifica congruità economica, monitoraggio convenzioni passive	Già in essere	
Monitoraggio convenzioni passive	Completamento 2017-2018	

AREA SPECIFICA

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

PROCESSO N. 25		APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO E				
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	Livello di rischio	
Presentazione studio clinico	Vantaggio personale diretto o indiretto da qualche azienda al ricercatore	Ricercatore	5	2	10	rilevante
Valutazione e negoziazione del contratto	Approvazione di contratti che favoriscano interessi privati (dello sponsor/ricercatore) Previsione di output di ricerca con vincolo di risultato	Ricercatore e Comitato Etico	4	3	12	rilevante
Istruttoria e Valutazione della documentazione da parte del Comitato Etico	Agevolare la prioritaria sottomissione di uno studio per favorire interessi privati di una azienda Conflitto di interesse da parte di membri del Comitato Etico e/o ricercatore	Presidente segreteria del Comitato Etico Ricercatore	2	2	4	medio
Svolgimento della sperimentazione	Infedeltà rispetto a quanto definito nel contratto rispetto agli output da rendere all'azienda	Ricercatore e Sponsor	3	3	9	rilevante

**P. 25**

**APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO - PROGETTAZIONE ESECUTIVA**

<b>Misure di presidio</b>	<b>tempi di realizzazione</b>	<b>ufficio responsabile</b>
Rispetto Regolamento Comitato Etico (e procedura PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014) – approvato con delibera n. 240 del 16/6/2014	Già in corso	Comitato Etico
Procedura prevista di invio del contratto a SCAR	Già in corso	SCAR
Dichiarazione dei Componenti del Comitato Etico di obbligo a non pronunciarsi qualora possa sussistere un conflitto di interesse Dichiarazione di mancanza di conflitto di interesse da parte del ricercatore Rispetto Regolamento Comitato Etico (e procedura PG-01/DG, Rev.02 del 11/06/2014) – approvato con delibera n. 240 del 16/6/2014	Già in corso	Segreteria Comitato Etico
Pubblicazione dei risultati ottenuti/trasmissione dei risultati ottenuti tramite protocollo	Già in corso	SCAR

P. 26 PROGETTI DI RICERCA – PARTENARIATO CON TERZE PARTI – PROGETTAZIONE ESECUTIVA		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
I soggetti agevolatori di bandi e/o consulenti non sono ammessi nel partenariato se non come terze parti	Già in essere	SCAR

PROCESSO N. 27		STIPULA DI CONTRATTI DI RICERCA COMMISSIONATA DA TERZI				
Fasi	rischi	Responsabilità	probabilità	impatto	livello rischio	
Attivazione di un contratto per progetto di ricerca scientifica con un soggetto finanziatore	Scelta del contraente influenzata da interessi personali del ricercatore/SCAR	Responsabile Scientifico del progetto (PI); Direzione Scientifica	4	3	12	

P. 27 STIPULA DI CONTRATTI DI RICERCA COMMISSIONATA DA TERZI - PROGETTAZIONE ES		
Misure di presidio	tempi di realizzazione	ufficio responsabile
Assenza di conflitti di interesse	Già in corso	SCAR
Revisione della procedura	Già in corso	SCAR

**AREA SPECIFICA**  
**ATTIVITA' CONSEQUENTE AL DECESSO IN AMBITO OSPEDALIERO (non attivabile)**  
**Attività in convenzione con l'Azienda USL di Bologna per l'utilizzo della camera mortuaria dell'ospedale IOR**



## **ALLEGATO N. 2 - REGISTRO EVENTI RISCHIOSI**

### **AREE GENERALI**

#### **ACQUISIZIONE E GESTIONE DEL PERSONALE**

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

#### **AFFIDAMENTO DI LAVORI, SERVIZI E FORNITURE**

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

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

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

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

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

### **GESTIONE ENTRATE, SPESE E DEL PATRIMONIO**

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

### **INCARICHI E NOMINE**

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

### **CONTROLLI, VERIFICHE, ISPEZIONI E SANZIONI**

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

## **AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO**

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

## **AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'**

### **ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE D'ATTESA**

#### Liste di attesa

- Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico;
- Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata);
- Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata);

#### Attività libero professionale

- Inserimento in lista d'attesa di un paziente con diagnosi volutamente sottostimata al fine di agevolarlo;
- Predisposizione preventivo di spesa sottostimato in relazione alla diagnosi del medico;
- Effettuazione della prestazione con riscossione diretta del medico;

### **RAPPORTI CONTRATTUALI CON PRIVATI ACCREDITATI**

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

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

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

all'azienda;

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

**PROGRAMMA TRIENNALE  
DELLA TRASPARENZA  
2018 - 2020**

## **1. INTRODUZIONE**

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

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

## **2. NOZIONE DI “TRASPARENZA”**

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

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

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

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

### **3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA**

#### Compiti

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

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

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

### **4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE TRASPARENZA**

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

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

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

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

Il RPCT monitora l'attuazione della sezione e, qualora rilevi eventuali ritardi o inadempienze, riferisce alla Direzione Generale dell'Istituto per l'adozione delle necessarie misure correttive e all'Organismo aziendale di Supporto (OAS) ai fini delle determinazioni, in fase di valutazione degli obiettivi individuali, nella corresponsione della retribuzione di risultato e del trattamento accessorio per i soggetti inadempienti. Per favorire la tempestiva e corretta trasmissione dei flussi di dati da pubblicare, sono stati individuati, da parte dei Dirigenti/Responsabili di ogni struttura, i **Referenti**

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

Al soggetto Referente competono le seguenti responsabilità all'interno della struttura di appartenenza:

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

#### Aggiornamento 2018 - 2020

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

In sintesi la sezione presenta:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 5. SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE DELLA SEZIONE

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

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

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

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

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

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

## 6. DATI DA PUBBLICARE

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

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

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

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

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

L'Istituto garantisce, tramite le strutture competenti, l'aggiornamento periodico delle pubblicazioni effettuate, secondo le scadenze dal medesimo previste.

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

IOR, nel corso del 2016, ha anche implementato un nuovo sistema di gestione documentale (BABEL), al fine di digitalizzare il processo relativo alle delibere, determine e protocollo informatico. All'introduzione del sistema di gestione documentale è seguito lo sviluppo del software che permette l'automatizzazione della pubblicazione di alcune sottosezioni di "Amministrazione Trasparente" (provvedimenti e Profilo del committente) e lo sviluppo di un nuovo sistema informatico di gestione dei procedimenti amministrativi (GIPI) che consentirà, anche mediante integrazione con i diversi flussi documentali, la semplificazione nella gestione dei documenti e degli obblighi di pubblicazione.

La sezione "Amministrazione Trasparente" è suddivisa in sottosezioni, individuate seguendo lo schema predisposto dall'ANAC. Nel caso sia necessario pubblicare nella sezione "Amministrazione Trasparente" informazioni, documenti o dati già pubblicati in altre parti del sito, è attivo un collegamento ipertestuale ai contenuti stessi, onde evitare duplicazioni di informazioni.

### Durata della pubblicazione

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

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

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

### Requisiti dei dati pubblicati

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

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

### Forma dei dati di tipo "aperta"

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

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

In tale contesto, con periodicità almeno annuale, l'Agenzia per l'Italia Digitale (A.G.I.D.) istruisce e aggiorna un repertorio dei formati aperti utilizzabili nelle Pubbliche Amministrazioni, secondo quanto disposto dal Codice dell'Amministrazione digitale. Per quanto concerne il formato pdf – portable document format (formato proprietario il cui programma reader è disponibile gratuitamente) si precisa che lo stesso viene impiegato esclusivamente per le informazioni e i documenti che, per loro natura e contenuti, prevedono la sola consultazione e un'archiviazione a lungo termine, senza la necessità di un'elaborazione.

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

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

#### Trasparenza e risvolti in tema di trattamento dei dati personali

Le novità introdotte dal D.Lgs. 33/2013 e l'intervento ancora più incisivo operato dal D.Lgs. 97/2016 hanno richiesto degli approfondimenti in tema di trattamento dei dati personali. L'Istituto ha, sin dall'introduzione delle modifiche normative in tema di privacy (D.Lgs. 196/2003) e successivamente dai nuovi obblighi di pubblicazione e di accesso, posto particolare attenzione alla normativa che richiede la tutela della riservatezza cercando di coniugarla con la *disclosure* sottesa ai concetti di trasparenza e accessibilità. Negli ultimi anni infatti è richiesto sempre più alle amministrazioni di operare un bilanciamento degli interessi in gioco, evitando la lesione dei diritti e della dignità degli interessati, tema ancora più rilevante nelle aziende sanitarie che trattano quotidianamente una moltitudine di dati riservati relativi alla salute.

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

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

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

#### Banche dati

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

La normativa ha posto in capo alle amministrazioni l'adeguamento della sezione "Amministrazione Trasparente" entro un anno dall'entrata in vigore del decreto legislativo 97/2016, adeguamento ancora in corso in quanto, come sottolineato da ANAC nell'atto di segnalazione n. 5/2017, si è "riscontrato un disallineamento o solo

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

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

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

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

## **7. PROCESSO DI ATTUAZIONE DELLA TRASPARENZA**

La trasparenza richiede un'attività di monitoraggio periodica che viene svolta dal RPCT a cadenza, di norma, semestrale e riguarda l'individuazione delle attività e l'indicazione degli scostamenti rispetto a quanto prescritto dalla normativa. In aggiunta al monitoraggio periodico è comunque prevista la redazione da parte del RPCT di una relazione annuale sullo stato di attuazione della Trasparenza alla Direzione Strategica dell'Istituto, all'Organismo Aziendale di Supporto (OAS), all'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) unico regionale e pubblicata sul sito istituzionale nella sezione "Amministrazione Trasparente".

L'Organismo Aziendale di Valutazione (OAS) verifica:

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

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

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

## **8. LE INIZIATIVE DI COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA**

Le iniziative a sostegno della trasparenza si possono riassumere in:

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



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

Con la sezione Trasparenza 2018 - 2020, l'Istituto, in considerazione della propria mission, ha scelto di focalizzare la propria attenzione sui cittadini, sugli utenti e sui familiari dei pazienti, fornendo informazioni utili agli stakeholders aziendali (M.I.U.R., Regione Emilia-Romagna, Regione Sicilia, altre Aziende del SSR e SSN, Università degli Studi di Bologna, Organizzazioni Sindacali, Associazioni di Volontariato, C.C.M., Ditte appaltatrici, Fornitori, Società scientifiche, ecc.).

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

#### Il sito web aziendale

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

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

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

#### Monitoraggio dei dati di accesso al sito

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

#### La Carta dei Servizi

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

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

#### Le guide e il materiale informativo per il paziente

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

### Bilancio di Missione

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

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

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

Il testo del Bilancio di Missione è reperibile nel sito [www.ior.it](http://www.ior.it) alla sezione "Amministrazione Trasparente".

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

### Ascolto degli stakeholder

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

- Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)

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

- Posta elettronica certificata (PEC)

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

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

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

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

### Associazioni di Volontariato

Le Associazioni di Volontariato collaborano con l'Istituto Rizzoli sulla base di Convenzioni stipulate ai sensi del "Regolamento in ordine alle modalità di accesso e presenza delle Associazioni di Volontariato", recentemente modificato a seguito del Decreto Legislativo 117/2017 e formalizzato con delibera n. 245 del 21/11/2017. Il testo è disponibile sul sito alla sezione "Tutela del cittadino" in cui è possibile trovare anche l'elenco delle Associazioni autorizzate all'accesso presso le Strutture dell'Istituto.

### Comitato Consultivo Misto

Il Comitato Consultivo Misto (C.C.M.) è un organismo introdotto nelle Aziende Sanitarie a seguito della normativa della Regione Emilia – Romagna, in attuazione della legge nazionale che dispone l'introduzione di "Organismi di Consultazione" come tutela dei diritti dei cittadini. I C.C.M. sono composti da una rappresentanza maggioritaria delle Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Diritti e da operatori



aziendali con il compito di valutare l'organizzazione dei servizi, la programmazione delle prestazioni, la verifica dei risultati, l'analisi dei segnali di disservizio. La stessa legge individua le dimensioni valoriali della qualità dal lato degli utenti sulle quali l'associazionismo può intervenire in particolar modo per quanto riguarda la personalizzazione e l'umanizzazione dell'assistenza, il diritto all'informazione, le prestazioni alberghiere. È proprio a questi ultimi aspetti che il C.C.M. dell'Istituto ha rivolto le sue iniziative, creando nel tempo una rete tra il paziente e le figure professionali che operano all'interno dell'Ospedale.

#### Ufficio Relazioni Sindacali

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

#### Giornate della Trasparenza

Le Giornate della Trasparenza, come previsto dal Decreto Legislativo 33/2013 e dal D.Lgs 97/2016, sono a tutti gli effetti considerate la sede opportuna per fornire informazioni sulla Trasparenza, sul Piano e Relazione della Performance.

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

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

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

#### Accesso civico

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

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

Si possono, quindi, distinguere tre forme di accesso:

- accesso documentale ai sensi della L. 241/1990: è il potere/diritto degli interessati di richiedere, prendere visione e, eventualmente, ottenere copia di atti e documenti amministrativi detenuti dall'amministrazione dietro dimostrazione, da parte del soggetto richiedente, di un interesse giuridicamente rilevante, concreto e attuale nei confronti del documento oggetto di richiesta;
- accesso civico ai sensi dell'art. 5 D.Lgs. n. 33/2013: è il diritto di chiunque di

conoscere, utilizzare e richiedere documenti, informazioni o dati per i quali sussiste l'obbligo di pubblicazione da parte delle amministrazioni, senza limitazioni in merito alla legittimazione soggettiva del richiedente e senza alcuna motivazione;

- accesso civico generalizzato ai sensi dell'art. 5 D.Lgs. n. 33/2013 come modificato dal D.Lgs. n. 97/2016: è il diritto di chiunque di prendere visione e chiedere copia di dati e documenti detenuti dall'amministrazione ulteriori rispetto a quelli oggetto di obbligo di pubblicazione, senza limitazioni soggettive, senza motivazione per il richiedente, ma con l'obbligo per la P.A. di espressa motivazione in caso di diniego.

Nel corso del 2017 sono stati realizzati approfondimenti sul tema, anche con incontri formativi che hanno analizzato, in particolar modo, il tema delle limitazioni ed esclusioni all'accesso, che ha generato, nel primo anno di applicazione della normativa, alcuni dubbi interpretativi, soprattutto per le aziende sanitarie che trattano dati delicati come quelli relativi alla salute.

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

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

Nel corso del 2017, in sede di Tavolo AVEC gli RPCT congiuntamente hanno dato vita ad un regolamento condiviso, diversificato soltanto nelle modalità organizzative, che verrà formalizzato nel corso del 2018.

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

L'Istituto si è inoltre dotato, analogamente alle altre aziende di Area Vasta, del sistema informatico di Gestione Procedimenti (GIPI) che, dal 2018, in fase sperimentale avvierà il proprio percorso con il procedimento relativo alla gestione del diritto di accesso e analogamente permetterà di dar vita in maniera automatica al Registro degli accessi. Il Responsabile ha il dovere di segnalare al Direttore Generale, all'Organismo aziendale di supporto e all'UPD gli inadempimenti di cui sia venuto a conoscenza a seguito delle richieste di accesso.

Tutte le informazioni sulle modalità di esercizio del diritto di accesso con gli indirizzi di posta elettronica cui inoltrare le richieste sono contenute nella sezione del sito "Amministrazione Trasparente".

## **ALLEGATO N. 3 - QUADRO NORMATIVO**

### **Atti normativi:**

- Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 31 ottobre 2009, n. 254;
- Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", pubblicata nella Gazzetta Ufficiale del 13 novembre 2012, n. 265;
- Intesa tra Governo, Regioni ed Enti locali per l'attuazione dell'articolo 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n.190, recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto Legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni" pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 5 aprile 2013, n. 80;
- Decreto Legislativo 8 aprile 2013, n. 39 "Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'articolo 1, commi 49 e 50, della legge 6 novembre 2012, n. 190", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 19 aprile 2013, n.92;
- Decreto del Presidente della Repubblica del 16 aprile 2013, n. 62 "Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell'articolo 54 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165";
- Decreto legge 21 giugno 2013, n. 69 "Disposizioni urgenti per il rilancio dell'economia" convertito con modificazioni dalla legge 9 agosto 2013, n. 98;
- Presidenza del Consiglio dei Ministri Conferenza unificata del 31 luglio 2013 ad oggetto "Intesa tra Governo, regioni ed enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, comma 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190 recante: "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";
- Decreto legge 31 agosto 2013, n. 101 "Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni" convertito con modificazioni dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125;
- Legge 11 agosto 2014, n. 114. Conversione in legge con modificazioni del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90 recante "Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e per l'efficienza degli uffici giudiziari";
- Legge 7 agosto 2015, n. 124 "Deleghe al Governo in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche";
- Legge 28 dicembre 2015 n. 208/2015 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità)";
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50: "Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture", c.d.\_Codice degli appalti;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97: "Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di

riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche”;

- Decreto Legislativo 19 aprile 2017, n. 56: “Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50”;
- Legge regionale Emilia-Romagna 1 giugno 2017, n. 9: “Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova”. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria”;
- Legge 30 novembre 2017, n. 179: “Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato”.

### **Circolari:**

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

### **Atti ANAC:**

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

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



d.lgs. 97/2016";

### **Atti regionali:**

- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1621/2013 avente ad oggetto: "Indirizzi interpretativi per l'applicazione degli obblighi di pubblicazione previsti dal D.Lgs. 14 marzo 2013 n.33";
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 334/2014 ad oggetto: "Approvazione della disciplina per l'attivazione e il funzionamento dell'Organismo Indipendente di Valutazione per gli enti e le aziende del Servizio sanitario regionale e per l'Agenzia regionale per la Prevenzione e l'Ambiente (ARPA) della Regione Emilia – Romagna;
- Deliberazione n. 1 del 19 dicembre 2014 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) "Provvedimenti in merito di Trasparenza, Anticorruzione, Valutazione e Ciclo della Performance";
- Deliberazione n. 2 del 18 dicembre 2015 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) "Linee guida ed indirizzi operativi per Aziende ed OAS";
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 1003/2016 avente ad oggetto: "Linee di programmazione e di finanziamento delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2016";
- Linee guida per l'applicazione da parte delle aziende ed enti del SSR degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, concernente i titolari di incarichi dirigenziali", PG/2016/724035 del 18 novembre 2016, Regione Emilia-Romagna;
- Deliberazione n. 4 del 20 dicembre 2016 dell'Organismo Indipendente di Valutazione della Regione Emilia – Romagna (OIV) "Prevenzione Corruzione e trasparenza: Prime indicazioni, ai sensi del D.Lgs. 97/2016 e del PNA 2016, agli OAS e ai RPCT aziendali";
- Delibera della Giunta della Regione Emilia-Romagna n. 2327/2016 avente ad oggetto: "Riordino dei Comitati Etici della Regione Emilia-Romagna";
- Aggiornamento Linee guida per l'applicazione da parte delle aziende ed enti del SSR degli obblighi di pubblicazione di cui al D.Lgs. 33/2013, come modificato dal D.Lgs. 97/2016, concernente i titolari di incarichi dirigenziali", PG/2017/280066 del 11 aprile 2017, Regione Emilia-Romagna;
- Determinazione n. 19717 del 5 dicembre 2017 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare avente ad oggetto: "Costituzione del Tavolo regionale per il coordinamento delle misure in materia di trasparenza e prevenzione della corruzione delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Regionale".

### **Comunicazioni:**

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

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

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

**Altro:**

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

#### **ALLEGATO N. 4 - ABBREVIAZIONI ED ACRONIMI**

(Fonte: Enciclopedia giuridica)

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

#### **STRUTTURE IOR**

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

#### **STRUTTURE AREA METROPOLITANA**

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



## ALLEGATO N. 5 - SEZIONE TRASPARENZA (ESTRATTO DA ALL.1 DELIBERA ANA

A SEGUITO DELL'UNIFICAZIONE DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI A LIVELLO METROPOLITANO GLI OBBLIGHI  
PROVVEDITORATO ED ECONOMATO SONO IN CARICO AI RISPETTIVI SERVIZI (SUMAP, SUMCF, SAM E S

Macrofamiglie	Denominazione e sotto-sezione 2 livello (Tipologie di dati)	Riferimento normativo	Denominazione del singolo obbligo	Contenuto
Disposizioni generali	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza	Art. 10 c. 8, lett. a) d.lgs. n. 33/2013	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza (PTPCT)	Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza, i suoi allegati, le misure interdisciplinari individuate ai sensi dell'articolo 10, comma 8, lett. a) del D.Lgs. n. 33/2013
	Atti generali	Art. 12 c. 1 d.lgs. n. 33/2013	Riferimenti normativi su organizzazione e attività	Riferimenti normativi con cui sono state pubblicate nella banca dati dell'Amministrazione l'organizzazione e l'attività
			Atti amministrativi generali	Direttive, circolari, programmi generali sull'organizzazione e sui procedimenti, ovvero nei quali sono contenute norme giuridiche che riguardano o determinano l'attività amministrativa
			Documenti di programmazione strategico-gestionale	Direttive ministri, documenti programmatici in materia di prevenzione della corruzione
		Art. 12, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Statuti e leggi regionali	Estremi e testi ufficiali aggiornati degli statuti regionali, che regolano le funzioni e le attività di competenza delle Regioni
		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 norme disciplinari e relative sanzioni, adottato all'affissione in luogo accessibile a tutti Codice di condotta interno
	Oneri informativi per cittadini e imprese	Art. 12 c. 1bis d.lgs. n. 33/2013	Scadenziario obblighi amministrativi	Scadenziario con l'indicazione dei termini amministrativi a carico di cittadini e imprese secondo le modalità del D.Lgs. n. 33/2013

<b>Organizzazione</b>	Articolazione degli uffici	Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	<b>Articolazione degli uffici</b>	Indicazione delle competenze dirigenziale non generale, i nomi d
		Art. 13, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	<b>Organigramma</b>	Illustrazione in forma semplificata della struttura e della comprensibilità dei dati, dell'organizzazione mediante l'organigramma o a
		Art. 13, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		Nomi dei dirigenti res
	Telefono e posta elettronica	Art. 13, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	<b>Telefono e posta elettronica</b>	Elenco completo dei numeri di telefono istituzionali e delle caselle di posta elettronica in cui il cittadino possa rivolgersi per c istit

<b>Consulenti e collaboratori</b>	Titolari di incarichi di collaborazione o consulenza	Art. 15 c. 2 d.lgs. n. 33/2013	<b>Consulenti e collaboratori</b>	Estremi degli atti di conferimento di collaborazione o di consulenza a suo titolo (compresi quelli affidati con contratto coordinato e continuativo) con indicazione dei percettori, della ragione dell'incarico e dell'importo erogato
				Per ciascun titolare
		Art. 15 c. 1 lett. b), d.lgs. n. 33/2013		1) curriculum vitae, redatto in conformità del modello europeo
		Art. 15 c. 1 lett. c), d.lgs. n. 33/2013		2) dati relativi allo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato relativi alla pubblica amministrazione o alle professioni
		Art. 15 c. 1 lett. d), d.lgs. n. 33/2013		3) compensi comunque denominati per lavoro, di consulenza o di collaborazione (compresi quelli affidati con contratto di collaborazione coordinata e continuativa), con specifica evidenza dei componenti variabili o legate alla produzione
		Art. 15 c. 2 d.lgs. n. 33/2013 Art. 53 c. 14 d.lgs. n. 165/2001		Tabelle relative agli elenchi dei collaboratori, dell'oggetto, durata e compenso dell'incarico e della Funzione pubblica
		Art. 53 c. 14 d.lgs. n. 165/2001		Attestazione dell'avvenuta verifica delle situazioni, anche potenziali, di conflitto di interessi

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Scientifico)	Art. 14 c.1 lett a) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013	<b>Incarichi amministrativi di vertice</b>	Per ciascun titolare
		Art. 41 c. 1 lett b) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con l'indicazione dell'incarico
		Art. 14 c.1 lett. c) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in un determinato modello europeo
		Art. 14 c.1 lett. d) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura derivanti dall'incarico (con specificazione delle componenti variabili o legittimate dalla legge) e risultati conseguiti
		Art. 14 c.1 lett. e) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio e di rappresentanza pubblici
		Art. 41, c. 1, lett f) e c. 1bis d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di incarichi pubblici o privati, e relativi compensi corrisposti
				Altri eventuali incarichi con oneri pubblici e indicazione dell'ente
				1) dichiarazione concernente i beni immobili e su beni mobili iscritti in pubblici registri, la titolarità di imprese, azioni, partecipazioni a società, incarichi di amministratore o di sindaco, l'apposizione della formula "sotto la mia responsabilità la dichiarazione corrisponde al vero", la dichiarazione corrisponde al vero, il coniuge non separato e i parenti fino al terzo grado ove gli stessi vi consentano (l'assunzione di responsabilità e l'evidenza del mancato consenso dell'assunzione)

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali amministrativi di vertice (Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo e Direttore Scientifico)	Art. 41, c. 1, lett f) e c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2 l. n. 441/1982	<b>Incarichi amministrativi di vertice</b>	2) copia dell'ultima dichiarazione all'imposta sui redditi delle persone fisiche, del soggetto, il coniuge non separato, il secondo grado, ove gli stessi abbiano eventualmente evidenza del reddito, è necessario limitare, con apposita dichiarazione dell'interessato o della famiglia, la pubblicazione dei dati
		Art. 41, c. 1, lett f) e c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013 Art. 3 l. n. 441/1982		3) attestazione concernente la situazione patrimoniale del soggetto, il coniuge non separato, il secondo grado, ove gli stessi abbiano eventualmente evidenza del reddito
		Art. 20, c. 3 d. lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di incompatibilità o inconferibilità
		Art. 14 c. 1ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli oneri a carico della famiglia

<b>Personale</b>	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)		<b>Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali (in tabelle con specifica delle funzioni)</b>	Per ciascun titolo
		Art. 14, c. 1, lett. a) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Atto di conferimento, con dell'inc
		Art. 14, c. 1, lett. b) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Curriculum vitae, redatto in c euro
		Art. 14, c. 1, lett. c) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura dell'incarico (con specifica componenti variabili o leg risult
		Art. 14, c. 1, lett. d) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio pubb
		Art. 14, c. 1, lett. e) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione c pubblici o privati, e relativi corris
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 1, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con pubblica e indicazione  1) dichiarazione concernente e su beni mobili iscritti in p imprese, azioni di società, società, esercizio di funzio sindaco di società, con l'app mio onore affermo che la di vero” [Per il soggetto, il con entro il secondo grado, ove dando eventualmente evide e riferita al momento dell'

Personale	Titolari di incarichi dirigenziali (dirigenti non generali)	Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982	<b>Incarichi dirigenziali, a qualsiasi titolo conferiti, ivi inclusi quelli conferiti discrezionalmente dall'organo di indirizzo politico senza procedure pubbliche di selezione e titolari di posizione organizzativa con funzioni dirigenziali</b>	2) copia dell'ultima dichiarazione all'imposta sui redditi delle persone fisiche, in cui, se il soggetto, il coniuge non separato e i parenti in linea retta di secondo grado, ove gli stessi presentino, a carico del richiedente, eventualmente evidenza del reddito necessario limitare, con apposita dichiarazione dell'interessato o della sua rappresentanza, la pubblicazione del
		Art. 14, c. 1, lett. f) e c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 3, l. n. 441/1982		3) attestazione concernente la situazione patrimoniale intervenuta e copia della dichiarazione del coniuge non separato e i parenti in linea retta di secondo grado, ove gli stessi vi consentano (eventuale evidenza del mancato
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza dell'inconferibilità d
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza dell'incompatibilità al confe
		Art. 14, c. 1-ter, secondo periodo, d.lgs. n. 33/2013		Ammontare complessivo degli oneri a carico della finanzia
		Art. 19, c. 1-bis, d.lgs. n. 165/2001	<b>Posti di funzione disponibili</b>	Numero e tipologia dei posti disponibili nella dotazione organica scelta
		Art. 1, c. 7 d.p.r. n. 108/2004	<b>Ruolo dei dirigenti</b>	Ruolo dei dirigenti

Personale	Dirigenti cessati	Art. 14, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	<b>Dirigenti cessati dal rapporto di lavoro</b>	Atto di nomina o di proclamazione
		Art. 14, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		
		Art. 14, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Compensi di qualsiasi natura
		Art. 14, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		Importi di viaggi di servizio
		Art. 14, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		Dati relativi all'assunzione di incarichi e compensi
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 2, c. 1, punto 2, l. n. 441/1982		Altri eventuali incarichi con oneri
		Art. 14, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013 Art. 4, l.n. 441/1982		1) copie delle dichiarazioni 2) copia della dichiarazione di incarico, entro un mese dalla scadenza della dichiarazione [Per il secondo grado, ove gli stessi non siano stati depositati del mancato consenso)] (NB: a cura dell'interessato o della amministrazione)
				3) dichiarazione concernente le dichiarazioni intervenute dopo l'ultima attestazione parenti entro il secondo grado eventualmente
	Sanzioni per mancata comunicazione dei dati	Art. 47, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Sanzioni per mancata o incompleta comunicazione dei dati da parte dei titolari di incarichi dirigenziali</b>	Provvedimenti sanzionatori a carico della comunicazione dei dati patrimoniale complessiva della carica, la titolarità di incarichi e tutti i compensi
	Posizioni organizzative	Art. 14, c. 1-quinquies, d.lgs. n. 33/2013	<b>Posizioni organizzative</b>	Curricula dei titolari di posizioni organizzative



<b>Personale</b>	Dotazione organica	Art. 16, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Conto annuale del personale</b>	Conto annuale del personale sostenute, nell'ambito del quale i dati relativi alla dotazione sono effettivamente in servizio e l'indicazione della distribuzione e aree professionali, con personale assegnato agli uffici con gli organi di indirizzo
		Art. 16, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Costo personale tempo indeterminato</b>	Costo complessivo del personale indeterminato in servizio e aree professionali, con particolare riferimento al personale assegnato agli uffici di direzione e organi di indirizzo
	Personale non a tempo indeterminato	Art. 17, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Personale non a tempo indeterminato</b>	Personale con rapporto di lavoro indeterminato, ivi compreso il personale di uffici di diretta collaborazione con gli organi politici
		Art. 17, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Costo del personale non a tempo indeterminato</b>	Costo complessivo del personale a tempo determinato e lavoro non a tempo indeterminato, con particolare riferimento al personale assegnato agli uffici di diretta collaborazione con gli organi politici
	Tassi di assenza	Art. 16, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	<b>Tassi di assenza trimestrali</b>	Tassi di assenza del personale a tempo determinato e livello dirigenziale
	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	<b>Incarichi conferiti e autorizzati ai dipendenti (dirigenti e non dirigenti)</b>	Elenco degli incarichi conferiti al personale dipendente (dirigente e non dirigente) e l'indicazione dell'oggetto, dell'incarico spettante per ogni organo

<b>Personale</b>	Contrattazione collettiva	Art. 21, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 47, c. 8, d.lgs. n. 165/2001	<b>Contrattazione collettiva</b>	Riferimenti necessari per la conclusione di accordi collettivi nazionali e regionali autentici
	Contrattazione integrativa	Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Contratti integrativi</b>	Contratti integrativi stipulati, con la finanziaria e quella illustrativa, e il controllo (collegio dei revisori sindacale, uffici centrali di bilancio) previsti dai rispettivi contratti
		Art. 21, c. 2, d.lgs. n. 33/2013 Art. 55, c. 4, d.lgs. n. 150/2009	<b>Costi contratti integrativi</b>	Specifiche informazioni sui costi dei contratti integrativi, certificate dagli enti, da trasmettere al Ministero dell'Economia che predispone, allo scopo, la relazione di rilevazione, d'intesa con la Presidenza del Consiglio dei Ministri, la funzione pubblica
	OIV	Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013	<b>OIV</b>	Nominativi
		Art. 10, c. 8, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		Curriculum
		Par. 14.2, deliber. CiVIT n. 12/2013		Compensi

<b>Bandi di concorso</b>		Art. 19 d.lgs. n. 33/2013	<b>Bandi di concorso</b>	Bandi di concorso per il reclutamento presso l'amministrazione Commissione
--------------------------	--	---------------------------	--------------------------	--

Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Par. 1, delib. CiVIT n. 104/2010	Sistema di misurazione e valutazione della Performance	Sistema di misurazione e valutazione della Performance
	Piano della Performance	Art. 10, c. 8, lett. b), d.lgs. n. 33/2013	Piano della Performance	Piano della Performance
	Relazione sulla Performance		Relazione sulla Performance	
	Ammontare complessivo dei premi	Art. 20, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	Ammontare complessivo dei premi	Ammontare complessivo dei premi
				Ammontare dei premi
	Dati relativi ai premi	Art. 20, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Dati relativi ai premi	Criteri definiti nei sistemi di performance per l'assegnazione dei premi
				Distribuzione del trattamento assicurativo e dare conto del livello di selezione dei premi
				Grado di differenziazione dell'assicurazione sia per la vita che per la non vita
	Sistemi di misurazione e valutazione della Performance			
	Sistemi di misurazione e valutazione della Performance			

Enti controllati	Enti pubblici vigilati	Art. 22, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013	Enti pubblici vigilati	Elenco degli enti pubblici vigilati e fini dell'attività amministrativa svolta dall'amministrazione
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		
				2) numero di organi di governo a ciascuno
				4) onere di gestione dell'attività amministrativa
				5) numero di organi di governo a ciascuno
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		6) risultati conseguiti
				7) incarichi e trattamento riservato
				Dichiarazioni di interesse
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazioni di incompatibilità			
Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Collegamenti			

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 quote di partecipazione anche minoritaria, con indicazione dell'entità, delle funzioni attribuite e delle attività svolte dall'amministrazione o delle attività di servizio svolte per conto ad esclusione delle società partecipate da amministrazioni pubbliche, con azioni quotate in mercati regolamentati di altri paesi dell'Unione europea, e loro codici di identificazione (ex art. 22, c. 6, d.lgs. n. 33/2013)
				Per ciascuna delle società:
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		1) ragione sociale
				2) misura dell'eventuale partecipazione dell'amministrazione
				3) durata dell'impegno
				4) onere complessivo a qualsiasi titolo gravante sul bilancio dell'amministrazione
				5) numero dei rappresentanti dell'amministrazione e trattamento economico complessivo a loro spettante
				6) risultati di bilancio degli ultimi tre esercizi
				7) incarichi di amministratore della società e relativi trattamenti economici complessivi
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza di una delle incompatibilità dell'incarico
Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013	Dichiarazione sulla insussistenza di una delle incompatibilità dell'incarico			

Enti controllati	Società partecipate	Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	Società partecipate	Collegamento con i siti istituzionali partecipate
		Art. 22, c. 1, lett d-bis, d.lgs. n. 33/2013	Provvedimenti	Provvedimenti in materia di costituzione, partecipazione pubblica, acquisto o cessione di società già costituite, gestione delle partecipazioni pubbliche, alienazione di partecipazioni pubbliche, quotazione di società a controllo pubblico, regolamentati e razionalizzazione delle partecipazioni pubbliche, previsti dall'articolo 18 del decreto legislativo adottato ai sensi dell'articolo 18 del decreto legislativo 2015, n. 124 (art. 20 d.lgs. n. 33/2013)
		Art. 19, c. 7, d.lgs. n. 175/2016		Provvedimenti con cui le amministrazioni pubbliche fissano obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento, delle società per il personale, delle società partecipate
				Provvedimenti con cui le società a partecipazione pubblica garantiscono il concreto perseguimento degli obiettivi specifici, annuali e pluriennali, sul complesso delle spese di funzionamento

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 pubblico dell'amministrazione, con l'elenco delle attività svolte in favore dell'amministrazione
				Per
				1)
				2) misura dell'eventuale
				3) c
		Art. 22, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		4) onere complessivo a carico dell'amministrazione
				5) numero dei rappresentanti del governo e trattamento economico
				6) risultati di bilancio
				7) incarichi di amministratori
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza
		Art. 20, c. 3, d.lgs. n. 39/2013		Dichiarazione sulla insussistenza delle conferme
		Art. 22, c. 3, d.lgs. n. 33/2013		Collegamento con i siti istituzionali
	Rappresentazioni e grafica	Art. 22, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013	Rappresentazione grafica	Una o più rappresentazioni dell'amministrazione e gli enti pubblici di diritto

Attività e procedimenti	Tipologie di procedimento	Tipologie di procedimento	Per ciascuna
			1) breve descrizione del proc
			2) unità organizz
			3) l'ufficio del procedimento, u di posta
			4) ove diverso, l'ufficio compe con l'indicazione del nome rispettivi recapiti telefonici e
			5) modalità con le quali gli in relative ai proced
			6) termine fissato in sede di c conclusione con l'adozione termine p
			7) procedimenti per i quali i essere sostituito da una procedimento può c del
			8) strumenti di tutela ammini legge in favore dell'interess del provvedimento finale ovv oltre il termine predeterminato
			9) link di accesso al servizi tempi prev



<b>Attività e procedimenti</b>	Tipologie di procedimento	Art. 35, c. 1, lett. l), d.lgs. n. 33/2013	<b>Tipologie di procedimento</b>	10) modalità per l'effettuazione dei versamenti con i codici IBAN identificativi del versamento e imputazione del versamento in conto corrente, possono effettuare i pagamenti, ovvero gli identificativi del conto corrente in cui i versamenti possono effettuare i versamenti, nonché i codici identificativi dei conti correnti per i versamenti
		Art. 35, c. 1, lett. m), d.lgs. n. 33/2013		11) nome del soggetto cui sono destinati i recapiti sostitutivo, nonché modalità di recapito, nonché recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica
				<b>Per i procedimenti di cui all'art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013</b>
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		1) atti e documenti da allegare ai procedimenti, compresi i fac-simili e i documenti informatici
		Art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		2) uffici ai quali rivolgersi per i procedimenti, nonché indicazione degli indirizzi, recapiti telefonici e delle caselle di posta elettronica istituzionale
	Dichiarazioni sostitutive e acquisizione d'ufficio dei dati	Art. 35, c. 3, d.lgs. n. 33/2013	<b>Recapiti dell'ufficio responsabile</b>	Recapiti telefonici e casella di posta elettronica del responsabile per le attività di acquisizione, trasmissione dei dati o l'archiviazione delle amministrazioni procedenti, nonché recapiti telefonici e casella di posta elettronica per lo svolgimento dei compiti di cui all'art. 35, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013

<b>Provvedimenti</b>	Provvedimenti organi indirizzo politico	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16 della l. n. 190/2012	<b>Provvedimenti organi indirizzo politico</b>	Elenco dei provvedimenti, con i contenuti finali dei procedimenti di: scelta fornitori e servizi, anche con procedura prescelta; accordi stipulati dall'ente e altre amministrazioni
	Provvedimenti dirigenti amministrativi	Art. 23, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 1, c. 16 della l.n. 190/2012	<b>Provvedimenti dirigenti amministrativi</b>	Elenco dei provvedimenti, con i contenuti finali dei procedimenti di: scelta fornitori e servizi, anche con procedura prescelta; accordi stipulati dall'ente e altre amministrazioni

Nella Sezione "Profilo del committente" è stata inserita la voce "Pubblicazione dati in materia di responsabilità amministrativa del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/0438502 del 13/06/2017 dell'OIV-SSR (pubblicazione annuale)

<b>bandi di gara e contratti</b>	Informazioni sulle singole procedure in formato tabellare	Art. 4 delib. ANAC n. 39/2016	<b>Dati previsti dall'articolo 1, comma 32, della legge 6 novembre 2012, n. 190</b> <b>Informazioni sulle singole procedure</b>	Codice Identificativo
		Art. 1, C. 32, L. N. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. ANAC n. 39/2016		Struttura proponente, Oggetto del contratto, Elenco degli offerenti/Numero di offerte/procedimento, Aggiudicatario, Tempi di completamento dell'opera, Importo delle somme
		Art. 1, C. 32, L. N. 190/2012 Art. 37, c. 1, lett. a) d.lgs. n. 33/2013 Art. 4 delib. ANAC n. 39/2016		Tabelle riassuntive rese liberamente disponibili in formato digitale standard aperto con i dati dell'anno precedente (nello specifico: struttura proponente, scelta del contraente, procedura, elenco degli operatori invitati, offerenti che hanno partecipato, aggiudicatario, importo complessivo dell'opera se non sono state pagate le somme
	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1, lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Artt. 21, c. 7 e 29 c. 1 d.lgs. n. 50/2016	<b>Atti relativi alla programmazione di lavori, opere, servizi e forniture</b>	Programma biennale dei lavori, programma triennale di manutenzione e aggiornamento

bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura			Per ciascuno
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	<b>Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016</b>	<b>Avvisi di preinformazione</b> Avvisi di preinformazione (art. 50/2016); Bandi ed avvisi di preinformazione
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		<b>Delibera a contrarre</b> (per tutte le)
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		<b>Avvisi</b> Avviso (art. 19 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Avviso di indagini di mercato (art. 36 c. 9 d.lgs. n. 50/2016); Linee Guida ANAC); Avviso di formazione elettorale (art. 36 c. 9 d.lgs. n. 50/2016); pubblicazione elenco (art. 36 c. 9 d.lgs. n. 50/2016); Guida ANAC); Bandi e avvisi (art. 36 c. 9 d.lgs. n. 50/2016); Bandi e avvisi (art. 73 c. 1 e 4 d.lgs. n. 50/2016); Bandi e avvisi (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Avviso periodico indicativo (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Avviso relativo all'esito della procedura (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Pubblicazione a livello nazionale (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Bando di concorso (art. 153 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Avviso di aggiudicazione (art. 153 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Bando di concessione, invito di gara (art. 171 c. 1 e 5 d.lgs. n. 50/2016); Avviso in merito alla modifica dei criteri, Bando di concessione (art. 171 c. 1 e 5 d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 183 c. 2 d.lgs. n. 50/2016); Avviso costituzione del privato (art. 183 c. 2 d.lgs. n. 50/2016); Bando di gara (art. 188 c. 3 d.lgs. n. 50/2016);
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		<b>Avviso sui risultati della</b> Avviso sui risultati della procedura (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); indicazione dei soggetti invitati (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); Bando di concorso e avviso su (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); d.lgs. n. 50/2016); Avvisi relativi l'esito della procedura (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); raggruppati su base trimestrale (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016); 50/2016); Elenchi dei verbali delle commesse (art. 127 c. 1 d.lgs. n. 50/2016);

bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	<b>Atti relativi alle procedure per l'affidamento di appalti pubblici di servizi, forniture, lavori e opere, di concorsi pubblici di progettazione, di concorsi di idee e di concessioni. Compresi quelli tra enti nell'ambito del settore pubblico di cui all'art. 5 del d.lgs. n. 50/2016</b>	<b>Avvisi sistema di c</b> Avviso sull'esistenza di un sis cui all'Allegato XIV, parte II, let Bandi, avviso periodico indicat Avviso sull'esistenza di un sist Avviso di aggiudicazione (art. 50/2016)
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		<b>Affidam</b> Gli atti relativi agli affidament forniture di somma urgenza e specifiche dell'affidatario, dell delle motivazioni che non ha alle procedure ordinarie (a 50/201 tutti gli atti connessi agli affida open data di appalti pubblici e tra enti (art. 192 c. 3 c
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016		<b>Informazioni</b> Contributi e resoconti degli interessi unitamente ai prog opere e ai documenti pre appaltante (art. 22 c. 1 d.lgs. n. Informazioni ulteriori, comp rispetto a quelle previste dal C Elenco ufficiali operatori econ n. 50/2016)

bandi di gara e contratti	Atti delle amministrazioni aggiudicatrici e degli enti aggiudicatori distintamente per ogni procedura	Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	<b>Provvedimento che determina le esclusioni dalla procedura di affidamento e le ammissioni all'esito delle valutazioni dei requisiti soggettivi, economico-finanziari e tecnico.-professionali</b>	Provvedimenti di esclusione (entro 2 giorni d
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	<b>Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti</b>	Composizione della commissione giudicatrice e i curricula dei suoi componenti
		Art. 1, c. 505 l. 208/2015 disposizione speciale rispetto all'art. 21 del d.lgs. n. 50/2016	<b>Contratti</b>	Testo integrale di tutti i contratti di servizi di importo superiore a un milione di euro in esecuzione biennale e successivo
		Art. 37, c. 1 lett. b) d.lgs. n. 33/2013 Art. 29, c. 1 d.lgs. n. 50/2016	<b>Resoconti della gestione finanziaria dei contratti al termine della loro esecuzione</b>	Resoconti della gestione finanziaria al termine della loro esecuzione

<b>Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici</b>	<b>Criteri e modalità</b>	Art. 26, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Criteri e modalità</b>	Atti con i quali sono determinati i criteri e le modalità a cui devono attenersi per la concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e l'attribuzione di vantaggi economici a persone ed enti pubblici e privati di cui all'art. 26 del d.lgs. n. 33/2013
	Atti di concessione	Art. 26, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	Atti di concessione	Atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e di vantaggi economici a imprese e a persone ed enti pubblici e privati di cui all'art. 26 del d.lgs. n. 33/2013
				Per ciascuna delle categorie di beneficiari di cui all'art. 26 del d.lgs. n. 33/2013
		Art. 27, c. 1, lett. a), d.lgs. n. 33/2013		1) nome dell'impresa o dell'ente e i rispettivi dati anagrafici del soggetto beneficiario
		Art. 27, c. 1, lett. b), d.lgs. n. 33/2013		2) importo del vantaggio economico
		Art. 27, c. 1, lett. c), d.lgs. n. 33/2013		3) norma o titolo a base del vantaggio economico
		Art. 27, c. 1, lett. d), d.lgs. n. 33/2013		4) ufficio e funzionario o dirigente responsabile dell'amministrazione
		Art. 27, c. 1, lett. e), d.lgs. n. 33/2013		5) modalità seguita per l'individuazione del beneficiario
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		6) link al progetto di cui al d.lgs. n. 33/2013
		Art. 27, c. 1, lett. f), d.lgs. n. 33/2013		7) link al curriculum vitae del beneficiario
		Art. 27, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Elenco (in formato tabellare aperto) dei beneficiari della concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e di attribuzione di vantaggi economici a imprese e a persone ed enti pubblici e privati di cui all'art. 26 del d.lgs. n. 33/2013

<b>Bilanci</b>	Bilancio preventivo e consuntivo	Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	<b>Bilancio preventivo</b>	Documenti e allegati del bilancio preventivo relativi al bilancio di previsione di ciascuna struttura, in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con opportune rappresentazioni grafiche
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei servizi, in formato tabellare aperto in modo da consentire il trattamento e il riutilizzo
		Art. 29, c. 1, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.p.c.m. 26 aprile 2011	<b>Bilancio consuntivo</b>	Documenti e allegati del bilancio consuntivo, in forma sintetica, aggregata e semplificata, anche con opportune rappresentazioni grafiche
		Art. 29, c. 1-bis, d.lgs. n. 33/2013 d.p.c.m. 29 aprile 2016		Dati relativi alle entrate e alla spesa dei servizi, in formato tabellare aperto in modo da consentire il trattamento e il riutilizzo
	Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio	Art. 29, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Piano degli indicatori e dei risultati attesi di bilancio</b>	Piano degli indicatori e risultati attesi di bilancio, con l'integrazione delle risultanze osservate, per il raggiungimento dei risultati attesi e la verifica degli eventuali scostamenti e gli aggiornamenti del piano, ad ogni nuovo esercizio di bilancio, sia tramite l'aggiunta di nuovi obiettivi e indicatori, sia attraverso la modifica dei valori obiettivo e la soppressione di obiettivi, oppure oggetto di ripianificazioni

<b>Beni immobili e gestione patrimonio</b>	Patrimonio immobiliare	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	<b>Patrimonio immobiliare</b>	Informazioni identificative e determinate
	Canoni di locazione o affitto	Art. 30, d.lgs. n. 33/2013	<b>Canoni di locazione o affitto</b>	Canoni di locazione o di
<b>Controlli e rilievi sull'amministrazione</b>	Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe	Art. 31, d.lgs. n. 33/2013	<b>Atti degli Organismi indipendenti di valutazione, nuclei di valutazione o altri organismi con funzioni analoghe</b>	Attestazione dell'OIV o o nell'assolvimento degli o
				Documento dell'OIV di va sulla Performance (art. 150/2
				Relazione dell'OIV sul fun del Sistema di valutazione dei controlli interni (art. 150/2
	Organi di revisione amministrativa e contabile		<b>Relazioni degli organi di revisione amministrativa e contabile</b>	Relazioni degli organi di r contabile al bilancio di p relative variazioni e al con esero
	Corte dei conti		<b>Rilievi Corte dei conti</b>	Tutti i rilievi della Corte recepiti riguardanti l'organ amministrazioni ste



<b>Servizi erogati</b>	Carta dei servizi e standard di qualità	Art. 32, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Carta dei servizi e standard di qualità</b>	Carta dei servizi o documenti
	Class action	Art. 1 c. 2 d.lgs. n. 198/2009	<b>Class action</b>	Notizia del ricorso in giudizio giuridicamente rilevante per le amministrazioni e dei comuni per ripristinare il corretto servizio erogato
		Art. 4 c. 2 d.lgs. n. 198/2009		Sentenza
		Art. 4 c. 6 d.lgs. n. 198/2009		Misure adottate
	Costi contabilizzati	Art. 32, c. 2, lett. a), d.lgs. n. 33/2013 Art. 10, c. 5, d.lgs. n. 33/2013	<b>Costi contabilizzati</b>	Costi contabilizzati dei servizi intermedi e il
	Liste di attesa	Art. 41, c. 6, d.lgs. n. 33/2013	<b>Liste di attesa</b>	Criteri di formazione delle liste dei tempi medi effettivi di attesa
	Servizi in rete	Art. 7 c. 3 d.lgs. n. 82/2005 modificato dall'art. 8 c. 1 d.lgs. n. 179/2016	<b>Risultati delle indagini sulla soddisfazione da parte degli utenti rispetto alla qualità dei servizi in rete e statistiche di utilizzo dei servizi in rete</b>	Risultati delle rilevazioni relative al servizio rispetto alla qualità dei servizi in rete di fruibilità, accessibilità

<b>Pagamenti dell'amministrazione</b>	Dati sui pagamenti	Art. 4-bis c. 2 d.lgs. n. 33/2013	<b>Dati sui pagamenti</b>	Dati sui propri pagamenti in all'ambito tempo
	Dati sui pagamenti del servizio sanitario nazionale	Art. 41 c. 1-bis d.lgs. n. 33/2013	<b>Dati sui pagamenti in forma sintetica e aggregata</b>	Dati relativi a tutte le spese di tipologia di lavoro, bene o servizio sostenuta, all'ambito t
	Indicatore di tempestività dei pagamenti	Art. 33, d.lgs. n. 33/2013	<b>Indicatore di tempestività dei pagamenti</b>	Indicatore dei tempi medi di esecuzione dei servizi, prestazioni profes tempe
			<b>Ammontare complessivo dei debiti</b>	Indicatore trimestr  Ammontare complessivo d
	IBAN e pagamenti informatici	Art. 36, d.lgs. n. 33/2013 Art. 5, c. 1, d.lgs. n. 82/2005	<b>IBAN e pagamenti informatici</b>	Nelle richieste di pagamen pagamento, ovvero di in tramite i quali i soggetti mediante bonifico bancario o postale sul qual corrente postale sul qual pagamenti mediante bollett pagamento da indicar

<b>Opere pubbliche</b>	Nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici	Art. 38, c. 1, d.lgs. n. 33/2013	<b>Informazioni relative ai nuclei di valutazione e verifica degli investimenti pubblici (art. 1 l.n. 144/1999)</b>	Informazioni relative ai nuclei di investimenti pubblici, incluse le fasi essi attribuiti, le procedure e i componenti e i loro nominati amministrazioni ce
	Atti di programmazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2 e 2 bis, d.lgs. n. 33/2013 Art. 21, c. 7, d.lgs. n. 50/2016 Art. 29 d.lgs. n. 50/2016	<b>Atti di programmazione delle opere pubbliche</b>	Atti di programmazione A titolo esem Programma triennale dei lav aggiornamenti annuali, ai ser
	Tempi costi e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche	Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013	<b>Tempi, costi unitari e indicatori di realizzazione delle opere pubbliche in corso o completate</b>	Informazioni relative ai tempi e delle opere pubbliche i
		Art. 38, c. 2, d.lgs. n. 33/2013		Informazioni relative ai costi unit pubbliche in cors

<b>Pianificazione del Territorio</b>		Art. 39 c. 1 lett. a) d.lgs. n. 33/2013	<b>Pianificazione e governo del territorio</b>	Atti di governo del territorio, strumenti paesistici, strumenti
		Art. 39 c. 2 d.lgs. n. 33/2013		Documentazione relativa alle proposte di trasformazione urbanistica, trasformazione urbanistica, piano urbanistico generale vigenti, privati alla realizzazione
<b>Informazioni ambientali</b>		Art. 40 c. 2 d.lgs. n. 33/2013	<b>Informazioni ambientali</b>	Informazioni ambientali
			<b>Stato dell'ambiente</b>	1) Stato degli elementi naturali, compresi gli elementi costitutivi, con
			<b>Fattori inquinanti</b>	2) Fattori quali le sostanze radioattive, le emissioni
			<b>Misure incidenti sull'ambiente e relative analisi di impatto</b>	3) Misure, anche attraverso programmi, gli accordi e le attività che incidono sui costi-benefici ed a
			<b>Misure a protezione dell'ambiente e relative analisi di impatto</b>	4) Misure o attività finalizzate ad altre analisi
			<b>Relazioni sull'attuazione della legislazione</b>	5) Relazioni
			<b>Stato della salute e della sicurezza umana</b>	6) Stato della salute e della alimentazione, le condizioni culturali, per quanto
			<b>Relazione sullo stato dell'ambiente del Ministero dell'Ambiente e della tutela del territorio</b>	Relazione sullo stato

<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>		Art. 41 c. 4 d.lgs. n. 33/2013	<b>Strutture sanitarie private accreditate</b>	Elenco del
				Accordi inte
<b>Interventi straordinari di emergenza</b>		Art. 42 c. 1 lett a) d.lgs. n. 33/2013	<b>Interventi straordinari e di emergenza</b>	Provvedimenti ad emergenza che con l'indicazione espress dei motivi della de ammin
		Art. 42 c. 1 lett b) d.lgs. n. 33/2013		Termini temporali e adozie
		Art. 42 c. 1 lett c) d.lgs. n. 33/2013		Costo previsto
<b>Altri contenuti</b>	<b>Prevenzione della corruzione</b>	Art. 10 c. 8 lett a) d.lgs. n. 33/2013	<b>Piano triennale per la prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	Piano triennale per la suoi allegati, le mis
		Art. 1 c. 8 l. n. 190/2012 Art. 43 c. 1 d.lgs. n. 33/2013	<b>Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	Responsabile della p
			<b>Regolamenti per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità</b>	Regolamenti per la d
		Art. 1 c. 14 l. n. 190/2012	<b>Relazione del responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza</b>	Relazione del respons risultati dell'attiv
		Art. 1 c. 3 l. n. 190/2012	<b>Provvedimenti adottati dall'ANAC ed atti di adeguamento a tali provvedimenti</b>	Provvedimenti ac provvedimenti in m
		Art. 18 c. 5 d.lgs. n. 39/2013	<b>Atti di accertamento delle violazioni</b>	Atti di accertamento

Altri contenuti	Accesso civico	Art. 5 c. 1 d.lgs. n. 33/2013 Art. 2 c. 9bis l. n. 241/90	<b>Accesso civico “semplice” concernente dati, documenti e informazioni soggetti a pubblicazione obbligatoria</b>	Nome del responsabile della trasparenza cui è presentata la richiesta, nonché modalità per l’esercizio di tale diritto, telefonici e delle caselle di posta elettronica del titolare del potere sostitutivo in caso di assenza o di impedimento, con indicazione dell’indirizzo elettronico
		Art. 5 c. 2 d.lgs. n. 33/2013	<b>Accesso civico “generalizzato” concernente dati e documenti ulteriori</b>	Nomi uffici competenti cui è presentata la richiesta, nonché modalità per l’esercizio di tale diritto, telefonici e delle caselle di posta elettronica
		Linee Guida ANAC FOIA (del. 1309/2016)	<b>Registro degli accessi</b>	Elenco delle richieste di accesso, con indicazione dell’oggetto e dell’esito con cui sono state risolte
Altri contenuti	Accessibilità e Catalogo di dati, metadati e banche dati	Art. 53 c. 1bis d.lgs. 82/2005 modificato dall’art. 43 del d.lgs. n. 179/2016	<b>Catalogo di dati, metadati e delle banche dati</b>	Catalogo dei dati, dei metadati e delle banche dati in possesso delle amministrazioni, con Repertorio nazionale dei dati e delle banche dati della PA e delle banche dati basidati.agid.gov.it
		Art. 53 c. 1bis d.lgs. 82/2005	<b>Regolamento</b>	Regolamenti che disciplinano l’accesso telematico e il riutilizzo dei dati
		Art. 9 c. 7 d.l. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. 17 dicembre 2012, n. 221	<b>Obiettivi di accessibilità</b>	Obiettivi di accessibilità dei siti web per l’anno corrente (entro il 31 marzo) del “piano per l’utilizzo del sito web”
Altri contenuti	Dati ulteriori	Art. 7bis c. 3 Art. 1 c.9 lett. f) l.n. 190/2012	<b>Dati ulteriori</b>	Dati, informazioni e documenti che non hanno l’obbligo di pubblicazione ma non sono riconducibili a dati, informazioni e documenti di cui è prevista la pubblicazione obbligatoria