



FRONTESPIZIO DELIBERAZIONE

AOO: DA

REGISTRO: Deliberazione

NUMERO: 0000128

DATA: 29/04/2022 13:47

OGGETTO: Approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2022-2024

SOTTOSCRITTO DIGITALMENTE DA:

Il presente atto è stato firmato digitalmente da Campagna Anselmo in qualità di Direttore Generale
In assenza di Viceconti Marco - Direttore Scientifico
Con il parere favorevole di Damen Viola - Direttore Sanitario
Con il parere favorevole di Cilione Giampiero - Direttore Amministrativo

Su proposta di Sveva Borin - Direzione Sanitaria che esprime parere favorevole in ordine ai contenuti sostanziali, formali e di legittimità del presente atto

CLASSIFICAZIONI:

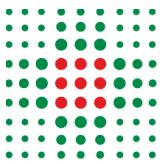
- [06-02]

DESTINATARI:

- Collegio sindacale
- Dipartimento Rizzoli - Sicilia
- Dipartimento Rizzoli RIT Research, Innovation Technology
- Dipartimento Patologie Complesse
- Dipartimento Patologie Specialistiche
- Clinical Trial Center
- Formazione
- Patrimonio ed Attività Tecniche
- Affari Legali e Generali
- RS Direzione Sanitaria
- RS Direzione Amministrativa
- Marketing Sociale
- Comunicazione e Relazione con i Media
- Uff. Libera Professione
- SAITER - Servizio di Assistenza Infermieristica, Tecnica e Riabilitazione
- Direzione Scientifica
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Giuridica del Personale - SUMAGP (SC)



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.



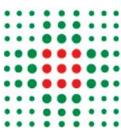
- Servizio Unico Metropolitano Amministrazione Economica del Personale - SUMAEP (SC)
- Servizio Unico Metropolitano Economato (SUME)
- Servizio Unico Metropolitano Contabilita' e Finanza (SUMCF)
- Direzione Sanitaria
- Direzione Amministrativa
- Direzione Generale
- Amministrazione della Ricerca
- Relazioni Sindacali
- Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Farmacia
- Programmazione, Controllo e Sistemi di Valutazione

DOCUMENTI:

File	Firmato digitalmente da	Hash
DELI0000128_2022_delibera_firmata.pdf	Borin Sveva; Campagna Anselmo; Cilione Giampiero; Damen Viola	6A794B659F073370A0FB330CFAB097C20 2B6FF2CFA919392E68DA53ECEB527C4
DELI0000128_2022_Allegato1.pdf:		376123577BD34E4A0B2B36564B985D9AA DC55F7D8AD792BDB6879CA3E50B95BD



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



DELIBERAZIONE

OGGETTO: Approvazione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2022-2024

IL DIRETTORE GENERALE

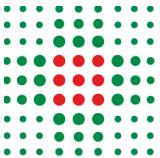
Richiamata la normativa in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza, in particolare:

- Legge 6 novembre 2012 n. 190 “*Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione*” e s.m.i;
- Decreto Legislativo 18 aprile 2016 n. 50: “*Attuazione delle direttive 2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE sull'aggiudicazione dei contratti di concessione, sugli appalti pubblici e sulle procedure di appalto degli enti erogatori nei settori dell'acqua, dell'energia, dei trasporti e dei servizi postali, nonché per il riordino della disciplina vigente in materia di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture*”, c.d. Codice dei contratti pubblici;
- Decreto Legislativo 25 maggio 2016 n. 97: “*Revisione e semplificazione delle disposizioni in materia di prevenzione della corruzione, pubblicità e trasparenza, correttivo della legge 6 novembre 2012, n. 190 e del decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33, ai sensi dell'articolo 7 della legge 7 agosto 2015, n. 124, in materia di riorganizzazione delle amministrazioni pubbliche*”;
- Decreto Legislativo 19 aprile 2017 n. 56: “*Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50*”;
- Legge regionale Emilia-Romagna 1 giugno 2017 n. 9 “*Fusione dell'Azienda Unità Sanitaria Locale di Reggio Emilia e dell'Azienda Ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova”. Altre disposizioni di adeguamento degli assetti organizzativi in materia sanitaria*”;
- Legge 30 novembre 2017 n. 179: “*Disposizioni per la tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza nell'ambito di un rapporto di lavoro pubblico o privato*”;
- Decreto-Legge 9 giugno 2021, n. 80 convertito con modificazioni dalla L. 6 agosto 2021, n. 113 – “Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia”, in particolare l'art. 6 “Piano integrato di attività e organizzazione”.

Richiamate le seguenti deliberazioni IOR in materia:

- n. 218/2021 recante “Individuazione e nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza. Decorrenza 1 luglio 2021” con la quale, conformemente a quanto prescritto dalla normativa vigente, la Dott.ssa Sveva Borin è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza dell'Istituto Ortopedico Rizzoli a far data dal 1° luglio 2021;
- n. 90/2021 di approvazione del Piano Triennale per la Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (PTPCT) dell'Istituto Ortopedico Rizzoli 2021-2023.

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



- Deliberazione n. 469 del 9 giugno 2021: "Schema di Linee guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54-bis del d.lgs. 165/2001 (c.d. *whistleblowing*)";
- Deliberazione n. 177 del 19 febbraio 2020: "Linee Guida in materia di Codici di comportamento delle Amministrazioni Pubbliche";
- Deliberazione n. 1064 del 13 novembre 2019: "Approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019";
- Deliberazione n. 1310 del 28 dicembre 2016: "Prime linee guida recanti indicazioni sull'attuazione degli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni contenute nel d.lgs. n. 33/2013 come modificato dal d.lgs. n. 97/2016";
- Determinazione n. 831 del 3 agosto 2016: "Piano Nazionale Anticorruzione 2016", in particolare l'approfondimento "Sanità";
- Determinazione n. 12 del 28 ottobre 2015: "Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione", in particolare l'approfondimento "Sanità".

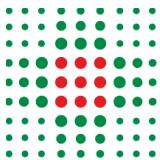
Atteso che l'art. 1 comma 8 della sopra richiamata legge 190/2012 prevede che il Piano Triennale di prevenzione della corruzione e della trasparenza venga adottato dall'organo di indirizzo su proposta del Responsabile della prevenzione della corruzione e della trasparenza entro il 31 gennaio di ogni anno;

Dato atto che il citato D.L. n. 80/2021, convertito in legge n. 113/2021, così come modificato dal D.L. n. 228 /2021, ha previsto in merito al Piano Integrato Attività e Organizzazione (PIAO):

- che una sezione sia dedicata alla trasparenza dei risultati dell'attività e dell'organizzazione amministrativa e al contrasto della corruzione (art. 6 comma 2 lett. d)) e che, in sede di prima applicazione, il Piano venga adottato entro il 30 aprile 2022 (art. 6 comma 6 bis);
- che, entro il 31 marzo 2022, con uno o più decreti del Presidente della Repubblica saranno individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti dal PIAO e con decreto del Ministro per la Pubblica Amministrazione sarà adottato un Piano tipo, quale strumento di supporto alle amministrazioni.

Preso atto della deliberazione dell'ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022 con la quale è stato disposto il differimento al 30 aprile 2022 del termine per l'adozione del Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022-2024 inserito all'interno del PIAO, ciò al fine di consentire ai responsabili della Prevenzione di svolgere le attività necessarie per predisporlo, tenendo conto anche del perdurare dello stato di emergenza sanitaria;

Verificato che la proposta di aggiornamento al PTPCT 2022-2024 è stata predisposta dal Responsabile della Prevenzione Corruzione e Trasparenza IOR tenendo conto delle modifiche del quadro normativo, delle determinazioni ANAC sopra citate, degli orientamenti assunti in sede di "Tavolo Regionale per il coordinamento delle misure in materia di Trasparenza e prevenzione della corruzione delle aziende e degli enti del Servizio Sanitario Regionale" attivato dalla Regione Emilia-Romagna e di "Tavolo Permanente di Prevenzione della Corruzione AVEC" attivato dai direttori generali delle aziende sanitarie delle provincie di Bologna e Ferrara nel corso del 2013;



Rilevato che per la proposta di aggiornamento del PTPCT 2022-2024 è stata seguita una procedura di consultazione pubblica aperta, mediante invito a presentare proposte e suggerimenti, pubblicata sul sito internet aziendale per consentire agli *stakeholders* esterni ed interni la più ampia possibilità di partecipazione, così come richiesto dalla normativa vigente e che, al termine del periodo di consultazione, non sono pervenute all'Istituto proposte di aggiornamento o integrazione;

Precisato che, conformemente alle nuove disposizioni normative e in osservanza alle indicazioni che verranno fornite con gli emanandi decreti attuativi, i contenuti del presente PTPCT saranno integrati nel PIAO

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) 2022-2024 dell’Istituto Ortopedico Rizzoli” allegato al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale dello stesso e quale aggiornamento al PTPCT 2021-2023;
2. Di dare atto che il PTPCT 2022-2024 vale per tutte le sedi operative dell’Istituto Ortopedico Rizzoli: Via Pupilli 1 e Via di Barbiano 1/10, Bologna; Presidio Ospedaliero di Bentivoglio (BO); Argenta (FE), Ospedale Mazzolani Vandini, Via Nazionale Ponente n. 5; Dipartimento Rizzoli Sicilia presso Villa S. Teresa di Bagheria SS 13 al Km 246 (PA); Palermo Via Divisi n. 83;
3. Di individuare, con il presente provvedimento, specifiche responsabilità in capo ai Dirigenti delle strutture aziendali ai quali sono riconducibili azioni finalizzate all’assolvimento degli obblighi di prevenzione della corruzione e di pubblicazione stabiliti dalla normativa vigente, come indicati nel PTPCT stesso;
4. Di prevedere la declinazione nel Piano della Performance aziendale degli obblighi derivanti dall’applicazione del PTPCT 2022-2024 di cui al punto 3);
5. Di disporre che il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza provveda tempestivamente a trasmettere il PTPCT 2022-2024 a tutti gli organi, organismi e 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 dichiarare il presente provvedimento immediatamente esecutivo.

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

**PIANO TRIENNALE DI PREVENZIONE DELLA
CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA DELL'ISTITUTO
ORTOPEDICORIZZOLI
2022-2024**

Sommario

PREMESSA.....	5
Nozione di corruzione.....	6
Obiettivi del Piano	7
1. QUADRO NORMATIVO	8
2. COORDINAMENTO TRA PTPCT E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE	10
3. PROCESSO DI GESTIONE DEL RISCHIO: METODOLOGIA E SOGGETTI AZIENDALI COINVOLTI	11
3.1. Metodologia	11
3.1.1. Analisi del contesto	12
3.1.2. Valutazione del rischio.....	12
3.1.3. Trattamento del rischio	12
3.1.4. Monitoraggio e riesame	12
3.2. Soggetti aziendali coinvolti.....	14
4. ANALISI DEL CONTESTO.....	18
4.1. Contesto esterno	18
4.2. Contesto interno.....	32
4.2.1. Assetto istituzionale e organizzativo dell’Istituto Ortopedico Rizzoli	32
4.2.2. Mappatura dei processi.....	37
5. IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO	39
6. INDIVIDUAZIONE E PROGETTAZIONE DELLE MISURE PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO ...	42
6.1. Misure Generali	42
6.1.1. Codice di Comportamento	42
6.1.2. Disciplina del conflitto di interessi: dichiarazioni e obblighi di astensione	45
6.1.3. Rotazione ordinaria del personale	48
6.1.4. Rotazione straordinaria del personale	49
6.1.5. Formazione di commissioni, assegnazioni agli uffici, conferimento di incarichi dirigenziali in caso di condanna penale per delitti contro la pubblica amministrazione	50
6.1.6. Conferimento incarichi extra-istituzionali	51
6.1.7. Attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro: divieti <i>post – employment</i> (cd. <i>pantoufage</i> o <i>revolving doors</i>)	52
6.1.8. Inconferibilità di incarichi dirigenziali e incompatibilità.....	53
6.1.9. Tutela del <i>whistleblower</i>	54
6.1.10. Formazione	56
6.1.11. Patti di integrità	57

6.1.12. Trasparenza	58
6.2. Misure Specifiche	66
7. MONITORAGGIO SUL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO	67
8. PUBBLICITA' DEL PIANO PER LA PREVENZIONE DELLA CORRUZIONE E DELLA TRASPARENZA	70
SEZIONE TRASPARENZA.....	71
PREMESSA.....	71
1. LA NOZIONE DI TRASPARENZA	72
2. TRASPARENZA E PRIVACY	72
2.1. Deposito e pubblicazione dei dati relativi alla situazione patrimoniale e reddituale dei dirigenti.	74
3. RESPONSABILE PER LA TRASPARENZA E SOGGETTI COINVOLTI NELL'ATTUAZIONE	75
4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE	77
5. AGGIORNAMENTO 2022 – 2024 – NUOVI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E PROSSIMI OBIETTIVI	78
6. DATI DA PUBBLICARE.....	83
6.1. Durata e decorrenza della pubblicazione	84
6.2. Qualità dei dati pubblicati	85
6.3. Forma dei dati di tipo “aperto”	86
6.4. Banche dati	86
7. VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA E MISURE DI MONITORAGGIO – STATO DI ADEMPIMENTO	87
8. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA	90
Il sito web aziendale	90
Monitoraggio dei dati di accesso al sito	91
La Carta dei Servizi.....	91
Le guide e il materiale informativo per il paziente.....	91
Ascolto degli <i>stakeholders</i>	91
Associazioni di Volontariato	92
Comitato Consultivo Misto	92
Ufficio Relazioni Sindacali.....	92
Giornate della Trasparenza	92
Il diritto di accesso.....	93

ELENCO ALLEGATI:

Allegato 1: Mappatura dei processi a rischio

Allegato 2: Elenco degli obblighi di pubblicazione

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

PREMESSA

Il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza 2022 – 2024 (di seguito Piano o PTPCT) è il nono Piano adottato dall’Istituto Ortopedico Rizzoli in adempimento di quanto previsto e disciplinato dalla Legge 190/2012 (cd. Legge anticorruzione).

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

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

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

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

Con riferimento alla programmazione delle misure generali e alla progettazione di quelle specifiche, sono state recepite le indicazioni contenute nel PNA e nei suoi aggiornamenti e, in relazione agli aspetti specificamente afferenti alle aree di rischio in ambito sanitario, il riferimento è in particolare a quanto disposto nell’Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016.³

Il PTPCT rappresenta quindi un atto organizzativo fondamentale dell’Amministrazione che, attraverso la gestione del rischio, persegue l’obiettivo di eliminare e/o ridurre quei comportamenti che danno luogo a situazioni di cattiva amministrazione, promuovendo così modalità di azione orientate da criteri di semplificazione, efficienza, efficacia ed economicità.

Proprio in un’ottica di miglioramento dei processi decisionali, il Legislatore ha ritenuto necessaria l’integrazione del PTPCT con altri strumenti di programmazione e di valutazione, primi fra tutti i documenti di rappresentazione della performance, aventi anch’essi la finalità di migliorare la qualità dei servizi offerti.

Il presente Piano è stato quindi predisposto in un momento di evoluzione normativa che coinvolge anche la materia dell’anticorruzione e della trasparenza: il D.L. n. 77 del 31 maggio 2021, nel definire il quadro normativo nazionale finalizzato a semplificare e agevolare la realizzazione degli obiettivi stabiliti dal Piano

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

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

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

Nazionale di Ripresa e Resilienza⁴, ha individuato nella digitalizzazione, reingegnerizzazione dei processi e semplificazione i tre capisaldi che dovranno guidare i cambiamenti nella Pubblica Amministrazione. Con il D.L. n. 80 del 9 giugno 2021 (convertito in legge n. 113 del 6 agosto 2021) il legislatore ha poi introdotto, all'art. 6, uno strumento unico di pianificazione delle amministrazioni pubbliche denominato Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO)⁵: quest'ultimo racchiuderà in un solo atto la programmazione relativa alla gestione delle risorse umane, all'organizzazione dei dipendenti nei vari uffici, alla loro formazione e alle modalità di prevenzione della corruzione, il tutto nell'ottica di assicurare la qualità e la trasparenza dell'attività amministrativa e migliorare la qualità dei servizi ai cittadini con una progressiva semplificazione dei processi.

Dal punto di vista operativo, ad oggi è stato avviato l'iter di approvazione dei decreti che abrogheranno le disposizioni sull'adozione, da parte delle amministrazioni, degli atti destinati a essere assorbiti all'interno del PIAO; al fine di coordinare i contenuti delle sezioni che formeranno il suddetto PIAO, il Dipartimento della Funzione Pubblica adotterà specifiche linee guida; nel frattempo il termine per l'adozione del PIAO è stato differito dal D.L. n. 228/2021 al 30 aprile 2022, così come quello indicato da ANAC per l'adozione del PTPCT (deliberazione ANAC n. 1 del 12 gennaio 2022). Pertanto, alla luce di questo quadro normativo attualmente ancora in evoluzione, si evidenzia che il presente Piano può essere definito come "di transizione" verso il PIAO che dovrà essere adottato entro il 30 giugno 2022.

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

Nozione di corruzione

Il Piano accoglie una nozione ampia di corruzione intesa come comprensiva di tutti i comportamenti impropri del pubblico funzionario che, al fine di curare un interesse particolare proprio o di terzi, assuma o concorra ad assumere una decisione pubblica deviando, in cambio di un vantaggio, dai propri doveri d'ufficio consistenti nella cura imparziale dell'interesse pubblico.

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

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

⁴ Il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) si inserisce all'interno del programma *Next Generation EU* (NGEU), il pacchetto da 750 miliardi di euro, costituito per circa la metà da sovvenzioni, concordato dall'Unione Europea in risposta alla crisi pandemica. La principale componente del programma NGEU è il Dispositivo per la Ripresa e Resilienza (*Recovery and Resilience Facility*, RRF), che ha una durata di sei anni, dal 2021 al 2026, e una dimensione totale di 672,5 miliardi di euro (312,5 sovvenzioni, i restanti 360 miliardi prestiti a tassi agevolati). Il Piano si sviluppa intorno a tre assi strategici condivisi a livello europeo: digitalizzazione e innovazione, transizione ecologica, inclusione sociale. Si tratta di un intervento che intende riparare i danni economici e sociali della crisi pandemica, contribuire a risolvere le debolezze strutturali dell'economia italiana, e accompagnare il Paese su un percorso di transizione ecologica e ambientale.

⁵ Il PIAO di fatto andrà a "sostituire" il Piano della performance, il POLA (Piano Organizzativo del Lavoro Agile), il Piano Triennale del Fabbisogno del Personale e il Piano Triennale di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza.

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

Obiettivi del Piano

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

L'adozione del Piano risulta di cardinale importanza in ambito sanitario alla luce dei gravissimi danni che il fenomeno corruttivo può provocare in sanità sul piano sia etico che economico: come rilevato dalla Corte dei Conti, infatti, in sanità i fenomeni di corruzione *"si intrecciano con sorprendente facilità a veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza dei sistemi di controllo"* e *"il settore sanitario presenta livelli inaccettabili di inappropriatezza organizzativa e gestionale che vanno ad alimentare le già negative conseguenze causate dai frequenti episodi di corruzione a danno della collettività"*⁶.

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

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

Nel 2020 la diffusione a livello mondiale del Covid-19 ha determinato l'instaurazione di uno stato di emergenza non solo sanitaria, ma anche sociale ed economica, stato emergenziale che ha purtroppo riguardato anche l'intero anno 2021 e che tuttora perdura. Da tale situazione è discesa la necessità per le amministrazioni pubbliche, in primis per gli enti del SSN, di procurarsi beni e servizi con un'urgenza senza precedenti, con la conseguente possibilità di ricorrere a procedure di approvvigionamento straordinarie caratterizzate, rispetto a quelle ordinarie, da celerità e flessibilità. Tutti questi elementi costituiscono senza dubbio un terreno fertile per condotte corruttive e di *malagestio* e, come sottolineato anche nelle linee guida emanate dal presidente del Gruppo di Stati contro la corruzione (GRECO), "l'epidemia Covid-19 aumenta i rischi di corruzione. Il settore sanitario è particolarmente esposto, in particolare a causa dell'immediato bisogno di forniture mediche (con relativa semplificazione delle norme sugli appalti) del

⁶ Corte dei Conti n. 265/2012

sovraffollamento delle strutture mediche e del personale medico sovraccarico”⁷. A fronte di questa situazione straordinaria, il PTPCT deve pertanto porsi l’obiettivo di predisporre le azioni necessarie a contrastare l’insorgere di fenomeni corruttivi legati anche all’evolversi della crisi pandemica.

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

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

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

Il PTPCT 2022-2024 rappresenta quindi l’espressione dell’impegno della Direzione Generale a contrastare il fenomeno corruttivo e a favorire la diffusione della cultura della legalità e si applica in tutte le sedi operative dell’Istituto Ortopedico Rizzoli, ovvero:

- Bologna, Via di Barbiano n. 1/10, sede legale, assistenziale e di ricerca
- Bologna, Via Pupilli n. 1, sede assistenziale e di ricerca
- Bentivoglio (BO), Via Marconi n. 35, sede assistenziale e di ricerca
- Argenta (FE), Ospedale Mazzolani Vandini, Via Nazionale Ponente n. 5
- Bagheria (PA), SS 13 al km 246, sede assistenziale e di ricerca
- Palermo, Via Divisi n. 83, sede di ricerca

1. QUADRO NORMATIVO

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

A tale legge hanno poi fatto seguito:

- Il D. Lgs. n. 235 del 31 dicembre 2012, “Testo unico delle disposizioni *in materia di incandidabilità e di divieto di ricoprire cariche elettive* e di Governo conseguenti a sentenze definitive e di condanna per delitti non colposi, a norma dell’art. 1 comma 63 della Legge 6 novembre 2012 n. 190”;

⁷ “Risques de corruption et références juridiques utiles dans le contexte du COVID-19”, document publié par M. Marin Mrcela, Président du GRECO (Groupe d’Etats contre la corruption”)

- Il D. Lgs. n. 33 del 14 marzo 2013, così come modificato dal D. Lgs n. 97 del 25 maggio 2016, inerente il “Riordino della disciplina riguardante il diritto di accesso civico e gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni”;
- Il D. Lgs. n. 39 del 08 aprile 2013, recante “Disposizioni in materia di inconferibilità e incompatibilità di incarichi presso le pubbliche amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell’art. 1 commi 49 e 50 Legge 190”;
- Il D.P.R. n. 62 del 16 aprile 2013, “Regolamento recante codice di comportamento dei dipendenti pubblici, a norma dell’art. 54 del D. Lgs. n. 165 del 30/03/2001”.

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

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

- Determinazione n. 12/2015, recante “Aggiornamento 2015 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera n. 831/2016, recante “Determinazione di approvazione definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2016”; si precisa che a partire da tale anno, e con l’obiettivo di semplificare le attività delle amministrazioni nel dare attuazione alla normativa di prevenzione della corruzione, è stato unificato in un solo strumento (il PTPCT) il Piano triennale di prevenzione della corruzione e il Programma per la trasparenza e l’integrità e pertanto dal 2016 la trasparenza, come misura generale di contrasto alla corruzione, diviene una sezione all’interno del PTPCT⁸;
- Delibera n. 1208/2017, recante “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2017 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera n. 1704/2018, recante “Approvazione definitiva dell’Aggiornamento 2018 al Piano Nazionale Anticorruzione”;
- Delibera n. 1064/2019, recante “Approvazione in via definitiva del Piano Nazionale Anticorruzione 2019”.

Con specifico riferimento all’ambito sanitario si evidenziano in particolare gli approfondimenti “Sanità” contenuti nell’Aggiornamento 2015 al PNA e nel PNA 2016⁹.

Occorre evidenziare poi che, alla luce della necessità di fronteggiare adeguatamente l’emergenza sanitaria da COVID-19, a partire da marzo 2020 sono intervenuti diversi provvedimenti che, soprattutto con riferimento al settore dell’acquisizione di beni e servizi e a quello del reclutamento del personale, hanno comportato delle deroghe alla disciplina ordinaria, con evidenti ripercussioni anche in materia di anticorruzione e trasparenza.

⁸ Cfr. art. 10 del d. lgs. 33/2013 come modificato dal d. lgs. n. 97/2016

⁹ Rispettivamente Determinazione ANAC n. 12 del 28 ottobre 2015 e Delibera ANAC n. 831 del 3 agosto 2016

2. COORDINAMENTO TRA PTPCT E STRUMENTI DI PROGRAMMAZIONE

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

Tale esigenza di integrazione è stata chiaramente ribadita dal legislatore¹⁰ il quale ha previsto che gli obiettivi strategici in materia di prevenzione della corruzione e trasparenza costituiscono contenuto necessario degli atti di programmazione strategico-gestionale e che le amministrazioni devono assicurare un coordinamento contenutistico tra PTPCT e Piano delle Performance.

È previsto inoltre che l'OIV e gli altri soggetti deputati alla valutazione verifichino la coerenza tra gli obiettivi previsti nel PTPCT e quelli indicati nel Piano delle Performance e che utilizzino i dati relativi all'attuazione degli obblighi di pubblicazione ai fini della misurazione e valutazione delle *performance*. In tal senso è attivo l'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) IOR il quale garantisce all'OIV la disponibilità di tutte le informazioni specifiche relative all'Istituto e lo supporta nello svolgimento dei compiti e delle funzioni attribuiti allo stesso¹¹.

Quindi le attività svolte dall'Istituto per la predisposizione, l'implementazione e l'attuazione del PTPCT vengono introdotte in forma di obiettivi nel Piano della Performance sotto il profilo sia della *performance* organizzativa¹² che di quella individuale¹³. In particolare, in attuazione della delibera di giunta regionale n. 819 del 31/05/2021, è stata individuata nella dimensione della *performance* dei processi interni una specifica area dell'anticorruzione e della trasparenza con la previsione di indicatori di misurazione e valutazione: le misure di prevenzione della corruzione individuate nel PTPCT, ivi compresi gli obblighi di trasparenza, sono stati declinati in obiettivi specifici organizzativi ed individuali ed assegnati, attraverso lo strumento del budget, alle strutture sanitarie, amministrative e tecniche, ai loro dirigenti e al personale secondo le posizioni ricoperte.

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

1. L'implementazione dell'approccio basato sull'analisi dei rischi;
2. L'integrazione e il coordinamento con gli obiettivi della programmazione aziendale e con la valutazione delle performance dei processi al fine di traslare le misure di prevenzione in obiettivi organizzativi;
3. Il coinvolgimento dei soggetti interni nella creazione di un contesto istituzionale e organizzativo favorevole che sia di reale supporto al RPCT;
4. La promozione di maggiori livelli di trasparenza;
5. La diffusione dei valori della legalità, dell'integrità e dell'etica;
6. Il mantenimento delle relazioni collaborative con altri soggetti pubblici di riferimento, in particolare OIV regionale, Rete per l'integrità RER e tavolo AVEC, nonché con gli *stakeholders* di riferimento.

¹⁰ Art. 1 comma 8 della Legge 190/2012

¹¹ Regolamento Regione Emilia-Romagna 1 aprile 2019 n. 2, Regolamento per il funzionamento degli organismi indipendenti di valutazione della Regione Emilia-Romagna e degli enti del sistema delle amministrazioni regionali

¹² Art. 8 del D. Lgs. 150/2009

¹³ Art. 9 del D. Lgs. 150/2009

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

- Partecipazione alla revisione della mappatura dei processi dell'Istituto e all'aggiornamento e/o approfondimento dell'analisi del rischio corruzione in conformità al PNA 2019 e alle indicazioni metodologiche dell'OIV regionale e del tavolo degli RPCT AVEC; collaborazione all'elaborazione e implementazione delle conseguenti misure di prevenzione della corruzione e di mitigazione del rischio;
- Attuazione dei piani e delle misure di prevenzione della corruzione per quanto di competenza, partecipazione attiva ai monitoraggi sull'effettivo grado di attuazione dei medesimi anche in relazione ai riscontri da fornire all'OAS e all'OIV regionale;
- Rispetto dal punto di vista formale e di tempistiche delle norme sulla trasparenza amministrativa con le correlate comunicazioni e pubblicazioni di dati e informazioni; incremento dei controlli di primo e di secondo livello;
- Rispetto e diffusione del Codice di Comportamento dell'Istituto Ortopedico Rizzoli (del. n. 127/2018), rispetto degli obblighi di dichiarazione sul conflitto di interessi ivi contenuti attraverso l'utilizzo del "Portale del dipendente" nonché di ogni disposizione aziendale inerente il conflitto di interessi (a titolo esemplificativo e non esaustivo si richiamano il regolamento per l'accesso degli informatori scientifici, il regolamento per l'accesso dei fornitori di dispositivi, il regolamento in materia di autorizzazione allo svolgimento di incarichi extraistituzionali);
- Rispetto e diffusione degli atti aziendali adottati dal RPCT in materia di prevenzione della corruzione e promozione della trasparenza (a titolo esemplificativo e non esaustivo si richiamano le linee guida in materia di rotazione straordinaria, il protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite e il regolamento in materia di accesso agli atti amministrativi);
- Partecipazione ai percorsi formativi proposti dal RPCT anche in coordinamento con le altre aziende metropolitane/regionali.

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

3.1. Metodologia

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

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

3.1.1. Analisi del contesto

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

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

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

3.1.2. Valutazione del rischio

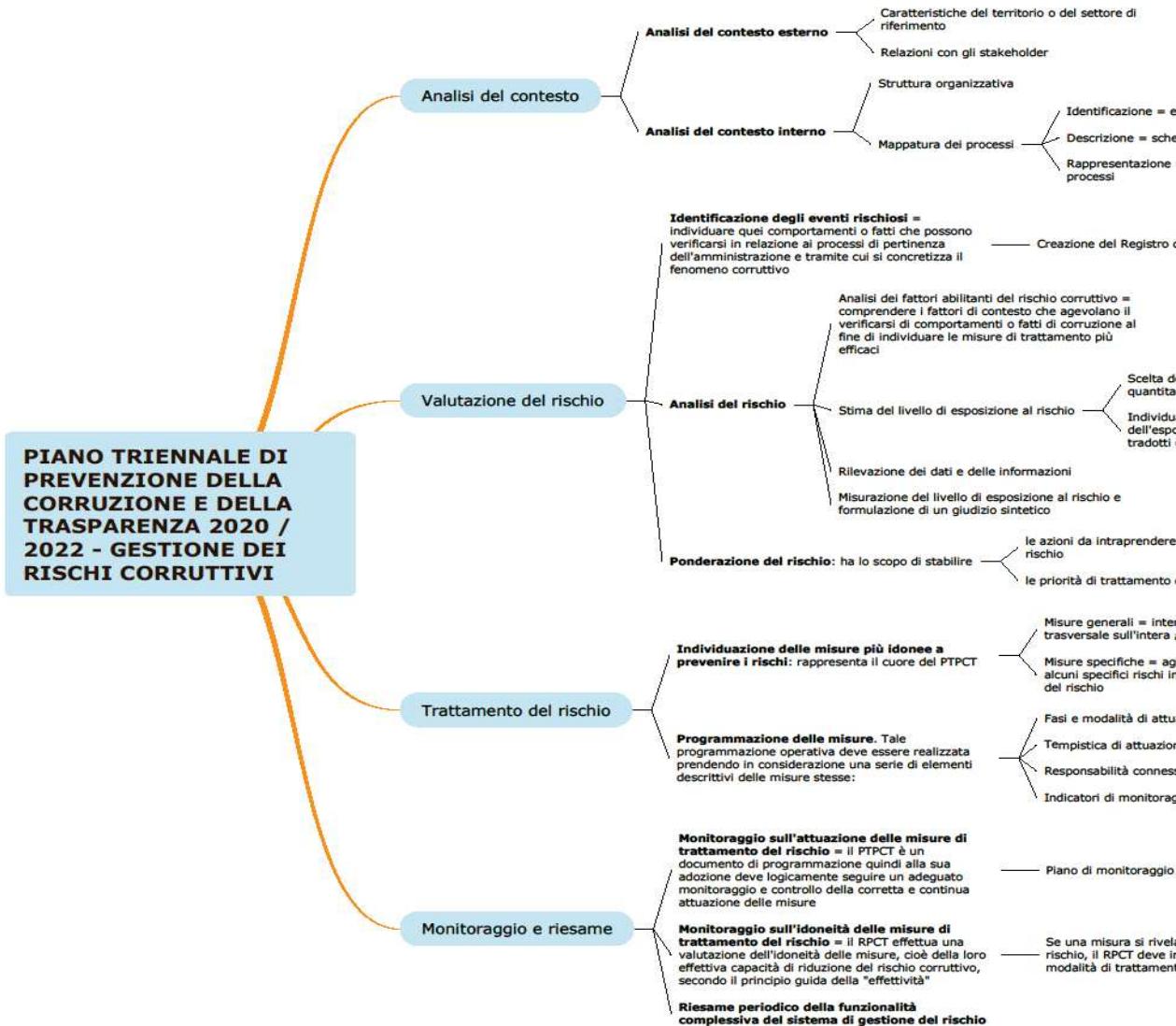
Nella fase di valutazione del rischio quest’ultimo viene identificato, analizzato e confrontato con gli altri rischi al fine di individuare le priorità di intervento e le possibili misure preventive e/o correttive. In primo luogo quindi, vengono individuati quei comportamenti o fatti che possono verificarsi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

3.1.3. Trattamento del rischio

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

3.1.4. Monitoraggio e riesame

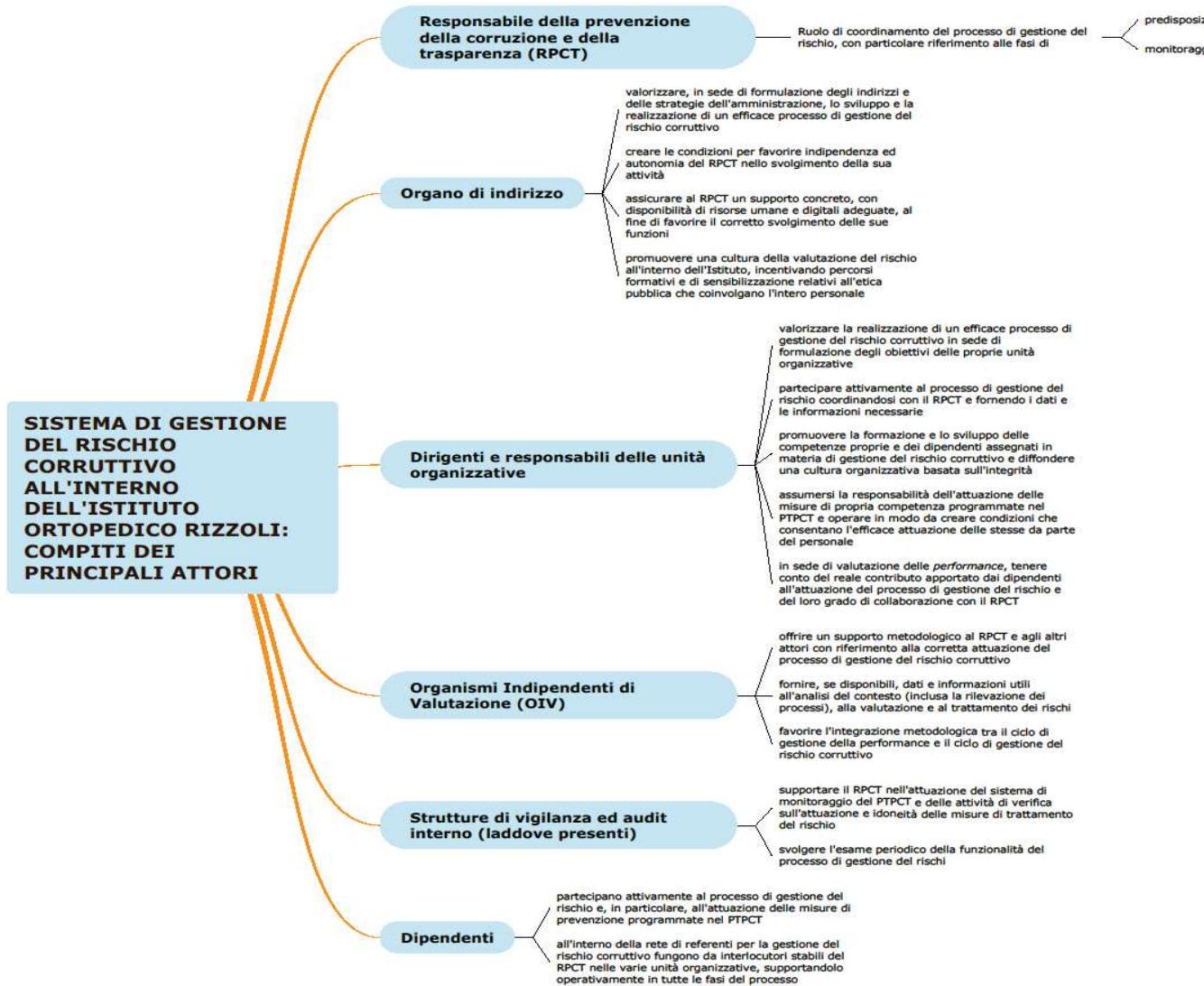
Con la fase di monitoraggio e di riesame periodico si procede infine alla verifica circa l’attuazione e l’idoneità delle misure di prevenzione e in merito al complessivo funzionamento del processo di gestione del rischio, rendendo possibile intervenire tempestivamente con eventuali modifiche.



3.2. Soggetti aziendali coinvolti

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

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



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

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

Si specifica che nel corso del 2021 vi è stato un avvicendamento nel ruolo di RPCT e, con deliberazione del Direttore Generale n. 218 dell’8 luglio 2021, la Dott.ssa **Sveva Borin** è stata nominata Responsabile della Prevenzione della Corruzione dell’Istituto Ortopedico Rizzoli, secondo quanto disposto dalla Legge n. 190/2012 (art. 1 comma 7) e dal decreto legislativo n. 33/2013.

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

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

- Valorizzare la realizzazione di un efficace processo di gestione del rischio di corruzione in sede di formulazione degli obiettivi delle proprie unità organizzative;
- Partecipare attivamente al processo di gestione del rischio coordinandosi con il RPCT e fornendo i dati e le informazioni necessarie per realizzare l’analisi del contesto, la valutazione, il trattamento del rischio e il monitoraggio delle misure;
- Promuovere la formazione e lo sviluppo delle competenze proprie e dei dipendenti assegnati in materia di gestione del rischio corruttivo e diffondere una cultura organizzativa basata sull’integrità;

- Assumersi la responsabilità dell'attuazione delle misure di propria competenza programmate nel PTPCT e operare in modo da creare condizioni che consentano l'efficace attuazione delle stesse da parte del personale;
- In sede di valutazione della *performance*, tenere conto del reale contributo apportato dai dipendenti all'attuazione del processo di gestione del rischio e del loro grado di collaborazione con il RPCT.

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

Alla luce di ciò l'Istituto ha provveduto, con delibera n. 387 del 16 dicembre 2019, a formalizzare l'individuazione dei Referenti di Area, ad aggiornarne la composizione nel corso del 2020 e del 2021 a fronte dei mutamenti organizzativi intervenuti *medio tempore* all'interno dei servizi e ad avviare l'attività del Gruppo (PG 15998 del 20/11/2020). Attualmente il Gruppo aziendale Anticorruzione e Trasparenza IOR presenta la seguente composizione:

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

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

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

Per quanto riguarda il soggetto gestore delle segnalazioni antiriciclaggio, si tratta di una figura che ciascuna p.a. è tenuta ad individuare al proprio interno ai sensi del D.M. 25 settembre 2015 recante “Determinazione degli indicatori di anomalia al fine di agevolare l'individuazione delle operazioni sospette di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo da parte degli uffici della pubblica amministrazione”. In particolare il soggetto gestore è tenuto a:

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

Il gestore delle segnalazioni di operazioni sospette di riciclaggio all'interno dell'Istituto Ortopedico Rizzoli è il Dott. Luca Lelli (delibera IOR n. 91/2020 di conferma della nomina fino al 24.08.2024). Con delibera n. 206 del 10.10.2017 l'Istituto ha approvato il Regolamento per la gestione delle segnalazioni nelle ipotesi di sospetto di riciclaggio e di finanziamento del terrorismo, con la finalità di assicurare la conoscenza da parte dei propri dipendenti delle fattispecie meritevoli di essere comunicate all'UIF.

Il RASA è il soggetto che, ai sensi dell'art. 33-ter del D.L. n. 179/2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 221/2012, è deputato a procedere alla verifica e all'aggiornamento almeno annuale delle informazioni e dei dati identificativi della stazione appaltante nell'Anagrafe Unica delle Stazioni Appaltanti (AUSA). Il RPCT verifica periodicamente che il RASA assicuri la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA e che aggiorni annualmente gli elementi identificativi della stazione appaltante. Anche per il 2021 è stata assicurata la corretta gestione dei dati inseriti nell'AUSA, con aggiornamento annuale degli elementi identificativi.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli ha nominato quale responsabile per l'Anagrafe Unica la Dott.ssa Francesca Comellini. Il RPCT ha verificato la corretta individuazione e abilitazione del RASA aziendale all'utilizzo del relativo profilo utente.

4. ANALISI DEL CONTESTO

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

4.1. Contesto esterno

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

Come espressamente specificato dall'ANAC, l'analisi di contesto può beneficiare di attività di collaborazione tra amministrazioni che operano in uno stesso territorio o settore e, in tal senso, il presente paragrafo costituisce il prodotto di una collaborazione inter-istituzionale, nell'ambito della “Rete per l'Integrità e la

Trasparenza”, per condividere, tra tutti i RPCT degli enti aderenti, documenti e criteri di riferimento per la descrizione del contesto socio-economico e criminologico del territorio regionale emiliano-romagnolo.

Prospettive economiche globali

Il quadro di ipotesi che emerge dagli “Scenari” di Prometeia è quello di una veloce fuoriuscita dalla crisi pandemica con un prodotto mondiale che recupera i livelli del 2019 nel corso del 2021.

Sono forti le differenze nell’evoluzione della congiuntura: in particolare alla forza dell’economia cinese, che mostra un notevole ritmo di espansione nel 2021, e di quella americana in forte ripresa, si contrappone una leggermente minore dinamicità dell’attività nell’Unione europea. Il commercio mondiale, crollato nel 2020, si sta riprendendo nel 2021 con il rimbalzo dell’attività, che proseguirà nel 2022. La forza della ripresa ha generato una spinta inflazionistica che dalle materie prime e dai trasporti (noli internazionali in particolare) è giunta ai prezzi al consumo, giudicata per ora temporanea dalle banche centrali che manterranno una politica accomodante. Un aumento dei tassi sul dollaro potrebbe peggiorare le condizioni del credito per l’economia mondiale e ne soffrirebbero maggiormente i paesi più esposti sul fronte debitorio, alcuni dell’Unione, e in particolare gli emergenti non produttori di materie prime. Anche in Italia la ripresa si rafforza.

Pil e conto economico in Italia

Per quest’anno si prevede una ripresa del prodotto interno lordo al +6,5 per cento sostenuta dal contenimento della pandemia grazie al progredire della vaccinazione.

Ne deriva che il Pil nazionale in termini reali nel 2021 risulterà inferiore del 6,6 per cento rispetto a quello del 2009 e di ben 12,4 punti percentuali rispetto al livello del 2007. La ripresa sarà però più contenuta nel 2022 (+3,8 per cento), anche se permetterà comunque a fine anno di recuperare il livello del Pil del 2019 antecedente alla pandemia.

La ripresa del Pil nel 2021 sarà ben superiore a quella dei maggiori paesi dell’area dell’euro e nel biennio 2021-2022 leggermente superiore a quella francese.

Il contesto economico in Emilia - Romagna

L’andamento dell’attività in regione mostra un profilo analogo a quello nazionale, ma con una maggiore capacità di riprendersi, tanto che il Pil regionale in termini reali nel 2021 dovrebbe risultare inferiore solo del 5,6 per cento rispetto ai livelli minimi toccati al culmine della crisi nel 2009 e solo del 7,8 per cento rispetto a quello del 2007 e riporterà l’Emilia-Romagna al vertice nella classifica delle regioni italiane per ritmo di crescita staccando di un’incollatura la Lombardia e il Veneto.

La riduzione del reddito disponibile subita lo scorso anno e la tendenza all’aumento dei prezzi in corso limiteranno sensibilmente la ripresa dei consumi nel 2021 (+4,6 per cento), decisamente al di sotto della dinamica del Pil, nonostante lo stop forzato dovuto alla pandemia. Invece, anche senza un’ulteriore accelerazione, il ritmo di crescita dei consumi nel 2022 (+4,6 per cento) supererà quello della crescita del Pil.

Gli effetti della recessione passata sul tenore di vita resteranno evidenti. Nel 2021 i consumi privati aggregati risulteranno inferiori del 4,9 per cento rispetto a quelli del picco del 2011, e il dato complessivo cela un ulteriore aumento della diseguaglianza, derivante dall’asimmetria degli effetti dei blocchi

dell'attività sui settori e della caduta del reddito disponibile su specifiche categorie lavorative e settori sociali.

Gli investimenti fissi lordi grazie alla ripresa dell'attività produttiva e ai massicci interventi pubblici registreranno un vero "boom" nel 2021 (+18,2 per cento), che trainerà la ripresa e recupererà più che pienamente i livelli di accumulazione precedenti alla pandemia.

Nel caso di un'evoluzione controllata della crisi sanitaria, la ripresa nel 2022 sarà meno rapida, ma ancora decisamente sostenuta dagli investimenti (+8,9 per cento), grazie anche ai massicci interventi pubblici.

Nonostante tutto ciò, resta di fondo la questione dei livelli di accumulazione dell'economia, che nel 2021 saranno comunque inferiori del 13,2 per cento rispetto a quelli del precedente massimo risalente ormai al 2008, precedente al declino del settore delle costruzioni.

Grazie alla ripresa del commercio mondiale, le vendite all'estero offriranno un consistente sostegno alla ripresa nel 2021 (+13,4 per cento), oltrepassando i livelli reali precedenti alla pandemia già al termine dell'anno in corso. Anche in questo caso, nonostante un rallentamento della dinamica della crescita delle vendite all'estero nel 2022 (+8,6 per cento), le esportazioni forniranno un notevole contributo positivo alla ripresa. Al termine dell'anno corrente il valore reale delle esportazioni regionali dovrebbe risultare superiore del 4,6 per cento a quello del 2019 e del 34,0 per cento al livello massimo precedente la lontana crisi finanziaria, toccato nel 2007. Si tratta di un chiaro indicatore dell'importanza assunta dai mercati esteri nel sostenere l'attività e i redditi regionali.

La formazione del valore aggiunto: i settori

Nel 2021, la ripresa sarà decisamente solo parziale nei servizi, molto più pronta nell'industria, capace di recuperare quasi interamente quanto perduto, ma saranno soprattutto le costruzioni a trarre ampio vantaggio dalle misure adottate a favore della ristrutturazione edilizia e dai piani di investimento pubblico. Nel 2022 la crescita rallenterà decisamente nell'industria e nelle costruzioni, anche se queste ultime resteranno il settore trainante dell'attività economica, mentre si manterrà costante nei servizi.

In dettaglio, nel 2021 la ripresa condurrà a una crescita del valore aggiunto reale prodotto dall'industria in senso stretto regionale del 10,5 per cento. Esaurita la spinta del recupero dei livelli di attività precedenti, nel 2022 la crescita si ridurrà sensibilmente (+2,4 per cento), tenuto conto delle difficoltà delle catene di fornitura e dell'aumento delle materie prime. Al termine dell'anno corrente, il valore aggiunto reale dell'industria risulterà inferiore di meno di un punto percentuale rispetto a quello del 2019, ma sarà superiore di solo il 5,3 per cento rispetto al massimo precedente la crisi finanziaria del 2007.

Grazie ai piani di investimento pubblico e alle misure di incentivazione adottate dal governo a sostegno del settore, della sicurezza sismica e della sostenibilità ambientale nel 2021 si avrà un vero boom del valore aggiunto reale delle costruzioni (+20,9 per cento), che trainerà la ripresa complessiva. Nonostante un ragionevole rallentamento, la tendenza positiva proseguirà con decisione anche nel 2022 (+7,9 per cento), come le misure di sostegno adottate, quando sarà ancora il settore delle costruzioni a trainare la crescita. Ma al termine del corrente anno il valore aggiunto delle costruzioni anche se risulterà superiore del 13,3 per cento a quello del 2019, sarà ancora inferiore del 31,9 per cento rispetto agli eccessi del precedente massimo del 2007, a testimonianza del ridimensionamento del settore.

Gli effetti negativi dello shock da coronavirus si sono fatti sentire più a lungo e duramente nel settore dei servizi. Tanto che nel 2021 la ripresa del valore aggiunto settoriale sarà solo decisamente parziale (+4,2 per

cento) e la più contenuta rispetto agli altri macrosettori, data la maggiore difficoltà ad affrontare gli effetti della pandemia nella prima metà dell'anno in corso e la contenuta ripresa della domanda delle famiglie. Purtroppo, il modello non ci permette di osservare in dettaglio i macrosettori dei servizi, alcuni dei quali hanno ben resistito e sono in forte ripresa, mentre altri hanno sofferto duramente e tarderanno a risollevarsi. Con la ripresa dei consumi, la tendenza positiva dovrebbe mantenere il suo ritmo di crescita anche nel 2022 (+4,2 per cento), al contrario di quanto avverrà per gli altri settori. Il valore aggiunto dei servizi dovrebbe recuperare quasi esattamente i livelli del 2019 solo alla fine del 2022, mentre al termine dell'anno corrente dovrebbe risultare inferiore dell'1,3 per cento rispetto al precedente massimo antecedente la crisi finanziaria e toccato nel 2008, soprattutto per effetto della compressione dei consumi e dell'aumento della diseguaglianza.

Il mercato del lavoro

Nel 2021 l'occupazione riprenderà a crescere, ma un rientro parziale sul mercato del lavoro di chi ne era uscito temporaneamente aumenterà ulteriormente il tasso di disoccupazione, che salirà ai massimi dal 2017 e che, sempre per un aumento delle forze lavoro più rapido di quello dell'occupazione, tenderà ad aumentare ulteriormente nel 2022.

In dettaglio, nel 2021 nonostante la ripresa dell'attività e le riaperture possibili, le forze di lavoro cresceranno moderatamente (+0,7 per cento), ma nel 2022 il loro aumento dovrebbe rapidamente compensare quasi del tutto (+2,0 per cento) il calo subito nel 2020. Il tasso di attività, calcolato come quota sulla popolazione presente totale, migliorerà solo marginalmente nel 2021 al 47,5 per cento e si riprenderà più decisamente nel 2022 al 48,4 per cento, giungendo un decimo di punto al di sotto del livello del 2019.

Nonostante le misure di salvaguardia adottate, la pandemia ha inciso sensibilmente sull'occupazione, colpendo particolarmente i lavoratori non tutelati e con effetti protratti nel tempo. Con la ripresa la tendenza negativa si arresterà nel 2021 e si registrerà un primo parziale recupero dello 0,5 per cento. Un'accelerazione della crescita dell'occupazione la si avrà solo nel 2022 (+1,5 per cento), ma questa lascerà comunque l'occupazione ancora al di sotto del livello del 2019 di quasi un punto percentuale.

Il tasso di occupazione non è sceso tanto quanto si poteva temere lo scorso anno, grazie alle misure adottate a tutela dell'occupazione (44,5 per cento), si riprenderà solo lievemente nel 2021 al 44,7 per cento e nonostante la ripresa non dovrebbe risalire oltre il 45,3 per cento nel 2022, tornando al livello del 2018. A fine anno risulterà inferiore di 2,6 punti rispetto al precedente massimo assoluto risalente al 2002.

Il tasso di disoccupazione era pari al 2,8 per cento nel 2002 e era salito all'8,4 per cento nel 2013 per poi gradualmente ridiscendere al 5,5 per cento nel 2019. Lo scorso anno è salito solo al 5,8 per cento, grazie alle misure di sostegno all'occupazione introdotte, ma anche per l'ampia fuoriuscita dal mercato del lavoro. Le conseguenze negative della pandemia sul mercato del lavoro porteranno ancora in alto il tasso di disoccupazione che nel 2021 dovrebbe salire al 6,0 per cento, il livello più elevato dal 2017, senza arrestare la tendenza negativa che nel 2022 lo farà giungere al 6,4 per cento.

IL QUADRO CRIMINOLOGICO

Evoluzione dei fenomeni di illegalità in Emilia-Romagna

collegati alla criminalità organizzata e di tipo mafioso

1. Premessa

Diverse indagini condotte negli ultimi trent'anni dalle forze investigative hanno portato alla luce la presenza delle mafie fuori dalle zone di origine¹⁴, rivelando così, contrariamente a un'idea diffusa e consolidata nell'immaginario collettivo, la forte capacità di adattamento di queste organizzazioni criminali anche nei territori generalmente ritenuti immuni dal fenomeno mafioso.

Come è noto, i casi più evidenti di espansione mafiosa sono emersi soprattutto in Lombardia e in Piemonte, pur essendo ormai molti, in Italia, i territori considerati a rischio di infiltrazione mafiosa o che mostrano criticità addirittura paragonabili alle regioni appena ricordate.

In Emilia-Romagna si riscontra una presenza criminale e mafiosa di lunga data, la cui pericolosità, per diverso tempo, è rimasta confinata nell'ambito dei mercati illeciti - e, fra questi, soprattutto nel traffico degli stupefacenti -, ma che in tempi recenti sembrerebbe esprimere caratteristiche ben più complesse e articolate.

Fra le novità più significative di questo scenario, innanzitutto occorre ricordare la progressione delle attività mafiose nell'economia legale - specie nel settore edile e commerciale - e, parallelamente, lo strutturarsi di un'area grigia formata da attori eterogenei, anche locali, con cui i gruppi criminali hanno stretto relazioni al fine di sfruttare opportunità e risorse del territorio (appalti, concessioni, acquisizioni di immobili o di aziende, ecc.). A rendere tale quadro più complesso ricorre, inoltre, la presenza di gruppi criminali stranieri, i quali generalmente sono impegnati nella gestione di alcuni grandi traffici illeciti, sia in modo autonomo che in collaborazione con la criminalità autoctona (fra tutti, si ricorda il traffico degli stupefacenti e lo sfruttamento della prostituzione). Non vanno trascurati, da ultimo, il comparire della violenza e i tentativi di controllo mafioso del territorio, i cui segni più evidenti sono rappresentati dalle minacce ricevute da alcuni operatori economici, esponenti politici, amministratori locali o professionisti dell'informazione, oltre che dalla preoccupante consistenza numerica raggiunta dalle estorsioni, dai danneggiamenti e dagli attentati dinamitardi e incendiari (reati, questi, solitamente correlati fra di loro).

Secondo le recenti indagini giudiziarie, il nostro territorio oggi sembrerebbe essere quindi di fronte a un fenomeno criminale e mafioso in via di sostanziale mutamento: non più isolato dentro i confini dei traffici illeciti come è avvenuto in passato, ma ormai presente anche nella sfera della società legale e capace di mostrare - quando necessario - i tratti della violenza tipici dei territori in cui ha avuto origine.

Alla luce di questo scenario indubbiamente preoccupante, di recente la Direzione Nazionale Antimafia ha espresso un giudizio particolarmente severo sull'Emilia-Romagna, rappresentandola infatti come una regione che addirittura avrebbe maturato «i tratti tipici dei territori infestati dalla cultura mafiosa [...], dove il silenzio e l'omertà [oramai] caratterizzano l'atteggiamento della società civile» [DNA 2016, p. 487-88].

In realtà, contrariamente a un'idea ricorrente nel dibattito pubblico di questi anni, che in qualche modo è avvalorata persino dalla dichiarazione della DNA appena richiamata, secondo cui la presenza delle mafie in regione - e più in generale nel Nord Italia - sarebbe stata trascurata o sottovalutata dalle classi dirigenti locali e dalla società civile, tanto le amministrazioni del territorio, quanto l'opinione pubblica e la società civile non solo sono consapevoli di questa pericolosa presenza criminale, ma ormai da diverso tempo cercano di affrontarla nei modi e con gli strumenti che gli sono più consoni.

¹⁴ Si intendono i luoghi dove il fenomeno mafioso è nato e si è sviluppato storicamente, ovvero in alcune aree circoscritte del Mezzogiorno d'Italia. Più precisamente, la Sicilia occidentale per quanto riguarda cosa nostra, la Calabria meridionale in relazione alla 'ndrangheta, il Napoletano con riferimento alla camorra. Per rimanere ancora nell'ambito delle mafie autoctone, a queste occorre aggiungere la sacra corona unita, costituitasi in tempi più recenti nella Puglia meridionale, ma, come è noto, anch'essa, come le altre, si è espansa sia all'interno della regione dove ha avuto origine che in altre regioni.

Oltre alle politiche regionali specificatamente dedicate alla promozione della legalità e che almeno da un decennio caratterizzano l’azione della Regione Emilia-Romagna, altre attività volte a prevenire e contrastare le mafie e il malaffare realizzate da numerosi enti del territorio dimostrerebbero infatti il contrario. D’altra parte, nessuna sottovalutazione del problema sembrerebbe esserci stata da parte della società civile, considerati gli straordinari sviluppi registrati in questi anni dal fronte dell’antimafia civile, il quale ha visto attivamente e progressivamente coinvolte numerose associazioni del territorio regionale fino a diventare fra i più attivi nel panorama italiano. Allo stesso modo, non si può neppure negare che l’opinione pubblica oggi si dimostri disattenta, inconsapevole o, peggio ancora, indifferente di fronte a tale problema. Già nel 2012, quindi molto prima che le forze investigative portassero a compimento l’operazione “Aemilia”, due cittadini su tre non avevano nessuna difficoltà ad ammettere la presenza delle mafie nella nostra regione e quattro su dieci nel proprio comune, indicando la ‘ndrangheta e la camorra fra le organizzazioni più attive¹⁵.

Sebbene sia riduttivo limitare l’attenzione a queste due mafie, poiché altre organizzazioni criminali - non tutte di tipo mafioso - sembrerebbero operare all’interno della nostra regione (comprese quelle straniere), le mafie di origine calabrese e campana, come dimostrano i riscontri investigativi degli ultimi anni, in effetti sono le organizzazioni criminali maggiormente presenti nel territorio dell’Emilia-Romagna. Se ciò è vero, tuttavia va detto che esse agiscono all’interno di una realtà criminale più articolata di quella propriamente mafiosa, all’interno della quale avvengono scambi e accordi reciprocamente vantaggiosi fra i diversi attori sia del tipo criminale che economico legale al fine di accumulare ricchezza e potere. A questa complessa realtà criminale, come è noto, partecipano anche singoli soggetti, i quali commettono per proprio conto o di altri soggetti - mafiosi e non - soprattutto reati finanziari (si pensi al riciclaggio), oppure offrono, sia direttamente che indirettamente, sostegno di vario genere alle organizzazioni criminali.

Rimandando agli approfondimenti realizzati nel corso degli ultimi vent’anni sugli sviluppi della criminalità organizzata in Emilia-Romagna¹⁶, attraverso l’analisi dei dati riguardanti i reati rilevati dalle forze di polizia, in questa sezione della relazione si intende dare conto, in modo sintetico, della presenza, dell’intensità e degli sviluppi nella nostra regione di alcune attività e traffici criminali. Come si vedrà meglio dopo, si tratta di attività caratterizzate da una certa complessità, realizzate - proprio per questa loro peculiarità - attraverso l’associazione di persone che persegono uno scopo criminale comune.

In particolare, qui saranno esaminati: i reati di associazione a delinquere semplice e mafiosa; gli omicidi di mafia; le estorsioni¹⁷; i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari¹⁸; i reati di produzione,

¹⁵ È quanto emerso da una ricca e articolata indagine demoscopica condotta nel 2012 nell’ambito delle attività del Settore sicurezza urbana e legalità della Regione Emilia-Romagna, la quale ha rappresentato per diverso tempo l’unica esperienza di ricerca condotta nel nostro paese sulla percezione e rappresentazione sociale delle mafie. A distanza di molti anni e dopo le note vicende che recentemente hanno visto la nostra regione al centro di alcune importanti indagini giudiziarie per mafia, oggi varrebbe la pena riproporre un’indagine simile, non solo per comprendere come è mutato l’atteggiamento collettivo rispetto ai fenomeni di cui si discute, ma anche per valutare e programmare in maniera più mirata le linee di intervento regionali in materia di legalità.

¹⁶ Sono moltissimi gli studi, le analisi e le ricerche empiriche sulla presenza mafiosa nel territorio regionale realizzate sia direttamente dalla Regione o a cui quest’ultima ha indirettamente contribuito sia nell’ambito di programmi autonomi di ricerche accademiche. Qui occorre ricordare i seguenti numeri monografici dei Quaderni di città sicure realizzati nell’ambito delle attività dell’ex Servizio politiche per la sicurezza urbana e la polizia locale (già Progetto “Città Sicure”) e dell’attuale Settore sicurezza urbana e legalità della Regione Emilia-Romagna: n. 11b (1997); n. 29 (2004); n. 39 (2012); n. 41 (2016); n. 42 (2018). Per un elenco esaustivo delle pubblicazioni sulla criminalità organizzata dedicate alla nostra regione rimandiamo al sito internet della Biblioteca dell’Assemblea Legislativa della Regione Emilia-Romagna, in particolare alla sezione “Criminalità e sicurezza” (www.assemblea.emr.it/biblioteca/criminalita).

¹⁷ L’estorsione è una tipica attività mafiosa realizzata solitamente ai danni di operatori economici, benché possano configurarsi come estorsioni anche atti criminali non necessariamente commessi con il metodo mafioso. Nel nostro ordinamento non è previsto il reato di estorsione organizzata (ad esempio quella di tipo mafioso), ma l’unica norma penale che lo sanziona comprende diverse possibilità estorsive, compresa appunto quella organizzata e mafiosa.

traffico e spaccio di stupefacenti¹⁹; lo sfruttamento e il favoreggiamento della prostituzione²⁰; i furti e le rapine organizzate²¹; i reati di ricettazione²²; le truffe, le frodi e i reati di contraffazione²³; il riciclaggio e l'impiego di denaro illecito²⁴; l'usura²⁵.

La tabella 1 riporta il numero di persone denunciate o arrestate tra il 2010 e il 2019 perché sospettate di aver commesso questi reati per dieci reati dello stesso tipo con autore noto denunciati nel medesimo periodo di tempo²⁶.

A conferma di quanto si diceva prima, ciascuna fattispecie criminale presa in considerazione presenta un carattere inequivocabilmente associativo, visto che il rapporto che si riscontra fra il numero degli autori e quello dei delitti denunciati è regolarmente a favore dei primi²⁷.

¹⁸ Nelle analisi sulle mafie questi reati generalmente sono utilizzati come indicatori di controllo mafioso del territorio.

¹⁹ Come è noto, quello della droga è un mercato complesso e articolato, all'interno del quale si muovono potenti organizzazioni criminali che ne stabiliscono l'andamento e la gestione a qualunque livello. Dal narcotraffico le organizzazioni criminali traggono enormi guadagni che investono nell'economia legale, acquisendo, attraverso complicate attività di riciclaggio, esercizi commerciali, quote azionarie, immobili, aziende di vario tipo, e così via.

²⁰ Al pari del mercato della droga, anche quello della prostituzione è un mercato estremamente complesso, in continua evoluzione e fiorente. Come è noto, nel nostro paese la prostituzione non è proibita, né è proibito l'acquisto di prestazioni sessuali a pagamento, ma sono invece punite tutta una serie di condotte collaterali che in qualche modo favoriscono o incoraggiano questo tipo di attività. Lo sfruttamento della prostituzione, così come il favoreggiamento, l'induzione o il reclutamento, sono infatti attività criminali esercitate da soggetti che dal meretricio di altre persone - di solito donne, benché esista anche una prostituzione maschile e, soprattutto, transessuale e minorile - traggono un vantaggio economico personale. Attività criminali alla cui base vi è spesso un esteso ricorso alla violenza nei confronti delle persone sfruttate che si estrinseca in svariati modi: dalle minacce alle intimidazioni, dalla coercizione fisica all'usura, e così via. (Quello della prostituzione è un settore di attività molto variegato, al cui interno naturalmente non è raro incontrare persone che svolgono l'attività della prostituzione libere dallo sfruttamento e perciò che sono in grado di gestirsi autonomamente, si pensi ad esempio a quante svolgono questa attività soltanto in modo saltuario).

²¹ Per furti e rapine organizzate intendiamo i seguenti reati: furti di opere d'arte e di materiale archeologico; furti di automezzi pesanti trasportanti merci; rapine in banca, negli uffici postali e negli esercizi commerciali. Come si può vedere, tra le molteplici forme che possono assumere i furti e le rapine, quelli appena elencati sono senz'altro quelli che richiedono una elevatissima capacità professionale e organizzativa per essere commessi.

²² Quello della ricettazione è un universo complesso e variegato, all'interno del quale si muovono soggetti che di solito svolgono l'attività di ricettazione in modo abituale, comprando la maggior parte degli oggetti rubati e reintroducendoli, attraverso varie strade, talvolta nel mercato legale, altre in quello illegale. La ricettazione è pertanto un'attività generalmente organizzata che funziona attraverso una rete di ladri, fiancheggiatori, distributori, acquirenti, ecc.

²³ All'interno del Codice penale, truffe, frodi e contraffazioni rappresentano fattispecie distinte, ma poiché presentano alcuni tratti essenziali in comune qui sono state considerate come un unico fenomeno criminale. Tutte le fattispecie in questione, infatti, denotano comportamenti fraudolenti a danno di qualcuno e ricadono nella sfera della cosiddetta criminalità economica. Questi reati sono cresciuti costantemente negli ultimi anni, alimentando una vera e propria industria criminale - spesso a carattere transnazionale - in grado di danneggiare, come del resto si può immaginare, in modo sensibile l'economia legale.

²⁴ Il riciclaggio di denaro è il processo con cui si nasconde l'origine illecita dello stesso per introdurlo successivamente nelle attività economiche legali, condizionando in questo modo la stabilità, l'integrità, le condizioni di corretto funzionamento e di concorrenza dei mercati finanziari e, in generale, del contesto economico-sociale. Poiché è a questo tipo di attività che la criminalità organizzata - ma non solo - ricorre per bonificare i propri capitali, il riciclaggio costituisce in qualche modo l'attività terminale di una serie di altre attività criminali, solitamente organizzate, da cui di fatto tali capitali provengono (il riciclaggio, infatti, presuppone sempre un reato precedente, come ad esempio il traffico degli stupefacenti). Per ricidare la criminalità si serve di solito di professionisti (avvocati, contabili, notai, ecc.), i quali possono sia essere strutturati nell'organizzazione, dedicandosi in modo esclusivo al riciclaggio dei proventi illeciti del sodalizio a cui appartengono, oppure lavorare dall'esterno, offrendo appunto servizi di riciclaggio a chiunque sia disposto a pagargli. Il riciclaggio dei capitali illeciti avviene attraverso varie fasi e una molteplicità di canali che si vanno sempre di più affinando e moltiplicando man mano che aumentano gli strumenti per contrastarlo: dalla immissione dei capitali nel circuito finanziario attraverso banche, società finanziarie, uffici di cambio, centri off-shore e altri intermediari, alla loro trasformazione in oro, preziosi, oggetti di valore, assegni derivanti da false vincite al gioco, ecc., fino all'investimento in attività lecite a ripulitura avvenuta.

²⁵ Anche quello dell'usura è un universo variegato, all'interno del quale agiscono diversi soggetti, tra i quali certamente un ruolo rilevante lo ricoprono le mafie.

²⁶ L'analisi si ferma al 2019 perché i dati del 2020 - gli ultimi disponibili - sono poco confrontabili con gli anni precedenti a causa di un crollo generale e significativo dei reati dovuto alle misure restrittive adottate dal Governo per contenere la pandemia.

²⁷ Ciò si verifica a qualsiasi livello territoriale preso in considerazione e per ogni anno del periodo considerato, il che dimostra l'intrinseco e strutturale tratto associativo di tali attività criminali.

Il quadro che emerge per la nostra regione si può riassumere nel modo seguente: per dieci reati dello stesso tipo denunciati nel periodo preso in esame, nel caso dell'associazione a delinquere sono state denunciate 87 persone, 30 nel caso degli omicidi di mafia, 17 nel caso delle estorsioni, 15 nel caso dei danneggiamenti e degli attentati dinamitardi e incendiari, 19 nel caso dei reati riguardanti gli stupefacenti, 27 nel caso dello sfruttamento della prostituzione, 21 nel caso dei furti e delle rapine organizzate, 15 nel caso della ricettazione, 14 nel caso delle truffe, delle frodi e della contraffazione, 24 nel caso dell'usura e 27 nel caso del riciclaggio (v. tabella 1).

Se, come si è appena visto, in genere il carattere associativo di questi reati è evidente, più incerto invece risulta il metodo con cui sono stati compiuti in quanto allo stato attuale le informazioni disponibili non consentono di approfondire tale aspetto. Vero è che molti di essi rientrano nella sfera di competenza delle direzioni distrettuali antimafia, tuttavia, non avendo indicazioni precise in proposito, è preferibile considerarli indicatori o «reati-spià» che attestano la presenza generica di una criminalità organizzata di tipo strutturata nel territorio piuttosto che esclusivamente mafiosa.

Di ciascuno di questi reati, nelle sezioni successive della presente relazione si esamineranno gli sviluppi e il peso che hanno avuto nella nostra regione e nelle sue province in un arco temporale di dieci anni: dal 2010 al 2019, che corrisponde al periodo più recente per cui i dati sono disponibili²⁸.

TABELLA 1:

Numeri di persone denunciate o arrestate dalle forze di polizia ogni dieci reati denunciati con autore noto in Emilia-Romagna, in Italia e nel Nord-Est. Distinzione per alcune fattispecie delittuose. Periodo 2010-2019

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

Fonte: Nostra elaborazione su dati SDI del Ministero dell'Interno.

2. Il quadro della criminalità organizzata e mafiosa in Emilia-Romagna e nelle sue province

²⁸ Proprio per una loro caratteristica intrinseca, i dati ricavati da denunce non danno conto della parte "sommersa" dei fenomeni considerati e per questa ragione, più che riflettere l'effettivo livello di criminalità, i dati delle denunce, per un verso, esprimono la tendenza dei cittadini a denunciare e, per l'altro, dimostrano l'efficacia delle forze di contrasto delle organizzazioni criminali.

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

Come si può osservare, nel decennio esaminato in Emilia-Romagna sono stati denunciati complessivamente quasi 180 mila delitti associativi, corrispondenti a circa il 7% di quelli denunciati nell'intera Penisola e a oltre il 43% di quelli denunciati nel Nord-Est²⁹.

Prestando attenzione alla loro composizione numerica, si può notare innanzitutto che le *truffe*, le *frodi* e la *contraffazione* costituiscono i reati più diffusi fra tutti quelli esaminati: con quasi 115 mila casi denunciati, di cui circa il 95% sono costituiti da truffe e frodi (comprese quelle informatiche), essi infatti assorbono oltre due terzi della massa delle denunce qui esaminate.

Decisamente meno frequenti, ma comunque rilevanti sul piano numerico, sono poi i reati che riguardano gli *stupefacenti* e la *ricettazione*: per quanto riguarda i primi, nel periodo considerato in regione ne sono stati denunciati quasi 26 mila, in gran parte riguardanti lo spaccio, mentre di reati riguardanti la ricettazione ne sono stati denunciati quasi 18 mila. Ancora meno frequenti sono i *furti* e le *rapine organizzate*, che infatti ammontano a oltre 6.000 denunce, e le *estorsioni*, il cui ammontare è pari a quasi 6 mila casi. I *danneggiamenti* e gli *attentati dinamitardi e incendiari* sono circa 3.700, i reati di *sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione* oltre mille, i reati riguardanti il *riciclaggio e l'usura* quasi 1.400, di cui più di 1.000 riguardanti il riciclaggio e l'impiego di denaro illecito. I casi di *associazione a delinquere*, infine, sono poco più di 300, di cui solo 4 di tipo mafioso. (Per completezza, si segnala un solo caso di *omicidio per motivi di mafia*, consumatosi nella provincia di Parma nel 2010; questo omicidio rappresenta l'unico di stampo mafioso consumatosi nel Nord-Est).

TABELLA 2:

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

	EMILIA-ROMAGNA			ITALIA			NORD-EST		
	Totali delitti denunciati	medio annuale media	Tasso su 100 mila ab.	Totali delitti denunciati	medio annuale media	Tasso su 100 mila ab.	Totali delitti denunciati	medio annuale media	Tasso su 100 mila ab.
Truffe, frodi e contraffazione	114.171	7,9	258,1	1.533.289	8,2	254,5	274.894	9,8	237,1
Stupefacenti	25.841	2,4	58,4	355.472	2,1	59,0	58.959	2,4	50,8
Ricettazione e contrabbando	17.913	-3,5	40,5	230.420	-4,2	38,3	37.242	-3,8	32,1
Furti e rapine organizzate	6.106	-5,1	13,8	82.014	-6,9	13,6	11.334	-4,4	9,8
Estorsioni	5.768	11,4	13,0	80.529	5,2	13,4	11.538	9,3	10,0
Danneggiamenti, attentati	3.743	-2,1	8,5	95.934	-2,5	15,9	8.066	-2,3	7,0

²⁹ Sugli oltre 2 milioni di reati denunciati complessivamente in regione nei dieci anni considerati, i reati che qui abbiamo definito "associativi" da soli costituiscono circa il 7%.

Sfruttamento della prostituzione	1.072	-9,8	2,4	10.523	-11,4	1,7	2.166	-9,0	1,9
Riciclaggio	1.008	12,0	2,3	17.033	4,1	2,8	2.532	8,9	2,2
Usura	369	17,1	0,8	3.466	-5,5	0,6	635	4,7	0,5
Associazione a delinquere	321	5,3	0,7	8.370	-4,0	1,4	1.059	-3,1	0,9
Omicidi di mafia	1	-100,0	0,0	469	-4,7	0,1	1	-100,0	0,0
Totale delitti associativi	176.313	5,0	398,6	2.417.519	4,8	401,3	408.426	6,4	352,2

Fonte: Nostra elaborazione su dati SDI del Ministero dell'Interno.

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

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

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

Come si può osservare nella tabella successiva (v. tabella 3), la tendenza di questi reati non è stata omogenea nel territorio della regione.

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

1. nella provincia di *Piacenza* sono cresciute oltre la media regionale i reati di riciclaggio, le estorsioni, le truffe, le frodi e la contraffazione, i reati riguardanti gli stupefacenti, lo sfruttamento della prostituzione, i furti e le rapine organizzate e i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari (va fatto notare che riguardo a questi ultimi tre gruppi di reati, la tendenza della provincia è stata opposta a quella della regione: mentre infatti in regione questi reati sono diminuiti, qui sono aumentati sensibilmente);
2. la provincia di *Parma* ha avuto una crescita superiore alla media della regione rispetto ai reati di usura, di riciclaggio, a quelli riguardanti gli stupefacenti e, in controtendenza rispetto a quanto è avvenuto in generale nella regione, ai reati di sfruttamento della prostituzione e ai danneggiamenti;
3. la provincia di *Reggio Emilia* ha registrato una crescita superiore alla media regionale riguardo ai reati di riciclaggio, alle estorsioni e alle truffe, alle frodi e alla contraffazione; in controtendenza rispetto a quanto si è registrato in generale in regione, in questa provincia sono cresciuti anche i reati di sfruttamento della prostituzione e i danneggiamenti;
4. la provincia di *Modena* ha avuto una crescita più elevata di quella media regionale rispetto ai reati di riciclaggio e alle estorsioni; diversamente dall'andamento regionale, in questa provincia sono aumentati anche i furti e le rapine organizzate e i reati di ricettazione e di contrabbando;

5. nella provincia di *Bologna* si sono registrati valori superiori alla media regionale per i reati riguardanti il riciclaggio e le estorsioni;
6. nella provincia di *Ferrara* sono cresciuti in misura superiore alla media le estorsioni, le truffe e i reati riguardanti gli stupefacenti; in controtendenza all'andamento medio della regione, in questa provincia sono cresciuti anche i furti e le rapine organizzate e i danneggiamenti;
7. la provincia di *Ravenna* registra valori superiori alla media della regione relativamente ai reati di riciclaggio, alle estorsioni e a quelli che riguardano gli stupefacenti; diversamente di quanto si è registrato a livello regionale, in questa provincia è cresciuto anche il reato di sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione;
8. la provincia di *Forlì-Cesena* registra valori superiori alla media della regione relativamente ai reati di riciclaggio, alle estorsioni e al reato di associazione a delinquere;
9. la provincia di *Rimini* registra valori superiori alla media regionale riguardo ai reati di riciclaggio e, contrariamente alla tendenza media della regione, ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari.

TABELLA 3:

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

	ER	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN
Usura	17,1	0,0	93,2	0,0	7,8	13,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Riciclaggio	12,0	22,1	15,0	78,1	19,8	3,4	0,0	34,7	100,7	60,8
Estorsioni	11,4	15,3	11,6	17,7	12,9	17,7	12,3	12,9	12,8	11,0
Truffe, frodi e contraffazione	7,9	9,1	7,8	11,1	7,7	8,2	12,7	8,0	4,3	6,2
Associazione a delinquere	5,3	0,0	0,0	0,0	2,6	28,9	0,0	0,0	153,7	0,0
Stupefacenti	2,4	11,3	8,8	1,4	2,7	1,9	7,0	3,9	2,2	0,2
Sfruttamento della prostituzione	-9,8	29,4	94,4	22,3	-6,3	-8,8	-4,3	6,9	-17,3	-18,8
Furti e rapine organizzate	-5,1	1,0	-2,1	-5,3	2,6	-4,6	1,1	-7,5	-8,1	-2,9
Ricettazione e contrabbando	-3,5	-1,0	-2,0	-4,2	0,9	-2,4	-1,7	-2,8	-4,7	-4,8
Danneggiamenti, attentati dinamitardi	-2,1	0,3	7,4	1,6	-0,7	-0,6	7,9	-2,1	-9,3	5,4
Omicidi di mafia	-100,0	0,0	-100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale	5,0	6,7	6,1	6,5	5,5	5,2	8,6	4,5	2,1	2,5

Fonte: Nostra elaborazione su dati SDI del Ministero dell'Interno.

Interessante è il quadro che emerge di questi reati osservandone l'incidenza sulla popolazione residente (c.d. tassi di delittuosità su 100 mila residenti).

Come si può osservare ancora nella tabella 2, l'Emilia-Romagna detiene tassi di delittuosità superiori alla media italiana per quanto riguarda le truffe, le frodi e la contraffazione (258,1 vs 254,5 ogni 100 mila abitanti), i reati di ricettazione e di contrabbando (40,5 vs 38,3) e i reati di sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione (2,4 vs 1,7 ogni 100 mila abitanti). Tassi inferiori a quelli dell'Italia, la nostra regione li registra invece in relazione ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari (8,5 vs 15,9 ogni 100 mila abitanti), al reato di associazione a delinquere (0,7 vs 1,4), ai reati riguardanti gli stupefacenti (58,4 vs 59), al riciclaggio e impiego di denaro illecito (2,3 vs 2,8 ogni 100 mila abitanti) e alle estorsioni (13 vs 13,4

ogni 100 mila abitanti). Per tutti gli altri reati, i tassi della nostra regione sono sostanzialmente in linea con quelli italiani (furti e rapine organizzate: circa 14 ogni 100 mila abitanti; usura: meno di 1 ogni 100 mila abitanti; omicidi di mafia: quasi 0 ogni 100 mila abitanti).

Rispetto al Nord-Est, invece, la nostra regione detiene tassi di delittuosità sopra la media per la maggior parte dei reati considerati (fatta eccezione per i reati meno frequenti, come l'associazione a delinquere, gli omicidi di mafia, l'usura e il riciclaggio, rispetto ai quali i tassi della nostra regione sono sostanzialmente in linea con il resto della ripartizione geografica a cui appartiene).

Nella tabella successiva sono riportati i tassi medi di delittuosità ogni 100 mila residenti per singola provincia, da cui si può dedurre in quali territori questi reati incidono in misura maggiore rispetto alla media regionale.

TABELLA 4:

Incidenza dei reati denunciati dalle forze di polizia nelle province dell'Emilia-Romagna. Periodo 2010-2019 (tassi medi del periodo su 100.000 residenti)

	ER	PC	PR	RE	MO	BO	FE	RA	FC	RN
Truffe, frodi e contraffazione	258,2	203,0	259,4	201,6	214,6	338,7	221,5	270,5	234,1	292,6
Stupefacenti	58,4	51,9	45,6	39,8	44,6	73,5	52,2	83,9	49,2	80,5
Ricettazione e contrabbando	40,5	28,5	44,4	27,2	29,1	52,4	30,4	54,3	32,3	57,5
Furti e rapine organizzate	13,8	12,1	14,9	10,7	11,4	18,9	10,5	14,1	9,7	16,7
Estorsioni	13,0	11,1	14,6	9,7	8,8	17,9	9,5	11,8	12,1	18,3
Danneggiamenti, attentati dinamitardi	8,5	4,9	7,7	9,0	7,0	10,5	8,8	9,9	5,6	10,3
Sfruttamento della prostituzione	2,4	2,2	1,1	1,3	1,8	2,7	2,6	5,0	2,7	2,6
Riciclaggio	2,3	1,8	1,6	1,6	4,7	1,7	1,2	2,6	1,6	2,6
Usura	0,8	0,6	3,1	1,2	0,6	0,5	0,2	0,3	0,5	0,7
Associazione a delinquere	0,7	0,7	0,7	0,4	0,5	0,8	0,4	0,7	0,7	0,7
Omicidi di mafia	0,0	0,0	0,023	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totali	398,8	316,8	393,1	302,5	323,0	517,5	337,4	453,2	348,4	482,4

Fonte: Nostra elaborazione su dati SDI del Ministero dell'Interno.

In questo caso, il quadro che emerge si può così sintetizzare:

- i tassi di delittuosità della provincia di *Piacenza* sono inferiori alla media della regione per tutti i reati considerati (tranne che per il reato di associazione a delinquere il quale risulta in media con quello della regione);
- la provincia di Parma detiene tassi di delittuosità più elevati della media regionale rispetto alle truffe, alle frodi e alla contraffazione, ai reati di ricettazione e di contrabbando, ai furti e alle rapine organizzate, alle estorsioni e all'usura (va ricordato, inoltre, che l'unico omicidio di mafia avvenuto negli ultimi nove anni in regione, è stato commesso in questa provincia);
- la provincia di *Reggio Emilia* ha tassi superiori alla media regionale riguardo ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi, oltre che all'usura;
- tassi superiori alla media la provincia di *Modena* li registra rispetto al reato di riciclaggio;

5. la provincia di *Bologna* detiene tassi superiori alla media regionale riguardo alle maggior parte dei reati considerati e, in particolare, riguardo alle truffe, alle frodi e alla contraffazione, ai reati riguardanti gli stupefacenti, alla ricettazione e al contrabbando, ai furti e alle rapine organizzate, alle estorsioni, ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari, allo sfruttamento della prostituzione e ai reati di associazione semplice e mafiosa;
6. la provincia di *Ferrara* registra valori medi più elevati della media regionale riguardo ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari e allo sfruttamento della prostituzione;
7. la provincia di *Ravenna* ha tassi di delittuosità superiori alla media riguardo alle truffe, alle frodi e alla contraffazione, ai reati riguardanti gli stupefacenti, alla ricettazione e al contrabbando, ai furti e alle rapine organizzate, ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari, allo sfruttamento della prostituzione e al riciclaggio;
8. la provincia di *Forlì-Cesena* ha tassi superiori alla media riguardo al reato di sfruttamento e favoreggiamento della prostituzione;
9. Rimini, come la provincia di *Bologna* e di *Ravenna*, detiene tassi di delittuosità più alti della media regionale per la gran parte dei reati considerati e, in particolare, riguardo alle truffe, alle frodi e alla contraffazione, ai reati riguardanti gli stupefacenti, alla ricettazione e al contrabbando, ai furti e alle rapine organizzate, alle estorsioni, ai danneggiamenti e agli attentati dinamitardi e incendiari, allo sfruttamento della prostituzione e al riciclaggio.

3. Controllo del territorio, gestione di traffici illeciti, reati economico-finanziari

Una sintesi utile di quanto è stato illustrato finora, è possibile ottenerla dalla tavola 5. La tavola illustra tre diversi indici che misurano l'incidenza della presenza della criminalità organizzata nel territorio della regione. In particolare, gli indici sono stati ottenuti dai reati esaminati più sopra in modo dettagliato, i quali, seguendo quanto è noto in letteratura, sono stati raggruppati in tre diversi ambiti in cui agiscono i gruppi criminali: l'ambito del controllo del territorio; l'ambito della gestione dei traffici illeciti; l'ambito delle attività criminali economiche-finanziarie.

Nel primo ambito - quello che lo studioso statunitense, Anton Block, negli anni '30 chiamava "*Power Syndicate*" - ricadono una serie di reati-spiè che attestano il controllo del territorio da parte delle organizzazioni criminali. Queste attività criminali generalmente sono consolidate e incidono in misura elevata nelle zone di origine delle mafie, o dove le mafie sono presenti da più tempo. Nel caso specifico, afferiscono a questo ambito gli omicidi per motivi di mafia, i reati di associazione a delinquere mafiosa, le estorsioni, i danneggiamenti e gli attentati dinamitardi e incendiari.

Nella sfera della gestione dei traffici illeciti - chiamata da Anton Block "*Enterprise Syndicate*" - ricadono i reati riguardanti gli stupefacenti, lo sfruttamento della prostituzione, i furti e le rapine organizzate, i reati di ricettazione. Queste attività criminali risultano tendenzialmente più diffuse - sia nei territori di origine delle mafie che altrove - dove insistono grandi agglomerati urbani e dimostrano la capacità da parte del crimine organizzato di realizzare e organizzare traffici illeciti particolarmente complessi.

Nella sfera delle attività criminali economiche-finanziarie ricadono i reati di riciclaggio, di usura, le truffe, le frodi e i reati di contraffazione. Queste attività criminali tendono a essere più diffuse nei territori economicamente e finanziariamente più attivi e coinvolgono una rete di soggetti afferenti spesso al mondo delle professioni non necessariamente strutturati all'interno delle organizzazioni, ma per le quali offrono prestazioni specialistiche: i cosiddetti colletti bianchi.

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

criminale per la nostra regione è di 22,2 ogni 100 mila abitanti, quello dell'Italia di 30,8 mentre quello del Nord-Est di 17,9 ogni 100 mila abitanti.

Per quanto riguarda invece gli altri due ambiti di attività la nostra regione detiene tassi leggermente superiori a quelli medi dell'Italia e molti più elevati di quelli Nord-Est. In particolare, riguardo alla gestione dei traffici illeciti il tasso della regione è di 115,2 ogni 100 mila abitanti (quello dell'Italia di 112,9, mentre quello del Nord-Est di 94,9 ogni 100 mila abitanti), mentre per quanto riguarda l'ambito della criminalità economico-finanziaria il tasso regionale è di 261,3 ogni 100 mila abitanti (quello dell'Italia di 258,5, mentre quello del Nord-Est 240,6).

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

TABELLA 5:

Presenza della criminalità organizzata nelle province dell'Emilia-Romagna secondo gli indici di "Power Syndicate", "Enterprise Syndicate" e delle attività criminali economiche-finanziarie. Periodo 2010-2019 (tassi medi del periodo su 100 mila residenti; indice di variazione media annuale del periodo; indice di variazione del biennio 2018-2019).

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

Fonte: Nostra elaborazione su dati SDI del Ministero dell'Interno.

4.2. Contesto interno

4.2.1. Assetto istituzionale e organizzativo dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

L'Istituto Ortopedico Rizzoli è un ente a rilevanza nazionale dotato di autonomia e personalità giuridica che persegue finalità di ricerca, clinica e traslazionale, e di formazione nel campo biomedico, di organizzazione e gestione dei servizi sanitari a livello nazionale e internazionale, insieme a prestazioni di ricovero e cura di alta specialità.

È parte integrante del Servizio Sanitario della Regione Emilia Romagna, nel cui ambito svolge funzioni di alta qualificazione relativamente alle attività di assistenza, di ricerca e formazione. L'Istituto ha inoltre sviluppato nell'ambito della patologia ortopedica specifiche aree di particolare complessità che, per la necessità di elevate competenze professionali e tecnologiche, sono realizzabili solo in un ospedale altamente specializzato. Oltre alla chirurgia ortopedico-traumatologica di base, vengono infatti eseguiti interventi di altissima specializzazione nel trattamento dei tumori dell'apparato muscolo-scheletrico, nella patologia ortopedica pediatrica, nella patologia vertebrale, del piede e degli arti superiori, nella patologia dello sportivo, nella patologia degenerativa articolare dell'anca e del ginocchio, nella diagnosi e trattamento delle malattie genetiche scheletriche.

Ai Dipartimenti dello IOR afferiscono sia UUOO cliniche che Laboratori di Ricerca: l'obiettivo principale dei dipartimenti è infatti la convergenza di competenze delle diverse unità operative per consentire la più stretta integrazione tra attività di ricerca scientifica ed attività assistenziale e di cura.

A livello Regionale sono sette le funzioni Hub riconosciute allo IOR attraverso l'Accordo Regione-IOR: ortopedia oncologica, chirurgia vertebrale, ortopedia pediatrica, revisione e sostituzione di protesi, terapia chirurgica delle gravi patologie infettive ossee, chirurgia del piede, chirurgia dell'arto superiore.

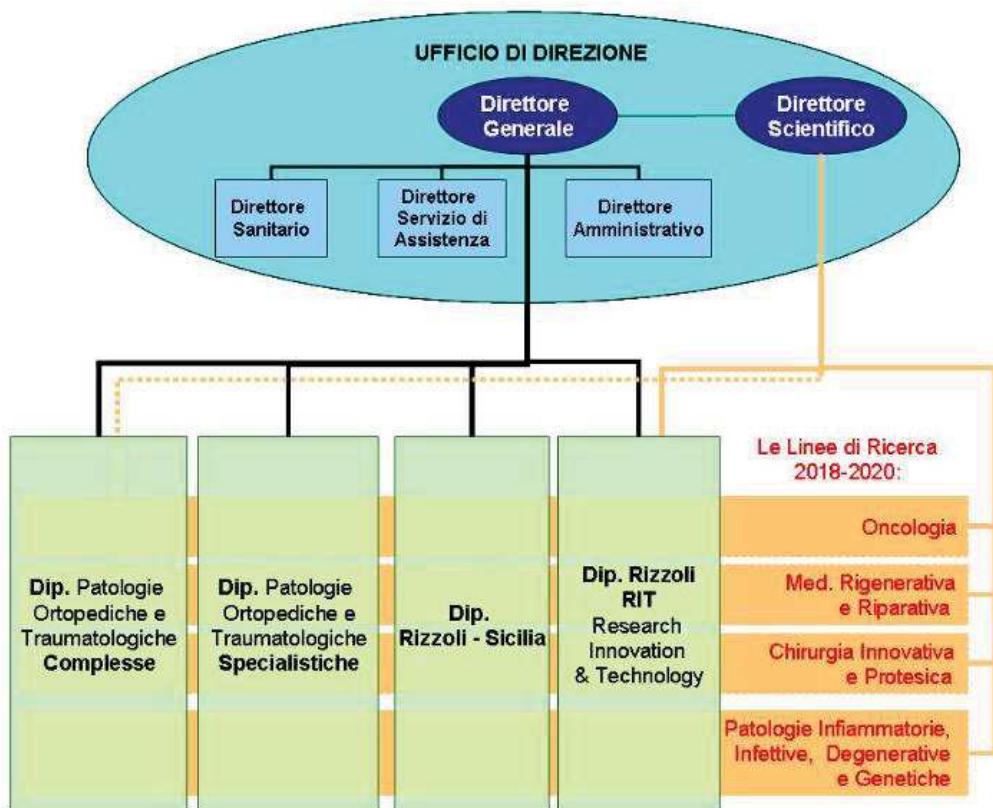
Lo IOR è inoltre di riferimento per funzioni innovative di livello regionale quali: la Banca del Tessuto Muscolo-scheletrico (BTM), il Centro di riferimento coordinatore per le malattie rare scheletriche e la gestione del Registro Regionale di Implantologia Protesica Ortopedica (RIPO) e Registro degli Espianti (REPO).

L'Istituto è altresì riconosciuto Centro Coordinatore dell'European Reference Network (ERN) sulle Malattie Rare (unico Centro Coordinatore ERN riconosciuto all'Italia) e Unità Partecipante all'ERN Rare Cancers and Tumors.

Sul piano organizzativo la struttura dello IOR è regolamentata sulla base della normativa regionale quale IRCCS di diritto pubblico e pertanto la sua organizzazione e il suo funzionamento sono disciplinati dalla normativa regionale e dall'Atto Aziendale. Nell'Atto Aziendale sono presenti i principi generali dell'assetto di governo dell'Istituto, coerenti con i criteri ed indirizzi sanciti all'art. 3 comma 1 bis del d.lgs. n. 502/92 e s.m.i., che riguardano: •il sistema di regole che caratterizzano il contesto entro cui deve svilupparsi l'attività (il SSN, il SSR e l'Università, ecc.); •i criteri che orientano le scelte della Direzione nel pieno rispetto delle relazioni istituzionali e degli obiettivi aziendali; •il modello macro organizzativo che consente il funzionamento dell'Istituto. L'Atto aziendale dello IOR descrive inoltre la *mission*, la *vision* e le attività caratteristiche dello IOR, i rapporti con le Istituzioni, gli Enti del SSN e gli altri *stakeholders*.

Il modello organizzativo dello IOR nasce nel 2008, con la volontà di disegnare una cornice condivisa che permetesse di leggere nell'architettura organizzativa le attività caratteristiche dell'Istituto: Assistenza, Ricerca e Didattica. Integrare la ricerca, l'assistenza e la formazione rappresenta infatti non solo un obiettivo istituzionale, ma soprattutto un valore di riferimento per garantire l'innovazione del sistema e

sviluppare sinergie volte al miglioramento dei percorsi assistenziali all'interno dei quali è inserito il paziente. L'integrazione consente, inoltre, di offrire prestazioni appropriate rispetto al fabbisogno di salute ed organizzate rispetto al processo evolutivo dei bisogni di carattere socio-culturale e psicologico. Il modello organizzativo attuale può essere rappresentato sinteticamente come una "matrice", nella quale le linee di ricerca intersecano le macro articolazioni organizzativo-gestionali (i Dipartimenti):



Il modello organizzativo e le regole di funzionamento relative agli aspetti di governo dell'Istituto sono descritti nel Regolamento Organizzativo Rizzoli (ROR): esso disciplina l'organizzazione e il funzionamento delle macro articolazioni organizzative aziendali e della tecnostruttura organizzativa a supporto dell'azione di governo della Direzione per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali, propri di un IRCCS. In esso vengono inoltre descritti i principali strumenti di gestione utilizzati dall'Istituto, che concorrono al miglioramento dell'attività clinica, di ricerca e organizzativo-gestionale.

L'Istituto Ortopedico Rizzoli svolge una funzione di riferimento per l'ortopedia non solo nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale, ma anche su scala nazionale. L'alta specializzazione ed il livello di competenza acquisiti grazie a più di un secolo di storia, unitamente all'impegno nella ricerca traslazionale, hanno consolidato l'Istituto quale centro di riferimento nazionale, come testimoniato sia dalla persistente capacità di attrazione (nel 2019 il 49% dei ricoverati proviene da fuori regione, percentuale solo lievemente ridotta nel 2020 a causa delle limitazioni agli spostamenti e al lockdown, che ha rimodulato le attività chirurgiche programmate), sia dallo sviluppo di attività di eccellenza in diversi ambiti. L'Istituto non ha un unico committente istituzionale: esso risponde allo Stato, in quanto IRCCS, alla Regione Emilia-Romagna, in quanto azienda sanitaria del SSR, committenza affiancata da quella esercitata dagli enti locali tramite la Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana (CTSSM) di Bologna, secondo il modello vigente nel Servizio Sanitario Regionale (L.R. n. 29/2004).

A questa committenza plurale, ancorché differenziata, si affianca una ancora più articolata situazione degli *stakeholders*: • i pazienti, le rappresentanze dei pazienti (associazioni di tutela) e le associazioni del volontariato (generalmente istituzionalizzate tramite organismi quali il Comitato Consultivo Misto); • il personale dipendente ed i collaboratori (anche coinvolti nel governo aziendale mediante i dispositivi della *clinical governance*), le organizzazioni sindacali; • l'Alma Mater Studiorum – Università di Bologna con cui collabora nel campo della formazione universitaria dal 2010 secondo uno specifico Accordo Attuativo Locale, rinnovato nel 2020; • il mondo della ricerca scientifica in ambito biomedico, sia nazionale che internazionale, nel cui ambito l'Istituto ha da tempo sviluppato rapporti di collaborazione e network per progetti di ricerca, con particolare riferimento alla Rete Alta Tecnologia dell'Emilia-Romagna, di cui l'Istituto fa parte dal 2009; • i fornitori di beni e servizi, nonché i clienti di prestazioni di ricerca industriale.

Con l'integrazione nel Servizio Sanitario Regionale (conseguente alla legge regionale n.29/2004 e n.10/2006) l'Istituto ha sviluppato più forti relazioni con altre aziende sanitarie sia in ambito metropolitano che regionale. La riorganizzazione delle ortopedie in ambito metropolitano realizzata nel 2009 (con conseguente acquisizione della gestione del reparto di Ortopedia dell'ospedale di Bentivoglio) è stato il primo passo verso una sempre maggiore integrazione con le Aziende dell'Area Metropolitana di Bologna, che ha visto poi l'integrazione dei servizi amministrativi e di laboratorio e trasfusionale.

In particolare, il percorso verso una sempre maggiore collaborazione con le Aziende dell'Area Metropolitana di Bologna ha visto:

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

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

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

La "nuova via" dell'integrazione vede poi il rilancio dello IOR come protagonista dell'Ortopedia: • a livello di area metropolitana, con l'avvio del progetto della Rete Traumatologica Metropolitana, che vede lo IOR aprire un reparto di traumatologia presso l'Ospedale Maggiore, sede del Trauma Center Metropolitano, l'apertura di posti letto IOR c/o l'AOU di Bologna, per la gestione dei pazienti oncologici complessi, primi

passi verso la costruzione di un Dipartimento Ortopedico Metropolitano a guida IOR; • a livello di area Vasta e regionale, con l'integrazione con l'AUSL di Ferrara che vede l'apertura del centro Ortopedico IOR presso l'Ospedale di Argenta e l'integrazione con l'AUSL Romagna e UNIBO, per l'apertura della SC di Ortopedia e Traumatologia dello sport e della vita attiva, c/o l'Ospedale Infermi di Rimini.

A seguito dell'Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e la Regione Siciliana, siglato nel 2011, lo IOR ha istituito il Dipartimento Rizzoli-Sicilia a Bagheria (PA), che dal 2012 ha avviato l'attività ambulatoriale e di degenza ortopedica e fisiatrica, concorrendo così all'obiettivo della Regione Siciliana di ridurre la mobilità sanitaria verso le regioni del nord. Tale accordo è stato rinnovato il 14 ottobre 2021, definendo obiettivi sfidanti e nuove regole di collaborazione per il prossimo decennio.

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

Fotografia dell'Istituto Ortopedico Rizzoli

Dal punto di vista meramente quantitativo il peso dell'Istituto in ambito provinciale e regionale è abbastanza contenuto. Al 31 dicembre 2021³⁰ l'Istituto è dotato di 314 posti letto a cui si aggiungono ulteriori 53 posti letto presso la sede di Bagheria (PA). Nel 2021 i casi dimessi complessivamente nelle due sedi sono stati 17.309.

All'attività di ricovero, inoltre, si affianca l'attività specialistica ambulatoriale e diagnostica: 123.203 prestazioni in regime di SSN nelle sedi bolognesi, 103 prestazioni nel nuovo poliambulatorio IOR c/o Ausl Ferrara aperto a novembre 2021 e 10.841 prestazioni specialistiche ambulatoriali presso la sede di Bagheria sempre in regime SSN. Per quel che riguarda il Pronto Soccorso il numero totale di accessi è stato di 27.561.

Il bilancio economico preventivo per l'esercizio 2021 redatto ai sensi del D.L. n. 118/2011 ed approvato con Deliberazione IOR n. 337 del 04.11.2021³¹ evidenzia un risultato d'esercizio (utile) pari a 25.760 euro.

Il valore della produzione è di 175,6 milioni di euro ed il costo della produzione è 171,1 milioni di euro. La spesa per acquisto di beni e servizi è circa 78,3 milioni di euro. Il costo del personale dipendente (al netto dell'IRAP) è circa 68,7 milioni di euro. Per quanto concerne poi la dimensione organizzativa, in termini di dotazione di personale, l'Istituto conta 1.424 unità³², di cui 1.128 unità di personale dipendente del comparto e 267 unità di personale dipendente della dirigenza sanitaria.

Si riportano di seguito i dati relativi al personale dell'Istituto al 31/12/2021.

Personale in servizio a tempo indeterminato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2021			31/12/2021			31/12/2021		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Personale ruolo sanitario medico	164	164		19	19		183	183	
<i>di cui COMANDI IN</i>	<u>2</u>	<u>2</u>		<u>1</u>	<u>1</u>		<u>3</u>	<u>3</u>	<u>0</u>

³⁰ Si precisa che il perdurare dell'emergenza sanitaria Covid19 ha previsto, a marzo 2021, l'apertura di un reparto di terapia intensiva covid con 6 posti letto.

³¹ Le previsioni relative all'esercizio 2021 ed il risultato economico del bilancio economico preventivo riflettono l'impatto che l'emergenza COVID-19 ha avuto sull'andamento della gestione aziendale.

³² Si precisa che i dati relativi al personale dipendente riportati fanno riferimento all'anno 2021.

Personale in servizio a tempo indeterminato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2021			31/12/2021			31/12/2021		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
<u>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENTI RER/ASPETT.S.A</u>	<u>4</u>	<u>4</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1</u>		<u>5</u>	<u>5</u>	<u>0</u>
Personale sanitario non medico	564	41	523	58	1	57	622	42	580
<u>di cui COMANDI IN</u>	<u>4</u>		<u>4</u>	<u>0</u>			<u>4</u>	<u>0</u>	<u>4</u>
<u>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENTI RER/ASPETT.S.A</u>	<u>13</u>		<u>13</u>	<u>3</u>		<u>3</u>	<u>16</u>	<u>0</u>	<u>16</u>
Totale personale ruolo sanitario	728	205	523	77	20	57	805	225	580
Personale ruolo professionale	9	9		0			9	9	
<u>di cui COMANDI IN</u>	<u>1</u>	<u>1</u>		<u>0</u>			<u>1</u>	<u>1</u>	<u>0</u>
Personale ruolo tecnico	255	10	245	0			255	10	245
<u>di cui COMANDI IN</u>	<u>0</u>			<u>0</u>			<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>
<u>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENTI RER/ASPETT.S.A</u>	<u>8</u>	<u>2</u>	<u>6</u>	<u>0</u>			<u>8</u>	<u>2</u>	<u>6</u>
Personale ruolo amministrativo	201	9	192	2	1	1	203	10	193
<u>di cui COMANDI IN</u>	<u>2</u>		<u>2</u>	<u>0</u>			<u>2</u>	<u>0</u>	<u>2</u>
<u>di cui COMANDI OUT/AVVALIMENTI RER/ASPETT.S.A</u>	<u>7</u>		<u>7</u>	<u>1</u>	<u>1</u>		<u>8</u>	<u>1</u>	<u>7</u>
Totale personale a tempo indeterminato	1193	233	960	79	21	56	1272	254	1018

Personale in servizio a tempo determinato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2021			31/12/2021			31/12/2021		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Personale ruolo sanitario medico	17	17		3	3		20	20	
Personale sanitario non medico	22		22	3		3	25	0	25
Personale sanitario della ricerca	52		52				52	0	52
Totale personale ruolo sanitario	91	17	74	6	3	3	97	20	77
Personale ruolo professionale	1	1		0			1	1	
Personale ruolo tecnico	29		29	0			29	0	29
Personale ruolo amministrativo	4		4	0			4	0	4

Personale in servizio a tempo determinato	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2021			31/12/2021			31/12/2021		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Totale personale a tempo determinato	125	18	107	6	3	3	131	21	110

Personale Universitario	Dip. Bologna			Dip. Rizzoli Sicilia			Complessivo		
	31/12/2021			31/12/2021			31/12/2021		
	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto	Totale	Dirigenza	Comparto
Personale ruolo sanitario medico	17	17		0			17	17	
Personale sanitario non medico	0			0			0	0	0
Totale personale ruolo sanitario	17	17	0	0	0	0	17	17	0
Personale ruolo professionale	1	1		0			1	1	
Personale ruolo tecnico	2		2	0			2	0	2
Personale ruolo amministrativo	1		1	0			1	0	1
Totale personale universitario	21	18	3	0	0	0	21	18	3

4.2.2. Mappatura dei processi

In un'ottica di continuità con il lavoro svolto negli anni precedenti, dal 2021 si è intrapreso un percorso innovativo attraverso la mappatura dei processi con la quale si procede all'individuazione e all'analisi dei processi organizzativi aziendali al fine di esaminare l'attività svolta e identificare quali sono le aree maggiormente esposte ai rischi corruttivi.

L'Allegato 1 al PNA del 2019 contiene nuove indicazioni metodologiche per la gestione dei rischi corruttivi implicanti un'importante revisione del precedente sistema.

Nello specifico, se da un lato restano invariate le macro - fasi del processo di gestione del rischio, per ciascuna fase, tuttavia, vengono fornite indicazioni di metodo puntuale sulla loro realizzazione che tutte le amministrazioni, operando secondo il principio di gradualità nel tempo, sono tenute a rispettare per giungere a quelli che possiamo definire i 3 obiettivi del processo di gestione del rischio:

- Obiettivo Macro fase 1. Analisi del contesto: tale fase comprende sia l'analisi del contesto esterno, sia l'analisi del contesto interno, quest'ultima caratterizzata **dalla mappatura completa e approfondita dei processi**.
- Obiettivo Macro fase 2. Valutazione del rischio: consiste nell'effettuazione di un'analisi dei rischi corruttivi fondata su un approccio di tipo qualitativo, ossia fondata su valutazioni motivate dei soggetti coinvolti nel processo di analisi.

- Obiettivo Macro fase 3. Trattamento del rischio: mira a individuare misure idonee a prevenire il rischio corruttivo cui l'organizzazione è esposta e programmare tempi e modalità della loro attuazione.

La macro fase della “mappatura dei processi” si articola nelle ulteriori tre seguenti fasi:

- ❖ l'identificazione;
- ❖ la descrizione;
- ❖ la rappresentazione.

Nel corso del 2021 l'attenzione è stata concentrata in particolare su due aree: quella della Libera Professione e quella dell'Amministrazione Giuridica ed Economica del Personale.

La mappatura dei processi è stata realizzata grazie ad un lavoro ampiamente collettivo: si sono tenuti vari incontri con gli uffici competenti di ciascuna delle suddette aree delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna (Uffici di prevenzione della corruzione ed Uffici Attività Libero Professionale; prevenzione della corruzione ed Uffici relativi alla gestione giuridica ed economica del personale), i quali hanno collaborato alla definizione della metodologia utilizzata e coordinato la mappatura svolta dai settori responsabili delle attività all'interno delle rispettive Aziende.

L'analisi dei macro processi si è avvalsa di un metodo partecipativo attraverso l'integrazione di competenze (conoscenze, capacità e comportamenti) diversificate e provenienti dalle diverse Aziende Sanitari Regionali. In particolare, ciascun gruppo di lavoro si è avvalso di contatti personali, interviste qualitative individuali, colloqui e riunioni collettive. Questa metodologia ha consentito il raggiungimento di due principali obiettivi, ulteriori alla mappatura: integrazione di linguaggi professionali diversi e apprendimento organizzativo. È stato così possibile formalizzare un elenco dei macro processi dell'Area di rischio di riferimento unico per tutte le Aziende che può essere utilizzato come punto di partenza per sviluppare analisi con diverse finalità (gestione del rischio ai fini anti corruttivi, supporto di interventi organizzativi o miglioramento e semplificazione di attività e processi).

Il raggruppamento in macro processi favorisce la ricostruzione della catena dei processi che, dal punto di vista di prevenzione della corruzione, possono essere interdipendenti.

Dopo l'identificazione, al fine di comprenderne le modalità di svolgimento, i processi vengono descritti attraverso le fasi e attività che li compongono e vengono altresì individuate le responsabilità e i soggetti che intervengono nel processo (si veda Allegato 1 del presente PTPCT). In riferimento alla mappatura dei processi relativi alla Libera professione va sottolineato che la scheda di tale area risulta da un ulteriore lavoro di adattamento della scheda utilizzata nei tavoli interaziendali, al fine di un'ottimale contestualizzazione alla realtà IOR, effettuato dal Referente dell'Area Libera Professione in collaborazione con l'ufficio prevenzione corruzione.

In Istituto sono stati inoltre mappati, con metodologia ex all. 1 del PNA 2019, vari processi delle seguenti aree a rischio: area della ricerca e contratti pubblici.

Nel medesimo allegato 1 al presente PTPCT, oltre alle nuove schede di mappatura processi ed analisi dei rischi, si è scelto di mantenere (fatta eccezione, in quanto superati integralmente dal contenuto delle nuove schede citate, per i processi nn. 2, 3, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24) anche le schede di mappatura delle altre aree, aggiornate dal precedente ufficio anticorruzione a partire dal 2019, in attesa

della sostituzione con le nuove schede in corso di perfezionamento. Durante il 2021, infatti, l'attuale ufficio prevenzione della corruzione ha distribuito due nuove schede, una per la mappatura dei processi e una per l'analisi del rischio, (entrambe ottenute in seguito ad un percorso di allineamento con quanto emerso nel gruppo di lavoro del tavolo interaziendale regionale e contestuale adattamento alla realtà dello IOR), in conformità con la metodologia indicata dall'allegato 1 del PNA 2019. Conseguentemente, sono stati organizzati in IOR incontri e colloqui tra l'ufficio anticorruzione ed i Referenti anticorruzione di area (di cui al par. 3.2 del presente PTPCT) e/o relativi Direttori/Responsabili per la graduale ri-mappatura, ex all. 1 del PNA 2019, di tutte le aree dell'Istituto, che, riguardando le aree dell'intero istituto ed essendo iniziata durante la pandemia, è in corso di perfezionamento.

5. IDENTIFICAZIONE, ANALISI E VALUTAZIONE DEL RISCHIO CORRUTTIVO

Anche la macro fase di valutazione del rischio si articola in tre fasi:

- ❖ identificazione
- ❖ analisi;
- ❖ ponderazione.

La finalità di questa attività è quella di consentire l'identificazione delle aree e dei processi a rischio che devono essere presidiati mediante l'implementazione di misure di prevenzione.

L'identificazione del rischio, o meglio degli eventi rischiosi, ha l'obiettivo di individuare quei comportamenti e/o fatti che possono verificarsi in relazione ai processi di pertinenza dell'Amministrazione, nei quali si concretizza il fenomeno corruttivo. Anche in questo caso l>All. 1 del PNA 2019 suggerisce, per l'identificazione degli eventi rischiosi, di utilizzare le fonti informative disponibili, quali ad esempio: l'esame delle segnalazioni, le interviste/incontri con il personale dell'amministrazione, i workshop e i focus group, i confronti (benchmarking) con amministrazioni simili, le analisi dei casi di corruzione.

L>All. 1 del PNA 2019 prevede che la valutazione del rischio sia effettuata attraverso l'individuazione dei cosiddetti "fattori abilitanti della corruzione", presenti in ciascuna fase/attività del processo, ovvero quei fattori di contesto che agevolano il verificarsi di comportamenti e/o fatti integranti fenomeni corruttivi. Viene altresì precisato che i tali fattori per ogni rischio possono essere molteplici e combinarsi tra di loro.

L'ANAC indica, a titolo esemplificativo, i seguenti fattori abilitanti:

- mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli: in fase di analisi andrà verificato se presso l'amministrazione siano già stati predisposti – ma soprattutto efficacemente attuati – strumenti di controllo relativi agli eventi rischiosi;
- mancanza di trasparenza; eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento; esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto;
- scarsa responsabilizzazione interna; inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi;
- inadeguata diffusione della cultura della legalità; mancata attuazione del principio di distinzione tra politica e amministrazione.

Per la stima del livello di esposizione al rischio dei processi e delle relative attività viene indicato l'utilizzo di un approccio di tipo qualitativo che tenga conto di più variabili.

Di seguito sono riportati alcuni indicatori comunemente utilizzati nel processo valutativo:

- livello di interesse “esterno”: la presenza di interessi, anche economici, rilevanti e di benefici per i destinatari del processo determina un incremento del rischio;
- grado di discrezionalità del decisore interno alla PA: la presenza di un processo decisionale altamente discrezionale determina un incremento del rischio rispetto ad un processo decisionale altamente vincolato;
- manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata: se l’attività è stata già oggetto di eventi corruttivi in passato nell’Azienda o in altre realtà simili, il rischio aumenta poiché quella attività ha delle caratteristiche che rendono attuabili gli eventi corruttivi;
- opacità del processo decisionale: l’adozione di strumenti di trasparenza sostanziale, e non solo formale, riduce il rischio;
- livello di collaborazione del responsabile del processo o dell’attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del Piano: la scarsa collaborazione può segnalare un deficit di attenzione al tema della prevenzione della corruzione o comunque risultare in una opacità sul reale grado di rischiosità;
- grado di attuazione delle misure di trattamento: l’attuazione di misure di trattamento si associa ad una minore possibilità di accadimento di fatti corruttivi.

La metodica qualitativa, illustrata dal PNA del 2019, è stata oggetto di approfondimento nell’ambito dei gruppi di lavoro regionale sui processi di Amministrazione del Personale di Libera Professione; in riferimento all’area di Amministrazione giuridica ed economica del personale, è allegato al presente piano il registro dei rischi ottenuto con l’analisi; in riferimento invece all’area della libera professione, va evidenziato che le schede di analisi del rischio risultano da un lavoro di adattamento delle schede già utilizzate nei tavoli interaziendali, effettuato dal Referente dell’Area Libera Professione in collaborazione con l’ufficio prevenzione corruzione, al fine di un’ottimale contestualizzazione e adattamento alla realtà IOR.

In Istituto è stata inoltre effettuata, con metodologia ex all. 1 del PNA 2019, l’analisi del rischio dei processi mappati relativamente alle seguenti aree a rischio: area della ricerca e contratti pubblici.

Nel medesimo allegato 1 al presente PTPCT, oltre alle nuove schede di analisi del rischio, si è scelto di mantenere (eccettuate, in quanto superate integralmente dal contenuto delle nuove schede citate, per le analisi relative ai processi nn. 2, 3, 4, 9, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 21, 22, 23, 24) anche le schede di analisi del rischio delle altre aree, aggiornate dal precedente ufficio anticorruzione a partire dal 2019, in attesa della graduale sostituzione con le nuove schede che, a causa della fine della pandemia e del proposito di effettuare l’analisi rischi, ex all. 1 del PNA 2019, di tutte le aree dell’istituto, è in corso di perfezionamento.

La nuova documentazione allegata sarà quindi la base di partenza per il futuro allineamento anche delle valutazioni svolte in passato

L'attenzione focalizzata negli anni sui processi, procedimenti e procedure delle Aree di Rischio Generali e Specifiche ha riguardato:

AREE GENERALI

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

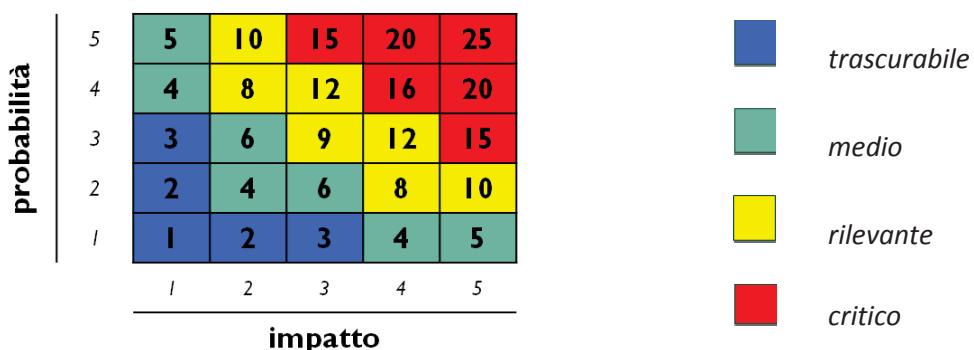
AREE SPECIFICHE PER LA SANITA'

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

Relativamente alle aree suddette, viene annualmente condotta dal RPCT una verifica congiunta con i Responsabili delle strutture interessate, anche attraverso audit, su ciascun processo mappato, sul grado di adeguatezza delle misure adottate e sul monitoraggio messo in atto.

Quanto alla valutazione dei rischi, nelle schede messe a punto negli anni scorsi, era stato utilizzato, fin dal 2015, in ottemperanza agli orientamenti del Tavolo tecnico permanente di Area Vasta Emilia Centro per la prevenzione e la trasparenza, vista le peculiarità e criticità del settore sanitario, il *" criterio del valore massimo"* delle due dimensioni (impatto e probabilità) che nell'analisi del processo riportano il punteggio più alto.

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



In un'ottica di efficienza, al fine di trasferire competenze ed ottimizzare risultati per l'analisi del rischio con metodologia qualitativa, che gradualmente ricomprenda tutte le aree dell'Istituto, è stato organizzato da parte dell'Ufficio Prevenzione e Corruzione, con risorse interne, senza spese aggiuntive per l'Ente, un corso interno, dal titolo "Mappatura dei processi e analisi del rischio corruttivo", svoltosi a inizio 2022, che ha visto sia tra i docenti sia quale direttore scientifico lo stesso RPCT. Tale momento formativo, rivolto sia a personale tecnico e amministrativo, sia a figure professionali sanitarie (per queste ultime è stato previsto,

sub condizione della realizzazione dei necessari requisiti, l'accreditamento ECM), si è posto come obiettivi specifici:

- fornire conoscenze teoriche e abilità pratiche riguardanti la mappatura dei processi e l'analisi del rischio corruttivo, in particolare secondo la metodologia dettagliata da ANAC nell'all.1 al PNA 2019;
- permettere ai partecipanti di acquisire la consapevolezza delle opportunità che la mappatura, l'analisi e la diagnosi dei processi possano fornire ai fini dell'identificazione di misure contro la corruzione.

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

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

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

6.1. Misure Generali

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

6.1.1. Codice di Comportamento

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

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

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

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

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

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

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

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

Si rileva che, alla luce della raccolta delle richieste formative da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione, non sono emerse specifiche richieste di formazione concernenti il tema del codice di comportamento, pertanto si è ritenuto di concentrare la proposta formativa su altre tematiche.

Per il 2022 si prevede comunque di confermare le azioni per la diffusione del codice di comportamento già in essere, in particolare

- Raccolta delle richieste formative ed eventuale organizzazione di corsi di formazione specificamente dedicati al contenuto del Codice di comportamento;
- Predisposizione all'interno degli schemi di incarico, contratto o bando con soggetti esterni all'Istituto della condizione di osservanza dei codici di comportamento con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice;
- Diffusione da parte dell'Istituto, al momento della costituzione del rapporto di lavoro, dei contenuti del Codice e del relativo obbligo di osservanza tramite e-mail e pubblicazione sul sito istituzionale (in apposita sezione dedicata ai neoassunti);
- Pubblicazione del Codice in Amministrazione Trasparente;
- Inserimento nelle schede di budget dei responsabili dei dipartimenti dell'obiettivo della promozione del rispetto del Codice di Comportamento.

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

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

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- è stata inserita all'interno degli schemi di incarico, contratto o bando con soggetti esterni all'Istituto la condizione di osservanza dei codici di comportamento con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal codice;
- è stata data informativa ai dipendenti neoassunti dei contenuti del codice e del relativo obbligo di osservanza;
- non vi sono state segnalazioni al RPCT da parte dei dirigenti responsabili di ciascuna struttura di violazioni del codice;
- non vi sono state segnalazioni al RPCT da parte dell'UPD di violazioni del codice.

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

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

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

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

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

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

predetti rapporti; b) se siano intercorsi o intercorrano con soggetti che abbiano interessi in attività o decisioni inerenti al servizio, limitatamente alle attività a lui affidate. La dichiarazione, resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del DPR 445/2000, è rilasciata in forma completa, utilizzando il modulo predisposto dall'Istituto disponibile sul Portale del Dipendente nella sezione del menù “Dichiarazioni codice di comportamento”. Nel corso del 2017 la RER ha infatti provveduto, in corrispondenza con la redazione del Codice di comportamento unico per i professionisti del SSR, all'implementazione del sistema informatizzato delle dichiarazioni attraverso il software di Gestione Risorse Umane (GRU) con la realizzazione di moduli relativi alle dichiarazioni sul conflitto di interesse, sulla partecipazione ad associazioni od organizzazioni, sull'astensione e quant'altro, da compilare tempestivamente ognqualvolta intervengano dei cambiamenti. La funzionalità del sistema è stata sperimentata nel corso del 2017, con i moduli relativi alle dichiarazioni patrimoniali e reddituali dei dirigenti. La modulistica e le funzionalità del software sono state implementate nel corso del 2018 rendendo disponibili sul Portale del dipendente i moduli utili al rilascio della dichiarazione di assenza di conflitto di interessi, con obbligo di compilazione da parte di tutto il personale. Per agevolare l'adempimento in oggetto, ogni anno viene predisposta apposita informativa sulle modalità di compilazione delle predette dichiarazioni, diffusa sia tramite mail che mediante il Portale del dipendente, contenente anche le risposte alle domande più frequenti.

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

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

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

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

E' stata prevista dunque un'analisi dei dati da parte dell'Ufficio del RPCT, al 30/09, attraverso un'estrazione dal portale, per redigere un report dal quale risulti il numero dei dipendenti che non hanno reso le dichiarazioni e per la conseguente segnalazione ai relativi dirigenti/responsabili al fine della valutazione delle performance dei dipendenti.

Per le percentuali raggiunte nell'anno dichiarazioni 2020-2021, l'obiettivo del 90% almeno delle conferme da parte delle categorie di dipendenti interessati (nonostante il dilagare della pandemia ed il cambiamento dell'ufficio prevenzione corruzione per la nomina di un nuovo RPCT), con verifica del settembre 2021, è stato raggiunto.

Nel corso del 2021 le potenzialità dell'applicativo WHR sono state utilizzate anche per la gestione di un nuovo modulo, in aggiunta a quelli preesistenti, inserito nel sistema GRU WHR a partire dal 09 novembre 2021: l'anno dichiarazioni 2021-2022 è iniziato quindi non il 1° ottobre, ma il 9 novembre 2021 al fine di

consentire la compilazione contemporanea di tutti i moduli ed evitare il rischio che, in caso si fosse optato per la compilazione della modulistica in due tappe, il secondo step venisse dai più dimenticato.

La nuova dichiarazione sul conflitto di interessi introdotta con il Modulo 4 (RT06) "Prevenzione conflitti interessi assegnazione personale" è relativa alla Comunicazione di vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza.

L'art. 7 del DPR n. 62/2013, recepito dal Codice di Comportamento Aziendale all'art.4, sancisce un obbligo di Astensione dei dipendenti pubblici in ordine a decisioni o ad attività che possano coinvolgere interessi propri, di parenti o conviventi.

Inoltre, la Legge Regionale 26 novembre 2001, n. 43 "Testo unico in materia di organizzazione e di rapporti di lavoro nella Regione Emilia-Romagna", all'articolo 18 bis (inserito dalla L. R. 29 novembre 2019, n. 24), che trovi applicazione anche per gli Enti e le Aziende del SSR detta precise disposizioni all'art. 18 bis disponendo che in sede di assegnazione del personale devono essere adottate le misure necessarie ad evitare che dipendenti legati da vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza, prestino servizio in rapporto di subordinazione gerarchica diretta. Tali misure sono applicabili purché l'assegnazione risulti compatibile con i requisiti professionali posseduti. Il personale in servizio che si trovi in una delle condizioni di cui al punto precedente è assegnato ad altra struttura organizzativa dello stesso ente o agenzia, purché in posizione compatibile con i requisiti professionali posseduti. In tali casi possono essere attivate anche procedure di mobilità interna nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti

È quindi opportuno che l'Azienda eviti che dipendenti legati da vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza, prestino servizio in rapporto di subordinazione gerarchica nell'ambito della medesima struttura organizzativa.

Il dipendente dichiarerà, quindi, la propria posizione relativa ai vincoli di parentela o di affinità sino al secondo grado, di coniugio o convivenza nell'ambito della struttura di appartenenza.

Con l'introduzione di suddetta modulistica, si è data quindi contestuale ed ampia diffusione sia all'apertura del nuovo anno delle dichiarazioni, sia alla presenza del nuovo modulo, con mail A TUTTI e con un pop up sul sistema GRU VHR entrambi corredati delle usuali informative e dell'aggiunta di un'informativa specifica sul nuovo "Modulo 4 (RT06)", comprensiva della spiegazione esatta del concetto di parentela ed affinità entro il secondo grado e di esempi pratici; tale specifica informativa è frutto di un lavoro condiviso in ambito di tavolo permanente anticorruzione/trasparenza/integrità degli RPCT e collaboratori.

Da un'estrazione dati effettuata i primi giorni di gennaio 2021 l'iniziale percentuale delle dichiarazioni rese sensibilmente superiore a quella dell'anno-dichiarazioni precedente.

La mancata compilazione dei moduli sull'assenza dei conflitti d'interesse costituisce comportamento contrario ai doveri d'ufficio e al Codice di Comportamento IOR, è fonte di responsabilità disciplinare del dipendente ed incide sull'attribuzione degli incarichi e sul sistema premiante.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- entro la chiusura d'anno sono state raccolte le dichiarazioni per la gestione del conflitto di interessi rilasciate dai dipendenti, con raggiungimento di una percentuale di deposito delle stesse pari al 92,62 %;
- è stata inviata ai dipendenti apposita informativa sulla compilazione delle dichiarazioni.

6.1.3. Rotazione ordinaria del personale

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

La rotazione deve essere in ogni caso correlata all’esigenza di assicurare il buon andamento e la continuità dell’azione amministrativa e di garantire la qualità delle competenze professionali necessarie per lo svolgimento di specifiche attività, in particolare quelle con elevato contenuto tecnico. Pertanto, come specificato da ANAC, si esclude che la rotazione possa implicare il conferimento di incarichi a soggetti privi delle necessarie competenze e tra i condizionamenti all’applicazione di tale misura vi può essere quello della cd. infungibilità derivante dall’appartenenza a categorie o professionalità specifiche.

In sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni sono stati 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”.

Data tale premessa, con specifico riferimento all’Istituto Ortopedico Rizzoli, occorre dare atto della oggettiva difficoltà di attuazione della misura della rotazione del personale in considerazione dei seguenti limiti:

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

Tuttavia, nonostante i sopra illustrati vincoli oggettivi alla realizzazione della misura in oggetto, compatibilmente con l'organico e con l'esigenza di mantenere continuità e coerenza di indirizzo delle strutture nel rispetto dei CCNL, l'Istituto adotta misure alternative alla rotazione atte ad evitare che vi siano soggetti che permangano a lungo nel medesimo ruolo o funzione, detenendo così un controllo esclusivo dei processi; in tal modo, pur non realizzandosi una vera e propria rotazione, si pone in atto un'alternanza dei professionisti negli uffici preposti allo svolgimento di attività nel cui ambito è più elevato il rischio di corruzione. A titolo esemplificativo, per quanto attiene alla nomina delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento dei contratti pubblici, i servizi coinvolti in tale processo garantiscono che la partecipazione alle commissioni di gara venga selezionata attraverso criteri di alternanza del personale, sulla base delle professionalità richieste e compatibilmente con gli altri eventuali ruoli svolti e nel rispetto delle indicazioni normative, al fine di garantire l'alternanza tra chi predispone le caratteristiche tecniche e chi valuta le offerte. Nella selezione dei commissari si tiene altresì conto delle incompatibilità con altre funzioni ad essi assegnate - al fine di non incorrere nei divieti normativamente prescritti -, della sussistenza di eventuali conflitti di interessi - tramite il rilascio di apposite autodichiarazioni - e che vi sia alternanza di soggetti negli affidamenti afferenti agli stessi settori merceologici e alle stesse tipologie di affidamento.

Nell'Istituto vi sono inoltre altri meccanismi organizzativi che hanno effetti analoghi alla misura della rotazione come:

- i numerosi avvicendamenti di incarichi dirigenziali come diretta conseguenza dei numerosi collocamenti a riposo avvenuti nell'ultimo triennio;
- l'unificazione dei servizi amministrativi delle Aziende sanitarie di Bologna con creazione di uffici centrali concentrati nella stessa sede fisica e un'unica direzione che ha dato vita ad una rotazione di fatto non solo per la modifica di sede e di funzioni, ma anche per l'avvio di un percorso di rivisitazione trasversale delle funzioni e dell'assegnazione dei compiti dei dipendenti delle aziende sanitarie coinvolte nel progetto, producendo già di fatto una rotazione dei professionisti.

Nel corso del 2022, al fine di implementare il PTPCT aziendale di prossima adozione, oltre a sistematizzare le misure alternative già in essere, si lavorerà sulla possibilità di una graduale programmazione della misura della rotazione del personale, nei tempi e nelle modalità che rendano praticabile tale misura nel contesto organizzativo dello IOR, partendo dall'individuazione delle funzioni fungibili e utilizzando tutti gli strumenti disponibili in tema di gestione del personale ed allocazione delle risorse.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- Sono state adottate misure alternative alla rotazione atte ad evitare che vi siano soggetti che permangano a lungo nel medesimo ruolo o funzione nell'ambito di attività a più elevato rischio corruttivo

6.1.4. Rotazione straordinaria del personale

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

sono verificati i fatti oggetto del procedimento penale o disciplinare siano attivate idonee misure di prevenzione del rischio corruttivo al fine di tutelare l'immagine di imparzialità dell'amministrazione.

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

La misura della rotazione straordinaria è disposta direttamente dalla legge, ma, al fine di fornire adeguate indicazioni operative e procedurali che possano consentirne la migliore applicazione, il PTPCT 2021-2023 aveva programmato la predisposizione e adozione di apposite linee guida: tali linee guida sono state pertanto adottate con delibera IOR n. 23 del 03/02/2022. All'interno delle stesse, al fine di agevolare le attività di verifica e monitoraggio, è stato previsto il dovere per i dipendenti dell'Istituto di segnalare all'ente l'avvio di procedimenti penali o disciplinari a proprio carico per condotte di natura corruttiva³³.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- sono state predisposte e successivamente adottate apposite linee guida sulla rotazione straordinaria (delibera n. 23 del 03/02/2022)
- le linee guida sono state pubblicate nella sezione di Amministrazione Trasparente "Prevenzione della Corruzione" (<https://www.ior.it/sites/default/files/media/documenti/Linee%20guida%20in%20materia%20di%20rotazione%20straordinaria.pdf>)

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

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

- Far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego;
- Essere assegnati ad uffici che si occupano della gestione delle risorse finanziarie o dell'acquisto di beni e servizi o della concessione dell'erogazione di provvedimenti attributivi di vantaggi economici;
- Far parte delle commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici o per la concessione o l'erogazione di sovvenzioni o benefici

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

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- Sono state raccolte le dichiarazioni rilasciate dal personale ex art. 35 bis del D.Lgs. 165/2001 per

³³ Come rilevato da ANAC nel PNA 2019, infatti, in molti casi i dipendenti non comunicano la sussistenza di procedimenti penali a loro carico.

6.1.6. Conferimento incarichi extra-istituzionali

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

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

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

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

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

Si dà infine atto che il suddetto Regolamento per lo svolgimento degli incarichi extraistituzionali, come previsto nel PTPCT 2021-2023, è stato oggetto di revisione, attesa l'esigenza dell'Istituto di aggiornare la disciplina alla luce delle modifiche organizzative e normative medio tempore intervenute, nonché alla luce del Codice di Comportamento dello IOR, ai fini di una chiara e organica regolamentazione in materia. Il nuovo "Regolamento aziendale in materia di autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali ai sensi dell'articolo 53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2011 n. 165" è stato adottato con delibera n. 360 del 24/11/2021 ed è stato pubblicato nel sito istituzionale IOR – Amministrazione trasparente

(<https://www.ior.it/sites/default/files/media/documenti/IOR%20REGOLAMENTO%20INCARICHI%20EXTRA%20ISTITUZIONALI.pdf>).

Nel corso del 2021 è stata ridefinita la procedura di presentazione della richiesta di autorizzazione e del rilascio della stessa, atteso lo spostamento della relativa competenza dal servizio unificato all'ufficio interno

dell'Istituto (Affari Legali e Generali); si è proceduto di conseguenza ad aggiornare la modulistica per le richieste di autorizzazione degli incarichi, rendendola disponibile nella intranet alla sezione “modulistica e documenti”.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- è stato adottato il Regolamento aziendale in materia di autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali e conseguentemente tutte le autorizzazioni sono state rilasciate nel rispetto dei criteri ivi previsti (delibera n. 360 del 24/11/2021);
- non sono pervenute al RPCT segnalazioni aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati.

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

La legge n. 190/2012 ha introdotto un nuovo comma nell’ambito dell’art. 53 del D.lgs. 165 del 2001 stabilendo che “i dipendenti che, negli ultimi tre anni di servizio, hanno esercitato poteri autoritativi o negoziali per conto delle pubbliche amministrazioni di cui all’art. 1 comma 2, non possono svolgere, nei tre anni successivi alla cessazione del rapporto di pubblico impiego, attività lavorativa o professionale presso i soggetti privati destinatari dell’attività della pubblica amministrazione svolta attraverso i medesimi poteri. I contratti conclusi e gli incarichi conferiti in violazione di quanto previsto dal presente comma sono nulli ed è fatto divieto ai soggetti privati che li hanno conclusi o conferiti di contrattare con le pubbliche amministrazioni per i successivi tre anni con obbligo di restituzione dei compensi eventualmente percepiti e accertati ad essi riferiti”³⁴.

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

L’Istituto, allo scopo di evitare tale rischio corruttivo, prevede che il servizio unificato di gestione del Personale provveda, all’atto di cessazione del rapporto di lavoro, ad informare del divieto sussistente per i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio hanno esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto dell’azienda sanitaria; viene altresì inserita un’apposita clausola all’interno dei contratti di nuova assunzione e di conferimento di incarico dirigenziale.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- all’atto di cessazione dal rapporto di lavoro è stata data informativa circa il divieto di *pantoufage* a tutti i dipendenti che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto dell’Istituto;
- è stata inserita un’apposita clausola all’interno dei contratti di nuova assunzione e di conferimento

³⁴ Il PNA 2019 ha chiarito che devono considerarsi dipendenti con poteri autoritativi e negoziali, ai sensi dell’art. 53 comma 16 ter D.Lgs. 165/2001, i soggetti che esercitano concretamente ed effettivamente, per conto della pubblica amministrazione, i predetti poteri, attraverso l’emanazione di provvedimenti amministrativi e il perfezionamento di negozi giuridici mediante la stipula di contratti in rappresentanza giuridica ed economica dell’ente. Secondo il PNA il rischio di precostituirsi situazioni lavorative favorevoli può configurarsi non solo in capo ai dirigenti o ai funzionari che svolgono incarichi dirigenziali, ma anche in capo al dipendente che ha comunque avuto il potere di incidere in maniera determinante sulla decisione oggetto del provvedimento finale, collaborando all’istruttoria, ad esempio attraverso l’elaborazione di atti endoprocedimentali obbligatori (pareri, perizie, certificazioni) che vincolano in modo significativo il contenuto della decisione.

di incarico dirigenziale.

6.1.8. Inconferibilità di incarichi dirigenziali e incompatibilità

Il tema della inconferibilità e incompatibilità degli incarichi pubblici è disciplinato dal D.Lgs. 39/2013, il quale, all'articolo 1, fornisce una definizione puntuale di questi termini, stabilendo che

- per “inconferibilità” si intende la preclusione, permanente o temporanea, a conferire gli incarichi previsti dal presente decreto a coloro che abbiano riportato condanne penali per i reati previsti dal capo I del titolo II del libro secondo del codice penale, a coloro che abbiano svolto incarichi o ricoperto cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati da pubbliche amministrazioni o svolto attività professionali a favore di questi ultimi, a coloro che siano stati componenti di organi di indirizzo politico
- per “incompatibilità” si intende l’obbligo per il soggetto cui viene conferito l’incarico di scegliere, a pena di decadenza, entro il termine perentorio di quindici giorni, tra la permanenza nell’incarico e l’assunzione e lo svolgimento di incarichi e cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione che conferisce l’incarico, lo svolgimento di attività professionali ovvero l’assunzione della carica di componente di organi di indirizzo politico

In via generale, il D.Lgs. 39/2013 trova applicazione ai fini del conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità amministrativa di vertice nelle pubbliche amministrazioni, negli enti pubblici e negli enti di diritto privato in controllo pubblico.

Il D.Lgs. 39/2013 ha disciplinato il tema del conferimento degli incarichi anche nello specifico ambito sanitario, in particolare agli artt. 3 comma 1 lett. e), 5, 8, 10 e 14 (norme che fanno riferimento solo alle ASL, ma che, come specificato successivamente da ANAC con la delibera ANAC n. 149/2014, si applicano a tutte le strutture preposte all’organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari, inclusi gli IRCCS come l’Istituto Ortopedico Rizzoli).

Dal punto di vista soggettivo, la disciplina dettata da tali articoli limita l’ambito di applicazione delle disposizioni in tema di inconferibilità e incompatibilità nel settore sanitario alle sole figure del Direttore Generale, Sanitario e Amministrativo (l’estensione al direttore scientifico nel caso degli IRCCS si ritiene implicita). Ciò ha trovato conferma anche nella delibera ANAC n. 149/2014 (“Le ipotesi di inconferibilità e di incompatibilità di incarichi presso le ASL, come definite al precedente punto 1, devono intendersi applicate solo con riferimento agli incarichi di direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, attesa la disciplina speciale dettata dal legislatore delegante all’art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012, n. 190, e dagli artt. 5, 8, 10 e 14 del decreto legislativo 8 aprile 2013, n. 39”).

È pertanto fatto obbligo a tali soggetti di rilasciare:

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

Le dichiarazioni vengono acquisite e pubblicate sul sito internet aziendale all’interno dell’area dedicata alla “Amministrazione trasparente” dall’Istituto, in particolare dal servizio individuato come competente

all'interno della griglia degli obblighi di pubblicazione allegata al presente PTPCT (all.2). Ai sensi della Delibera ANAC n. 833/2016, la vigilanza interna sull'osservanza delle norme in materia di inconferibilità e incompatibilità è demandata al Responsabile della Prevenzione della Corruzione, il quale effettua un monitoraggio annuale sulle dichiarazioni e sulla loro corretta pubblicazione su Amministrazione Trasparente; dalle verifiche effettuate dal RPCT sulle dichiarazioni rese dai Direttori nel 2021 non sono emerse situazioni di inconferibilità/incompatibilità con riferimento agli incarichi dirigenziali di vertice all'interno dell'Istituto.

Occorre infine segnalare che il tema dell'ambito soggettivo di applicazione di queste norme, alla luce degli ultimi orientamenti ANAC contenuti nella Delibera n. 447/2019 e in successivi atti, è oggi oggetto di specifico approfondimento di un Tavolo di lavoro a livello regionale, avente ad oggetto l'analisi dell'applicabilità della disciplina di cui all'art. 3, D.lgs n.39/2013 agli incarichi dirigenziali svolti nell'ambito degli enti del Servizio Sanitario non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria; ciò in quanto con la delibera n. 1201 del 18.12.2019, ANAC, al paragrafo 9, prevede l'applicazione della disciplina in materia di inconferibilità e incompatibilità nel contesto sanitario a tutti i titolari di incarichi dirigenziali interni ed esterni con competenze di amministrazione e gestione. Tale orientamento è stato da ultimo confermato dalla stessa Autorità anche con delibera n. 713 del 4.08.2020, la cui massima è così sintetizzata: "Gli incarichi svolti nell'ambito degli enti del servizio sanitario nazionale - non riconducibili ai ruoli della dirigenza sanitaria - sono sottoposti ai limiti e alle preclusioni in materia di inconferibilità e incompatibilità; perciò i dirigenti tecnico-amministrativi, che operano nel contesto delle aziende ospedaliere, sono sottoposti al regime di cui al d.lgs. n. 39/2013."

A conclusione dei lavori è emersa una diffusa preoccupazione in merito alla solidità giuridica dei provvedimenti che le Aziende Sanitarie dovessero adottare in base a tali indicazioni ANAC, laddove queste ultime presuppongono un'interpretazione estensiva della norma che va ben oltre il dato letterale. A ciò si aggiunga che gli istituti normativi in grado di limitare l'elettorato passivo, come quello del caso di specie, non ammettono un'applicazione estensiva di tipo analogico, potendo essere applicati solo ed esclusivamente ai casi tassativamente previsti dalla legge.

Alla luce di quanto sopra, le Aziende sanitarie regionali, con il supporto della Direzione Generale Cura della persona, Salute e Welfare, hanno ritenuto temporaneamente di non estendere l'applicazione della disciplina alla dirigenza amministrativa, tecnica e professionale, in attesa di una più approfondita interlocuzione sul tema con l'Autorità Anticorruzione. Sul punto si richiama la nota P.G.03/11/2021.1012935.U della Direzione Generale dell'Assessorato con la quale è stata comunicata all'Autorità l'attuale posizione delle Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- è stata inviata la richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale di vertice già titolare di incarico e la richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai Direttori titolari di nuovi incarichi da parte del servizio competente;
- le dichiarazioni sono state pubblicate nell'apposita sezione di Amministrazione Trasparente;
- il RPCT ha riscontrato che tutte le dichiarazioni rese e pubblicate sono aderenti al dettato di legge.

6.1.9. Tutela del *whistleblower*

In Italia l'istituto giuridico c.d. *whistleblowing* è stato introdotto dalla legge 6 novembre 2012, n. 190 mediante l'art. 1 c. 51 che ha inserito l'art. 54-bis all'interno del Testo Unico sul Pubblico Impiego,

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

L'Istituto Ortopedico Rizzoli con delibera n. 468 del 12 dicembre 2014, in ottemperanza a quanto previsto dalla L. 190/2012, dal PNA e dalla Circolare 1/2013 del Dipartimento della Funzione Pubblica, ha approvato il "Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite da parte dei dipendenti dell'Istituto Ortopedico Rizzoli di Bologna e relative forme di tutela", al fine di fornire ai dipendenti, comandati e collaboratori a qualsiasi titolo dell'Istituto, tutte le indicazioni e informazioni necessarie per segnalare le condotte illecite.

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

Con delibera n. 469 del 9 giugno 2021, inoltre, l'ANAC ha adottato le "Linee Guida in materia di tutela degli autori di segnalazioni di reati o irregolarità di cui siano venuti a conoscenza in ragione di un rapporto di lavoro, ai sensi dell'art. 54 bis del d.lgs. 165/2001 (cd. whistleblowing)", le quali specificano le procedure per la presentazione e la gestione delle segnalazioni, alla luce della modifica legislativa intervenuta.

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

Lo sviluppo di tale piattaforma per l'Istituto Ortopedico Rizzoli è stato avviato dal servizio ICT nel 2020 e, come previsto dal PTPCT 2021-2023, è stato reso operativo nel corso dell'anno 2021. Mediante tale piattaforma, in particolare:

- è possibile segnalare una condotta illecita attraverso la compilazione di un questionario;
- la segnalazione viene ricevuta dal RPCT e da lui gestita mantenendo il dovere di confidenzialità nei confronti del segnalante;

- al momento dell'invio il segnalante riceve un codice identificativo univoco che deve conservare per poter accedere nuovamente alla segnalazione, verificare la risposta del RPCT ed essere costantemente informato sullo stato di lavorazione della segnalazione inviata;
- la segnalazione può essere fatta da qualsiasi dispositivo digitale (pc, tablet, smartphone) e la tutela dell'anonimato è in ogni caso garantita

Infine, in linea con quanto programmato nel PTPCT 2021-2023, allo scopo di adeguare la procedura di gestione delle segnalazioni di fatti illeciti alle novità introdotte dalla legge n. 179 e all'implementazione del nuovo canale informatico di invio delle segnalazioni, l'Istituto ha adottato, con delibera n. 3 del 3 gennaio 2022, l'aggiornamento del Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite (cd. *whistleblowing*) e relative forme di tutela. Il documento è disponibile nella sezione di amministrazione trasparente dedicata alla segnalazione delle condotte illecite.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- è stato predisposto e adottato il nuovo Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite (cd. *whistleblowing*) e relative forme di tutela;
- il nuovo Protocollo è stato pubblicato in Amministrazione Trasparente (<https://www.ior.it/sites/default/files/media/documenti/Protocollo%20operativo%20per%20la%20gestione%20delle%20segnalazioni%20di%20condotte%20illeggite.pdf>)
- è stata resa operativa la piattaforma informatica IOR per l'invio delle segnalazioni.

6.1.10. Formazione

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

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

I criteri di selezione dei dipendenti sono:

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

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

Alla luce dell'emergenza sanitaria e delle conseguenti limitazioni disposte al fine di garantire il distanziamento sociale, nonché del carico di attività non programmate abbattutosi sul personale delle aziende sanitarie a causa della pandemia, si è proceduto ad una rimodulazione dell'attività formativa con

modalità a distanza e i dipendenti IOR sono stati invitati a partecipare in particolare alle seguenti iniziative formative:

- “Corte dei Conti e responsabilità erariale in sanità”, tenutasi online il 21/10/2021 e avente come focus l’approfondimento delle tematiche legate al danno erariale e la valutazione delle ricadute del DL semplificazioni sulle responsabilità erariali;
- Giornata della Trasparenza e dell’Anticorruzione promossa dalle aziende dell’area metropolitana e Ausl Romagna, tenutasi online il 26/01/2022 sul tema “L’impatto del PNRR nelle aziende sanitarie. Riflessioni sulle sfide in tema di programmazione sanitaria, semplificazione e trasparenza”;
- “Mappatura dei processi e analisi del rischio corruttivo”, tenutasi online il 17/01/2022.

Si ritiene che anche per il 2022, atteso il perdurare dello stato di emergenza, la programmazione dell’attività formativa in materia di anticorruzione e trasparenza sarà orientata sulla modalità FAD e l’individuazione delle tematiche di maggiore interesse per i dipendenti verrà effettuata dal RPCT in collaborazione col Gruppo Aziendale anticorruzione e trasparenza.

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- sono stati svolti i corsi programmati in materia di anticorruzione e trasparenza, in particolare: “Corte dei Conti e responsabilità erariale in sanità”; Giornata della Trasparenza e dell’Anticorruzione sul tema “L’impatto del PNRR nelle aziende sanitarie. Riflessioni sulle sfide in tema di programmazione sanitaria, semplificazione e trasparenza”; “Mappatura dei processi e analisi del rischio corruttivo”.

6.1.11. Patti di integrità

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

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

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

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

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

RENDICONTAZIONE

Nel 2021

- in tutti gli avvisi, bandi di gara o lettere di invito relativi alle procedure di gara svolte dall'Istituto sono stati inseriti i patti di integrità

6.1.12. Trasparenza

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

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione
	Corsi di formazione specificamente dedicati al contenuto del Codice di Comportamento	Fase 1: raccolta delle richieste formative da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza Fase 2: programmazione delle attività formative da parte del RPCT	Triennio 2022-2024
CODICE DI COMPORTAMENTO: strumento finalizzato a regolare le condotte dei dipendenti e dei collaboratori dell'ente e a orientarle alla miglior cura dell'interesse pubblico	Predisposizione all'interno degli schemi di incarico, contratto o bando con soggetti esterni all'Istituto della condizione di osservanza dei codici di comportamento con clausole di risoluzione o decadenza del rapporto in caso di violazione degli obblighi derivanti dal Codice	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
	Diffusione da parte dell'Istituto, al momento della costituzione del rapporto di lavoro, dei contenuti del Codice e del relativo obbligo di osservanza tramite e-mail e pubblicazione sul sito istituzionale (in apposita sezione dedicata ai nuovi assunti)	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione
	Vigilanza sull'effettiva attuazione delle regole contenute nel codice da parte dei dirigenti responsabili di ciascuna struttura	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
	Vigilanza sulle violazioni del codice da parte dell'UPD	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
PROCEDURA DI RILEVAZIONE DELLE SITUAZIONI DI CONFLITTO DI INTERESSI: acquisizione informatizzata delle dichiarazioni concernenti il conflitto di interessi, con obbligo di deposito delle stesse annuale e/o ad ogni variazione contrattuale da parte di tutti i dipendenti	Raccolta e controllo delle dichiarazioni concernenti il conflitto di interessi rilasciate dai dipendenti, con aggiunta del nuovo modulo 4	Fase 1: al 30/09 di ogni anno, analisi dei dati da parte dell'Ufficio del RPCT attraverso un'estrazione dal portale e redazione di un report per determinare il numero dei dipendenti che non hanno reso le dichiarazioni Fase 2: successivo invio del report ai singoli dirigenti responsabili che lo utilizzeranno anche come strumento per la valutazione della performance dei dipendenti Fase 3: verifica delle dichiarazioni in	Fasi 1 e 2: in attuazione Fase 3: da attuare - obiettivo per il triennio 2021-2023

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione
		autonomia da parte dei dirigenti/responsabili di ciascuna struttura	
	Predisposizione di apposita informativa sulle modalità di compilazione delle dichiarazioni contenente anche le risposte alle domande più frequenti	Diffusione tramite mail contestualmente alla richiesta annuale di compilazione e pubblicazione sul Portale del dipendente nella sezione "Comunicazioni"	In attuazione (con aggiornamento in corrispondenza di eventuali mutamenti normativi)
ROTAZIONE ORDINARIA DEL PERSONALE: misura organizzativa preventiva finalizzata a limitare il consolidarsi di relazioni che possano alimentare dinamiche improprie nella gestione amministrativa, conseguenti alla permanenza nel tempo di determinati dipendenti nel medesimo ruolo o funzione; l'effettiva rotazione degli incarichi si rende particolarmente necessaria negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio corruttivo	Rotazione dei funzionari componenti nelle Commissioni di selezione e progressione di carriere del comparto e della dirigenza o adozione di misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
	Rotazione dei funzionari nelle Commissioni di gare per lavori, beni e servizi o adozione di misure alternative in caso di impossibilità di rotazione	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
ROTAZIONE STRAORDINARIA DEL PERSONALE: rotazione del personale nei casi di avvio di provvedimenti penali o disciplinari	Applicazione delle indicazioni operative e procedurali contenute nelle Linee guida in materia di	Comunicazione al RPCT e al SUMAGP da parte dell'UPD dell'avvio di procedimenti	In attuazione

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione
per condotte di natura corruttiva	rotazione straordinaria IOR	disciplinari per condotte riconducibili ai reati di cui all'art. 2 delle Linee guida	
COMMISSIONI E CONFERIMENTO INCARICHI IN CASO DI CONDANNA: divieto per coloro che sono stati condannati, anche con sentenza non definitiva, per reati contro la pubblica amministrazione, di far parte di commissioni di concorso per l'accesso al pubblico impiego, di essere assegnati ad uffici che si occupano di gestione delle risorse finanziarie/acquisto beni e servizi/erogazione provvedimenti attributivi di vantaggi economici, di far parte di commissioni di gara per la scelta del contraente per l'affidamento di contratti pubblici	Raccolta delle dichiarazioni rilasciate dal personale ex art. 35 bis D.lgs. 165/2001	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
CONFERIMENTO INCARICHI EXTRA-ISTITUZIONALI: procedura per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento degli incarichi extraistituzionali del personale dell'Istituto che abbiano carattere di temporaneità, saltuarietà e occasionalità e che non presentino profili di incompatibilità o conflitto di interessi	Rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi extraistituzionali secondo i criteri previsti dal nuovo Regolamento sul regime degli incarichi esterni conferiti ai dipendenti dell'Istituto Verifica delle eventuali segnalazioni pervenute aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati	Applicazione dei criteri previsti dal nuovo regolamento nel rilascio delle autorizzazioni Fase 1: raccolta delle eventuali segnalazioni pervenute Fase 2: inoltro delle eventuali segnalazioni pervenute al RPCT per una sua verifica e valutazione	In attuazione

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione
DIVIETI POST-EMPLOYMENT - PANTOUFLAGE: misura per ridurre il rischio che durante il periodo di servizio il dipendente pubblico possa preconstituirsi situazioni lavorative vantaggiose e sfruttare la sua posizione all'interno dell'amministrazione al fine di ottenere un lavoro presso il soggetto privato con cui entra in contatto	Informativa fornita al dipendente circa il divieto di <i>pantouflage</i> per coloro che negli ultimi tre anni di servizio abbiano esercitato poteri autoritativi e negoziali per conto dell'Istituto	Misura da attuare continuativamente nel corso dell'intera annualità 2022	In attuazione
INCONFERIBILITA' E INCOMPATIBILITA': obbligo per i soggetti ricoprenti incarichi di vertice (DG, DA, DS, DirScient) di rilasciare all'atto di nomina una dichiarazione sull'insussistenza delle situazioni di inconferibilità o incompatibilità previste dal D.Lgs. 39/2013; obbligo di rilasciare con	Richiesta annuale delle dichiarazioni di incompatibilità al personale dirigenziale di vertice già titolare di incarico e richiesta delle dichiarazioni di inconferibilità/incompatibilità ai Direttori titolari di nuovi incarichi	Fase 1: invio della richiesta annuale Fase 2: acquisizione e pubblicazione della dichiarazione su Amministrazione Trasparente	In attuazione

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione
cadenza annuale una dichiarazione sull'insussistenza di cause di incompatibilità alla carica ricoperta	Monitoraggio e verifica annuale delle dichiarazioni di incompatibilità/inconferibilità e della loro pubblicazione su Amministrazione Trasparente	Fase 1: trasmissione al RPCT delle dichiarazioni al momento della loro acquisizione da parte del servizio competente Fase 2: monitoraggio e verifica da parte del RPCT delle dichiarazioni rese	In attuazione
FORMAZIONE: strumento fondamentale per la creazione di un contesto sfavorevole alla corruzione	Approfondimenti specialistici in materia di anticorruzione e trasparenza/contrattualistica pubblica	Fase 1: raccolta delle richieste formative di interesse del proprio servizio da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza Fase 2: programmazione delle attività formative da parte del RPCT	Triennio 2022-2024
TRASPARENZA: strumento posto a presidio della realizzazione di buona amministrazione e misura atta a prevenire la corruzione e promuovere l'integrità e la cultura della legalità		Per la misura generale della trasparenza si rinvia alla specifica	
PATTI DI INTEGRITÀ : strumenti negoziali che nell'ambito delle gare integrano il contratto originario tra amministrazione e operatore economico con la finalità di prevedere una serie di misure volte al contrasto di attività illecite	Applicazione alle procedure di gara	Inserimento nelle procedure bandite della documentazione contenente i patti d'integrità	In attuazione

MISURA GENERALE	Interventi idonei a garantire l'adozione della misura	Fasi/attività per la sua attuazione	Tempi di attuazione

6.2. Misure Specifiche

Per quanto riguarda le misure specifiche per i vari processi si rinvia all'Allegato 1 contenente la Mappatura dei processi a rischio. In tale allegato sono presenti anche le nuove schede messe a punto nel 2021 e compilate in conformità con le indicazioni dell'allegato 1 al PNA 2019.

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

- **Gestione delle liste d'attesa**

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

- **Gestione dell'attività libero professionale**

Nell'ambito della messa in produzione del nuovo gestionale amministrativo della libera professione è stato sviluppato un modulo di gestione dell'attività relativa alle convenzioni con soggetti privati per l'erogazione di consulenze sanitarie specialistiche d'équipe nel quale vengono raccolti tutti i dati di convenzionamento e di produzione (si veda nello specifico, nelle schede indicate, il flusso della nuova scheda "ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN CONVENZIONE") nonché i compensi erogati a fronte degli incassi. Questo modulo rende uniforme e trasparente la gestione delle attività ed è in grado in qualsiasi momento di esporre tutti i dati necessari per eventuali controlli sui professionisti, le tariffe applicate, le quote riconosciute.

- **Gestione degli atti di liberalità**

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

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

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

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

e protesi". La SC Patrimonio e Attività Tecniche ha predisposto, per dare immediato seguito alla deliberazione citata, l'elenco dei fornitori di protesi, presidi ed ausili ortopedici: l'elenco è stato recentemente aggiornato con deliberazione n. 29 del 07/02/2022. La Direzione Sanitaria si impegna nella diffusione e corretta applicazione del suddetto Regolamento, anche mediante la eventuale predisposizione di informative e istruzioni operative.

7. MONITORAGGIO SUL SISTEMA DI GESTIONE DEL RISCHIO

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

Ferma la responsabilità del monitoraggio in capo al RPCT, all'interno dell'Istituto si è ritenuto di prevedere anche per il 2022 un sistema di monitoraggio, sull'attuazione del PTPCT e sull'attuazione e idoneità delle misure di prevenzione della corruzione, su più livelli, in particolare:

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

Esiti monitoraggio 2021

Per quanto concerne il 2021, compatibilmente con la perdurante situazione di emergenza sanitaria, si è proceduto al monitoraggio annuale e ad una costante attività di controllo e implementazione del sito Amministrazione Trasparente.

In particolare, il PTPCT 2021-2023 è stato oggetto di un monitoraggio annuale (al 24 novembre 2021) effettuato tramite la raccolta presso i singoli servizi delle relazioni annuali dettagliate sulle misure e adempimenti previsti dal Piano per le aree di rispettiva competenza, fornendo ai Responsabili/Referenti apposita scheda riassuntiva. Tale forma di monitoraggio non ha un esclusivo fine di verifica ma mira anche ad implementare l'interlocuzione con le singole strutture incentivando la collaborazione e partecipazione attiva al processo di gestione del rischio corruttivo, con l'obiettivo di accertare la corretta applicazione delle misure predisposte e la reale efficacia delle stesse in termini di prevenzione del rischio di fenomeni corruttivi.

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

Il monitoraggio è stato inoltre preceduto da un incontro del Gruppo anticorruzione e trasparenza IOR, tenutosi il 7 ottobre 2021, finalizzato a far emergere anche eventuali dubbi e richieste specifiche concernenti l'attuazione del Ptpct; si specifica che nel corso del 2021 non è stato possibile effettuare due incontri del Gruppo in quanto nel mese di luglio vi è stato l'avvicendamento nel ruolo del RPCT e,

conseguentemente, la convocazione del Gruppo è slittata all'inizio del mese di ottobre al fine di consentire al nuovo RPCT di insediarsi.

Dal monitoraggio è emerso, per l'anno 2021, un buon grado complessivo di attuazione delle misure anticorruttive contenute nel PTPCT.

Dei risultati del monitoraggio si è dato conto anche nella relazione annuale del RPCT per l'anno 2021 di cui all'art. 1 comma 14 della L. 190/2012 pubblicata nella sezione Amministrazione Trasparente del sito IOR.

Con riferimento ai principali interventi finalizzati a garantire l'adozione delle misure generali programmati nel PTPCT 2021-2023, alla luce del monitoraggio effettuato a novembre 2021 si dà in particolare atto che:

- **Codice di comportamento**
 - Dalle schede di monitoraggio raccolte non sono emerse segnalazioni di violazioni o mancate attuazioni delle regole del codice di comportamento all'interno delle diverse strutture
 - L'UPD non ha segnalato al RPCT la presenza di procedimenti disciplinari a carico di dipendenti per violazioni del codice di comportamento
- **Procedura di rilevazione delle situazioni di conflitto di interessi**
 - La percentuale di conferma delle dichiarazioni sul Portale del dipendente è stata pari al 92,62%, con pieno raggiungimento quindi dello standard richiesto dalla RER
 - In data 09/11/2021 è stata data diffusione tramite mail a tutti i dipendenti dell'informativa sulle modalità di compilazione delle dichiarazioni
- **Rotazione straordinaria del personale**
 - Sono state adottate e pubblicate sul sito istituzionale le Linee guida sulla rotazione straordinaria (delibera n. 23 del 03/02/2022)
- **Conferimento incarichi extra-istituzionali**
 - È stato approvato il nuovo "Regolamento aziendale in materia di autorizzazione allo svolgimento degli incarichi extra-istituzionali ai sensi dell'articolo 53 del Decreto Legislativo 30 marzo 2011 n. 165" con delibera IOR n. 360 del 24/11/2021
 - Non sono pervenute al RPCT segnalazioni aventi ad oggetto lo svolgimento di incarichi extraistituzionali non autorizzati
- **Inconferibilità e incompatibilità**
 - Il servizio competente ha provveduto a richiedere e pubblicare nell'apposita sezione di amministrazione trasparente le dichiarazioni di inconferibilità e incompatibilità
 - Dalla verifica effettuata dal RPCT tutte le dichiarazioni rese risultano aderenti al dettato di legge
- **Whistleblowing**
 - Con delibera n. 3 del 03/01/2022 è stato adottato il nuovo Protocollo operativo per la gestione delle segnalazioni di condotte illecite (cd. whistleblowing) e relative forme di tutela e successivamente pubblicato nell'apposita sezione di amministrazione trasparente
 - È stata resa operativa la piattaforma informatica IOR per l'invio delle segnalazioni
- **Formazione**
 - Sono state svolte le attività formative programmate in base alle richieste formative raccolte dai referenti del Gruppo anticorruzione
- **Patti di integrità**
 - I patti di integrità sono stati inseriti negli atti relativi a tutte le procedure di gara effettuate dall'Istituto

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

Pianificazione monitoraggio 2022

Per l’anno 2022, al fine di verificare sia l’osservanza delle misure di trattamento del rischio che la loro effettiva idoneità, si prevede un piano di monitoraggio annuale così articolato:

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

Il monitoraggio sul funzionamento complessivo del sistema di anticorruzione e sull’idoneità delle misure di trattamento del rischio viene effettuato altresì mediante la programmazione delle attività dell’OAS dell’Istituto e del RPCT correlate a quelle dell’OIV-SSR: laddove una o più misure dovessero rivelarsi non idonee a prevenire il rischio, il RPCT dovrà intervenire per ridefinirle. Tale programmazione vede per l’anno 2022 la seguente articolazione:

Attività	Scadenza
Attestazione Trasparenza ANAC	Da definire in base alle indicazioni ANAC
Verifica relazione annuale RPCT	Entro il 31/01/2022
Segnalazione all’OIV-SSR di eventuali disfunzioni inerenti l’attuazione delle misure in materia di prevenzione della corruzione e di trasparenza, inclusi gli obblighi di	Tempestivamente

pubblicazione	
Segnalazione all’OIV-SSR di criticità specifiche emerse	Tempestivamente

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

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

Al fine della predisposizione del PTPCT per il triennio 2022-2024, il RPCT ha avviato nel mese di dicembre 2021 la consultazione pubblica al fine di acquisire proposte e/o osservazioni da parte dei principali portatori di interessi sul Piano 2021-2023 per raccogliere eventuali contributi degli *stakeholders* interni ed esterni e di tutti i cittadini che fruiscono dei servizi prestati dall’Istituto attraverso la presentazione di eventuali proposte e/o suggerimenti utili all’aggiornamento del Piano. Il Piano è inoltre stato reso disponibile sulla Intranet aziendale.

Il testo vigente del PTPCT è stato pubblicato sul sito istituzionale www.ior.it (sezione “Amministrazione Trasparente” – sottosezione “Piano triennale di prevenzione della corruzione”) dal 16/12/2021 al 15/01/2022, con indicazione di come e dove inviare le eventuali osservazioni/suggerimenti.

SEZIONE TRASPARENZA

PREMESSA

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

L' "Aggiornamento 2015 al PNA" dell'ANAC aveva già previsto che il Programma Triennale della Trasparenza e Integrità divenisse sezione del Piano triennale di prevenzione della corruzione; 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).

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

L'Istituto Ortopedico Rizzoli, attraverso lo strumento della pubblicazione sul sito istituzionale "amministrazione trasparente", persegue la finalità di piena apertura verso l'esterno, di partecipazione degli interessati all'attività amministrativa. A tal fine, salvo i limiti previsti dalla normativa e, nello specifico, per la tutela delle categorie di dati particolari di cui all'art. 9 del Regolamento Europeo n. 679/2016) in materia di privacy, vengono pubblicati sul sito <http://www.ior.it/il-rizzoli/amministrazione-trasparente> tutti i dati, gli atti e le informazioni previsti dal d.lgs. n. 33/2013 e s.m.i. nonché da altre disposizioni di legge, secondo l'Allegato 1 della Delibera ANAC n. 1310/2016, seguendo criteri di facile accessibilità, completezza e semplicità di consultazione. Peraltra, da marzo 2022 è online la nuova versione del sito web IOR rinnovato graficamente, full responsive (si adatta a qualsiasi dispositivo usato per la navigazione), con nuovi servizi informativi.

La griglia sugli adempimenti relativi alla trasparenza allegata al presente PTPCT (All.2), è stata predisposta sulla scorta del documento inviato dall'OIV-SSR con Prot. 26/01/2022.0066171.U a sua volta predisposto sulla base della delibera ANAC 1310/2016 (allegato 1, sezione "amministrazione trasparente" - elenco degli obblighi di pubblicazione), alla luce degli indirizzi via via forniti e di quanto discusso nell'ambito del Tavolo regionale di coordinamento dei RPCT, adattandone i contenuti alle specifiche esigenze aziendali, sicuramente per quanto attiene all'individuazione delle specifiche responsabilità rispetto ai diversi obblighi di pubblicazione. È stata compilata anche la colonna "Termini di effettivo aggiornamento", contenente tempistiche di aggiornamento standard definite sulla base di quanto rilevato in questi anni. Inoltre, rispetto allo scorso anno, a seguito di modifiche organizzative aziendali, sono variate alcune responsabilità rispetto agli obblighi di pubblicazione. Tuttavia, fermo restando le peculiarità proprie dell'Istituto, come sopra specificato, la griglia sugli adempimenti è stata redatta nell'ottica di un sostanziale allineamento all'interno del SSR, col fine di contribuire ulteriormente alla facilitazione dell'accesso alle informazioni presenti nei vari siti Amministrazione trasparente.

1. LA NOZIONE DI TRASPARENZA

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

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

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

2. TRASPARENZA E PRIVACY

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

Il quadro delle regole in materia di protezione dei dati personali si è consolidato con l'entrata in vigore, il 25 maggio 2018, del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 (cd GDPR) e, il 19 settembre 2018, del decreto legislativo 10 agosto 2018, n. 101 che adegua il Codice in materia di protezione dei dati personali - decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - alle disposizioni del Regolamento (UE) 2016/679. Peraltro, il regime normativo per il trattamento di dati personali da parte dei soggetti pubblici è rimasto sostanzialmente inalterato, essendo confermato il principio che esso è consentito unicamente se ammesso da una norma di legge o, nei casi previsti dalla legge, di regolamento.

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

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

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

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

I diversi livelli di responsabilità definiti sono:

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

Per quanto riguarda il Data Protection Officer (DPO), a far tempo dal 01.07.2018, l'espletamento delle funzioni di tale figura è assicurato in via integrata per le esigenze dell'Azienda USL di Bologna, di IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, dell'Azienda USL di Imola, di Montecatone Rehabilitation Institute S.p.A. e dell'Istituto Ortopedico Rizzoli, consentendo alle Aziende dell'area bolognese di adottare un modello organizzativo privacy interaziendale uniforme, perseguito percorsi analoghi e condividendo soluzioni in relazione agli specifici adempimenti normativi.

L'Istituto ortopedico Rizzoli, con delibera n. 235 del 26 luglio 2021 ha preso atto del conferimento dell'incarico alla dott.ssa Federica Filippini di Responsabile di Struttura semplice "Data Protection Officer Interaziendale" e della sua designazione di Responsabile della Protezione dei Dati interaziendale, ai sensi dell'art. 37 del Regolamento (UE) 2016/679, a decorrere dal 01.07.2021 per la durata di cinque anni, come da deliberazione dell'IRCCS AOU n.194 del 30.06.2021

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

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

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

L'ANAC, alla luce della Sentenza della Corte Costituzionale, con Delibera n. 586 del 26 giugno 2019, ha fornito nuove indicazioni sull'applicazione dell'articolo 14 del Decreto Trasparenza, estendendo l'ambito soggettivo di applicazione della comunicazione e pubblicazione dei dati patrimoniali ad altre categorie di pubblici dipendenti, non menzionati nella sentenza della Corte costituzionale, tra i quali i direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa delle Aziende del SSN, in quanto titolari di posizioni apicali, ovvero a capo di strutture articolate al loro interno in uffici dirigenziali.

L'interpretazione estensiva della sentenza fornita da tale Delibera ANAC ha creato per le amministrazioni interessate difficoltà applicative non di poco conto, in quanto contraria al dettato normativo e a quanto stabilito dalla Consulta. Ciò ha portato la Confederazione Cosmed ad impugnare la delibera n. 586/2019 dell'ANAC dinanzi al TAR Lazio il quale annullava la Delibera con la sentenza n. 12288 del 20 novembre 2020 stabilendo che i dirigenti medici responsabili di struttura complessa, non ricoprendo ruoli di vertice, non sono tenuti a fornire all'amministrazione di appartenenza per la conseguente pubblicazione sul web, i dati dei redditi percepiti e dei patrimoni posseduti.

La situazione poc'anzi descritta, riguarda unicamente la pubblicazione e non il deposito di tali dichiarazioni sul quale, invece, né la Corte Costituzionale, né il legislatore si sono mai espressi. Infatti, la normativa vigente (DPR n. 62/2013, art. 13) ed il codice di comportamento IOR (art. 12) prevedono tutt'ora per i dirigenti l'obbligo di deposito (cioè la trasmissione al datore di lavoro pubblico dei dati patrimoniali e reddituali).

Tuttavia, a fine dicembre 2019, la RER ha dato indicazione di sospendere la raccolta di tali dati, indicazione confermata, anche per il 2021 (PG n. 8125 del 26/05/2021). Trattasi dunque di un orientamento della RER la quale, anche in coerenza di quanto emerso nell'ambito del Tavolo di confronto con i Responsabili aziendali della prevenzione della corruzione e della trasparenza, ha ravvisato *l'opportunità* di sospendere temporaneamente anche il deposito e l'aggiornamento annuale delle dichiarazioni patrimoniali e reddituali da parte del personale dirigente delle aziende ed enti del SSR, fermo restando l'obbligo di deposito per le posizioni di vertice strategico.

In questo scenario complesso e incerto, solo l'intervento del legislatore potrà fornire delle risposte.

Il percorso è stato avviato dall'emanazione del Decreto Legge 30 dicembre 2019, n. 162, il quale all'art. 1 comma 7, affida ad un regolamento governativo di delegificazione l'individuazione dei dati che le amministrazioni devono pubblicare con riguardo ai titolari di incarichi dirigenziali, anche con riferimento ai dirigenti sanitari di cui all'art 41, comma 2 del D.Lgs. 33/2013.

Il regolamento dovrà rispettare i criteri direttivi dettati dal Decreto Legge sopra menzionato i quali stabiliscono che gli obblighi di trasparenza debbano essere graduati in relazione al livello di potere gestionale correlato all'incarico dirigenziale attribuito e che i dati relativi alla dichiarazione patrimoniale e reddituale possano essere anche oggetto di mera comunicazione all'amministrazione di appartenenza.

Il regolamento, tuttavia, non risulta essere stato ancora adottato.

Nelle more dell'adozione del regolamento governativo, gli obblighi di pubblicazione inerenti la situazione patrimoniale e reddituale permangono solo in capo ai dirigenti apicali e, nello specifico per quanto riguarda il personale degli enti SSR, solo per i componenti del vertice strategico (DG, DA, DS, DIR SCIENT per lo IOR).

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

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

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

Accanto al Responsabile, in conformità a quanto disposto dal Decreto del 2013, come modificato dal D.lgs. 97/2016, i Direttori/Dirigenti responsabili degli uffici interessati dall'obbligo di pubblicazione hanno il

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

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

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

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

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

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

A causa dell'emergenza sanitaria, che ha obbligato l'Istituto rivalutare le priorità e a differire alcune attività, non è stato possibile riunire il Gruppo nel primo semestre del 2020; la prima convocazione del Gruppo è avvenuta perciò il 25 novembre 2020.

Nel corso del 2021, invece, il Gruppo Anticorruzione e Trasparenza si è tenuto in data 7 ottobre 2021; non è stato possibile effettuare due incontri del Gruppo in quanto nel mese di luglio vi è stato l'avvicendamento nel ruolo del RPCT e, conseguentemente, la convocazione del Gruppo è slittata all'inizio del mese di ottobre al fine di consentire al nuovo RPCT di insediarsi.

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

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

4. PROCEDIMENTO DI ELABORAZIONE DELLA SEZIONE

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

L'Istituto garantisce la qualità delle informazioni riportate nei siti istituzionali nel rispetto degli obblighi di pubblicazione previsti dalla legge, assicurandone l'integrità, il costante aggiornamento, la completezza, la tempestività, la semplicità di consultazione, la comprensibilità, l'omogeneità, la facile accessibilità, nonché la conformità ai documenti originali in possesso dell'amministrazione, l'indicazione della loro provenienza e

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

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

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

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

5. AGGIORNAMENTO 2022 – 2024 – NUOVI OBBLIGHI DI PUBBLICAZIONE E PROSSIMI OBIETTIVI

L'aggiornamento tiene conto delle modifiche normative a livello regionale e nazionale, delle delibere ANAC, delle indicazioni OIV nonché delle modifiche organizzative all'interno dell'Istituto intervenute nel corso dell'ultimo biennio.

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

- Obblighi di pubblicazione previsti dagli artt. 26 e 27 del D. Lgs. 14 marzo 2013: con la Delibera ANAC del 16 giugno 2021, n. 468, ad oggetto “Obblighi di pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27 d.lgs. n. 33/2013): superamento della delibera numero 59 del 15 luglio 2013 recante “Pubblicazione degli atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati (artt. 26 e 27, d.lgs. n. 33/2013)” l' Autorità Nazionale Anticorruzione ha comunicato di aderire ad una nuova interpretazione degli obblighi previsti dagli artt. 26 e 27 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33 stabilendo che, per atti di concessione di sovvenzioni, contributi, sussidi, ausili finanziari e vantaggi economici erogati in favore di soggetti pubblici o privati, soggetti alla disciplina di cui ai citati artt. 26 e 27 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, si intendono i provvedimenti volti a sostenere un soggetto sia pubblico che privato, accordandogli un vantaggio economico diretto o indiretto superiore a mille euro mediante l'erogazione di incentivi o agevolazioni. Tale soglia si intende raggiunta sia se l'importo è erogato con un unico atto, sia se è erogato con atti diversi che, nel corso dell'anno solare, comportano il superamento della somma di mille euro nei confronti di un unico beneficiario. In questo ultimo caso, ciascuna Amministrazione è tenuta a pubblicare – operando tale pubblicazione come condizione legale di efficacia - l'atto che comporta il superamento della soglia dei 1.000 euro, facendo peraltro riferimento anche alle pregresse attribuzioni che complessivamente hanno concorso al suddetto superamento della soglia; la pubblicazione deve

inoltre avvenire tempestivamente e, comunque, prima della liquidazione delle somme oggetto del beneficio. Per quanto attiene il contesto sanitario, l'Autorità ha specificato che per il SSN la pubblicazione non è prevista per le prestazioni rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Le amministrazioni devo conformarsi a tale obbligo a partire da gennaio 2022.

A seguito di tale Delibera, il Tavolo AVEC e AUSL della Romagna in materia di Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza coordinato dal RPCT dell'Azienda USL di Ferrara, ha promosso una istruttoria comune alle Aziende partecipanti, auspicando il più ampio confronto in ordine ai temi proposti. Tale istruttoria, come stabilito in occasione 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, convocato nella seduta del 20 ottobre 2021, ha inoltre ricevuto gli ulteriori riscontri delle Aziende partecipanti al Tavolo AVEC, giungendo a conclusione con la validazione del documento comune "Orientamenti in ordine all'applicazione da parte delle aziende ed enti del SSR della Delibera dell'Autorità Nazionale Anticorruzione del 16 giugno 2021, n. 468". Il documento comune, così validato, è inoltre stato trasmesso alla Regione Emilia-Romagna per gli ulteriori approfondimenti del caso. Osservato che il sistema di pubblicazione dei dati nella sezione "Sovvenzioni, contributi, sussidi, vantaggi economici" ed in particolare nelle sotto-sezioni denominate "Criteri e modalità" (art. 26, c. 1 del D. Lgs. 33/2013) e "Atti di concessione" (art. 26, c. 2 e art. 27 del D. Lgs. 33/2013) è caratterizzato da particolare complessità, il RPCT ha coinvolto le Strutture Aziendali interessate al fine di una prima ricognizione circa le eventuali modifiche alle pubblicazioni di competenza a far data dal 1 gennaio 2022. A seguito di tale istruttoria, è risultato che le uniche erogazioni riconducibili a tale tipologia di atti, sono i pagamenti delle quote associative e i contributi (una tantum) a sostegno delle associazioni.

- D.L. 31 maggio 2021, n. 77 (convertito in legge n. 108 del 29 luglio 2021 "Decreto Semplificazioni"), con il quale il Legislatore ha modificato l'articolo 29, comma 1 del Codice dei Contratti Pubblici, inserendo tra gli obblighi di pubblicazione, oltre a quelli preesistenti e relativi all'affidamento, anche quelli relativi all'esecuzione. Questo intervento normativo andrà dunque ad impattare sulla struttura e sui contenuti del Profilo del Committente.
- Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi adottati nell'ambito dell'emergenza da Covid19: obblighi di pubblicazione di cui all'art. 42 del D. Lgs. 14 marzo 2013, n. 33, recante "Obblighi di pubblicazione concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente", a cui sono tenute anche le Aziende sanitarie che, nell'ambito dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, in virtù del Decreto presidenziale 20 marzo 2020, n. 42, hanno agito quali Strutture operative del Soggetto attuatore, per l'acquisto di beni e servizi e per la realizzazione di lavori in ambito sanitario, interventi per i quali è stato possibile avvalersi, seppure motivatamente, delle deroghe di cui all'art. 3 dell'Ordinanza n. 630 del 3 febbraio 2020 del Capo del dipartimento della Protezione civile e s.m.i. Inoltre, è stato introdotto l'obbligo di pubblicazione inerente all'utilizzo delle liberalità in denaro introitate nell'ambito dell'emergenza (cfr. art. 99, comma 5, del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27).

Su tale tema il 15/9/2020 (Prot. 0599043) il Servizio Amministrazione SSR ha fornito indicazioni sulle informazioni da pubblicare nella voce "Interventi straordinari e di emergenza", predisposte con la collaborazione dell'OIV-SSR, con riferimento sia ai provvedimenti adottati concernenti gli interventi straordinari e di emergenza che comportano deroghe alla legislazione vigente, sia alle informazioni relative all'utilizzo delle liberalità in denaro introitate nell'ambito dell'emergenza (art.99, c.5, D.L.18/2020). Sono in corso di formalizzazione indicazioni ulteriori dalla Regione sulla rendicontazione delle donazioni in denaro.

- Obblighi di pubblicazione concernenti gli elenchi dei progetti di investimento pubblico: il DL 16 luglio 2020, n. 76, convertito in Legge 120/2020, all'art. 41 dispone l'integrazione dell'articolo 11 della Legge 3/2003 in tema di monitoraggio degli investimenti pubblici; nello specifico prevede che “i soggetti titolari di progetti di investimento pubblico diano notizia, con periodicità annuale, in apposita sezione dei propri siti web istituzionali, dell’elenco dei progetti finanziati, indicandone il CUP, l’importo totale del finanziamento, le fonti finanziarie, la data di avvio del progetto e lo stato di attuazione finanziario e procedurale. Anche su tale tema L’OIV-SSR ha inviato e alle Aziende specifiche indicazioni applicative, garantendo così un’applicazione chiara ed omogenea alla normativa.

Obiettivi Trasparenza 2022

È confermato l’obiettivo dell’Istituto, in ragione della complessità di applicazione del D.Lgs. n.33 del 2013, di proseguire nella progressiva attuazione degli obblighi di pubblicazione previsti dalle norme di legge, per arrivare gradualmente al pieno adempimento sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati, dell’aggiornamento e apertura dei formati. Altro obiettivo è quello del rispetto dei termini di risposta alle istanze di accesso che pervengono in Istituto.

Di seguito è riportata invece una tabella riassuntiva dei principali obiettivi operativi in materia di trasparenza che si intendono confermare/raggiungere nel corso dell’anno 2022.

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Implementazione e integrazione della pubblicazione inerente agli atti di concessione, sovvenzioni, contributi, sussidi e attribuzione di vantaggi economici a persone fisiche ed enti pubblici e privati	fase 1: raccolta delle informazioni richieste dalla normativa relative ai pagamenti delle quote associative fase 2: pubblicazione in formato tabellare secondo le indicazioni normative	Nel corso del primo semestre 2022	AALLGG	pubblicazione su AT dei contributi erogati a favore delle associazioni/organizzazioni in tabelle riassuntive complete di tutte le informazioni richieste dalla norma, come interpretata da ANAC

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Rivisitazione e aggiornamento della tabella di ricognizione dei procedimenti amministrativi secondo il nuovo assetto organizzativo	fase 1: individuazione dei procedimenti del servizio di propria afferenza in base al nuovo ROR; fase 2: modifica della tabella attualmente pubblicata	misura attuata continuativamente	tutte le articolazioni amministrative/responsabile pubblicazione	numero procedimenti aggiornati/numero procedimenti da aggiornare
Assolvimento del nuovo obbligo di pubblicazione inerente alla pubblicazione dell'elenco dei progetti finanziati, indicandone il CUP e una serie di altre informazioni previste dalla norma	fase 1: selezione CUP attivi all'anno 2022; fase 2: pubblicazione nella relativa sottosezione	con riferimento al 31/12/2022: entro 28/2 dell'anno successivo	SC PAT; Amm. Ricerca/ICT/altri servizi coinvolti/ responsabile pubblicazione	pubblicazione dell'elenco progetti finanziati attivi al 2022 su AT; aggiornamento del sito nei tempi previsti
Implementazione delle pubblicazioni in formato tabellare sulle procedure di affidamento ai sensi dell'art. 1, comma 32 l. 190/2012,	fase 1: individuazione di metodologie di pubblicazione in linea con le migliori prassi fase 2: pubblicazione tabelle nella relativa sottosezione	misura attuata continuativamente	SC PAT / altri servizi coinvolti nelle procedure/responsabile pubblicazione	pubblicazione su AT delle procedure di affidamento in tabelle riassuntive complete di tutte le informazioni richieste da ANAC

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Eliminazione da Amm. Trasp. dei dati obsoleti	fase 1: verifica che dati, le informazioni e i documenti non siano pubblicati da più di 5 anni, decorrenti dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello da cui decorre l'obbligo di pubblicazione e che gli atti pubblicati producano ancora i loro effetti fase 2: eliminazione dei dati per i quali tale termine sia decorso e degli atti non più produttivi di effetti	misura attuata continuativamente	Responsabile della pubblicazione/OAS/ RPCT/Servizi coinvolti	numero dati pubblicati oltre il periodo di pubblicazione obbligatoria/numero dati pubblicati
Approfondimenti in materia di trasparenza/ accesso	fase 1: raccolta delle richieste formative di interesse del proprio servizio da parte dei Referenti del Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza fase 2: programmazione delle attività formative da parte del RPCT	Triennio 2022-2024	RPCT / Dirigenti/responsabili di ciascuna struttura/ Referenti Gruppo aziendale anticorruzione e trasparenza	numero corsi attivati/ numero corsi previsti

OBIETTIVO OPERATIVO	FASI/ATTIVITA' PER LA SUA ATTUAZIONE	TEMPI DI ATTUAZIONE	SERVIZI/UFFICI RESPONSABILI DELL'ATTUAZIONE	INDICATORI DI MONITORAGGIO
Monitoraggio adempimento obblighi di pubblicazione ex D.Lgs. 33/2013	Ogni semestre. fase 1: richiesta dell'RPCT ai Responsabili dei flussi informativi di appositi report/relazioni/questionari sullo stato di attuazione degli obblighi di pubblicazione; fase 2: verifica del RPCT, per ciascun obbligo di pubblicazione, circa l'effettiva presenza di dati, documenti e informazioni all'interno delle sezioni e sottosezioni di "Amministrazione Trasparente"; fase 3: per i casi di mancato adempimento o adempimento parziale valutazione e accordo con RPCT sulle azioni e la tempistica per il rientro	semestrale + singoli controlli a campione nel corso del semestre	RPCT	realizzazione del monitoraggio: moduli attestazioni e relazioni compilati/moduli attestazioni e relazioni richiesti

6. DATI DA PUBBLICARE

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

pubblicazione ai sensi di norme ulteriori rispetto al d.lgs. n. 33/2013 e che non risultano riconducibili ad alcuna delle sotto-sezioni previste dall'allegato A del predetto decreto.

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

In sintesi, devono essere pubblicati nel sito istituzionale:

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

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

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

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

Il sistema di gestione documentale in uso presso l’Istituto (BABEL) consente di digitalizzare il processo relativo alle delibere, determinate 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 sistema informatico di gestione dei procedimenti amministrativi (GIPI) che a partire dalla sua entrata in vigore (luglio 2018) consente, anche mediante integrazione con i diversi flussi documentali, la semplificazione nella gestione dei documenti e degli obblighi di pubblicazione, al momento limitatamente al “registro degli accessi”.

6.1. Durata e decorrenza della pubblicazione

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

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

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

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

Da ultimo occorre dare atto che a seguito dell'incontro del Tavolo Regionale di coordinamento RPCT del 20 ottobre 2021, l'OIV ha inviato a tutti gli RPCT aziendali il documento di analisi dei risultati dell'attestazione sull'assolvimento degli obblighi di trasparenza per l'anno 2021 (svolta ai sensi della delibera ANAC 294/2021): lo scopo del documento è stato quello di offrire elementi di confronto e di valutazione per un ulteriore miglioramento dei risultati conseguiti. Nel documento sono stati indicati alcuni aspetti da attenzionare, tra cui la durata delle pubblicazioni. La verifica e il riscontro su tale punto reso all'OIV da parte del RPCT ha avuto un esito positivo: è stato infatti confermato che le informazioni pubblicate vengono conservate sulla sezione "Amministrazione Trasparente" per 5 anni e, nel caso degli atti, fin quando essi producono effetti giuridici; si è poi dato atto che nel 2021 è stata intrapresa un'azione di revisione e di eliminazione delle informazioni più obsolete, azione tuttora in corso in vista della migrazione al nuovo sito web IOR.

6.2. Qualità dei dati pubblicati

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

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

6.3. Forma dei dati di tipo “aperto”

In merito ai dati da pubblicare si precisa che per forma “aperta” si intende che gli stessi debbano essere resi disponibili e fruibili on-line in formati non proprietari, per permetterne il più ampio riutilizzo anche a fini statistici e la 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 di tali dati.

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

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

6.4. Banche dati

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

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

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

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

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

7. VIGILANZA SULL'ATTUAZIONE DEGLI OBBLIGHI DI TRASPARENZA E MISURE DI MONITORAGGIO – STATO DI ADEMPIMENTO

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

Eredi monitoraggio 2021

Per quanto concerne il 2021, compatibilmente con la perdurante situazione di emergenza sanitaria, oltre ad una costante attività di controllo e implementazione del sito Amministrazione Trasparente, sono state svolte due attività di monitoraggio:

1. In occasione del monitoraggio annuale (al 24 novembre 2021) effettuato tramite la raccolta presso i singoli servizi delle relazioni annuali dettagliate sulle misure anticorruzione e adempimenti previsti dal Piano per le aree di rispettiva competenza, fornendo ai Responsabili/Referenti apposita scheda riassuntiva nella quale, tra le altre, veniva chiesto sinteticamente di indicare se le pubblicazioni in materia di trasparenza fossero state regolarmente effettuate. Tale forma di monitoraggio non ha un esclusivo fine di verifica ma mira anche ad implementare l’interlocuzione con le singole strutture incentivando la collaborazione e partecipazione attiva al processo di gestione del rischio corruttivo. Le operazioni di monitoraggio hanno visto la partecipazione, sotto la supervisione del RPCT, dei dirigenti responsabili dei singoli servizi e dei referenti del Gruppo anticorruzione e trasparenza la cui convocazione, come sopra specificato, ha preceduto il monitoraggio.
Da tale monitoraggio è emerso, per l’anno 2021, un buon grado complessivo di adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal cd. Decreto sulla Trasparenza.
2. A settembre 2021, in occasione del monitoraggio semestrale sul rispetto degli obblighi di pubblicazione, il RPCT ha richiesto un’attestazione, da parte dei Responsabili dei servizi, ognuno per gli obblighi di propria competenza, sullo stato di attuazione degli obblighi di trasparenza secondo un modello appositamente predisposto. Questi hanno dichiarato per ciascun obbligo di pubblicazione di propria competenza (per agevolare il lavoro il RPCT ha inviato a ciascuno degli

estratti della griglia sulla trasparenza in cui sono stati estrapolati gli obblighi afferenti al servizio), di aver o meno adempiuto, evidenziando eventuali criticità riscontrate nell'adempimento. Anche da tale monitoraggio è emerso, per l'anno 2021, un buon grado complessivo di adempimento degli obblighi di pubblicazione previsti dal cd. Decreto sulla Trasparenza. Alcuni Responsabili hanno poi informato il RPCT di non essere più a capo, a seguito di modifiche organizzative, di alcuni obblighi di pubblicazione, permettendo a questo ultimo di aggiornare la griglia sulla trasparenza allegata al presente PTPCT (All.2). Per i casi di mancato adempimento o adempimento parziale sono state poi valutate e concordate con il Responsabile per la Prevenzione della Corruzione e Trasparenza le azioni e la tempistica per il rientro. È inoltre emersa la necessità, in ordine ai prossimi monitoraggi dell'adempimento degli obblighi di pubblicazione in capo a SUMAGP e SUMAEP, di procedere congiuntamente all'azienda AUSL di Bologna, in modo tale da allineare tempistiche e modalità del monitoraggio.

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

L'Organismo Aziendale di Supporto (OAS) verifica:

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

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

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

Su un piano più complessivo, invece, spettano **all'Organismo indipendente di valutazione (OIV)** compiti di controllo e verifica della corretta applicazione delle linee guida e degli strumenti predisposti dall' ANAC nonché di promozione ed attestazione dell'assolvimento degli obblighi di trasparenza. Infine, compete all'OIV assolvere agli obblighi di comunicazione all'ANAC e di comunicazione delle criticità riscontrate ai competenti organismi interni e di governo dell'Azienda, secondo quanto previsto dalle norme vigenti. Per consentire all'OIV di assolvere alle verifiche previste dall'ANAC, il RPCT fornisce i dati all'OAS in tempo utile, secondo le scadenze previste.

Come ogni anno, l'OIV ha rilasciato le **attestazioni sull'assolvimento degli obblighi di pubblicazione** rispetto a: luogo di pubblicazione, completezza, aggiornamento e tipologia del formato di ciascun documento, con l'obiettivo di "individuare misure organizzative che assicurino il regolare funzionamento dei flussi informativi per la pubblicazione dei dati in Amministrazione Trasparente". In particolare, le macro famiglie di obblighi oggetto di attestazione sono state le seguenti: performance, bilanci, beni immobili e gestione patrimonio, controlli e rilievi sull'amministrazione, bandi di gara e contratti ed interventi

straordinari e di emergenza. Gli esiti del monitoraggio sono risultati positivi, a conferma del lavoro svolto in questi anni.

Pianificazione monitoraggio trasparenza 2022

Per l'anno 2022, al fine di verificare l'adempimento degli obblighi di pubblicazione sotto i diversi profili della completezza delle informazioni pubblicate, della qualità dei dati e dell'aggiornamento, si prevede un piano di monitoraggio annuale così articolato:

- I responsabili dei flussi informativi, trasmettono al RPCT, con cadenza semestrale, ciascuno per gli ambiti di propria competenza, una relazione sui risultati delle attività svolte e dello stato di attuazione delle misure sulla trasparenza adottate, con l'indicazione degli eventuali scostamenti rispetto a quanto prescritto dalla legge e dal Piano. Il monitoraggio viene effettuato attraverso un'analisi puntuale delle pubblicazioni nel sito web aziendale, con verifica completa di tutti gli obblighi. Attraverso queste relazioni, i Responsabili di pubblicazione attestano, per ogni obbligo di pubblicazione di propria competenza: • lo stato di aggiornamento; • la completezza del dato pubblicato; • il formato utilizzato per la pubblicazione. In una logica di miglioramento continuo, i Responsabili di pubblicazione evidenziano, in occasione del monitoraggio, eventuali criticità rilevate nell'attuazione dell'adempimento, con riferimento alla disponibilità e rintracciabilità delle informazioni; riferimenti temporali nella pubblicazione; modalità di adempimento previste; qualità delle informazioni e dei documenti (struttura dei report, set minimo di informazioni previste, formati); eventuali modifiche organizzative intervenute rispetto a quanto riportato nella mappa cognitiva degli obblighi. Alla luce dall'analisi delle relazioni di monitoraggio pervenute successivamente alla scadenza stabilita, l'Ufficio di Supporto RPCT effettua le opportune verifiche, i cui esiti vengono comunicati ai Responsabili di pubblicazione, costituendo la base di partenza per le verifiche previste al prossimo monitoraggio, assicurando così un ciclo continuo di monitoraggio in grado di dare evidenza della storicizzazione dei precedenti.
- Monitoraggio semestrale congiunto per i servizi del personale unificati (SUMAEP e SUMAGP) nelle date del 31 maggio e 30 novembre, come sopra riportato;
- verifiche a campione da parte del RPCT e del suo ufficio di supporto i cui esiti confluiscono in momenti di interlocuzione con i responsabili dei flussi informativi.

Stato di adempimento degli obblighi di pubblicazione

L'adozione annuale della griglia sulla trasparenza (cfr. all. 2 del PTPCT) unitamente alla relazione di monitoraggio semestrale e gli audit interni periodicamente svolti costituiscono i principali strumenti a garanzia del corretto flusso informativo tra i responsabili dei flussi informativi, il responsabile della pubblicazione e il RPCT. L'elenco degli obblighi di pubblicazione consente invece ad ogni Responsabile di pubblicazione di individuare immediatamente ed autonomamente i propri obblighi di pubblicazione, di disporre di opportune indicazioni e suggerimenti relativi alle modalità di adempimento dell'obbligo. L'adozione dell'Elenco per il presente PTPCT, a seguito delle modifiche organizzative medio tempore intervenute ha reso necessario, come detto ai paragrafi precedenti, aggiornare la rete dei Responsabili di pubblicazione e organizzare specifici incontri con questi ultimi per ridefinire gli obblighi di pubblicazione di competenza dopo un'attenta e accurata disamina delle attività svolte.

Di seguito le ulteriori azioni specifiche realizzate nel corso del 2021:

- Interventi straordinari e di emergenza: con la proroga dello stato di emergenza fino al 31 marzo 2022 (D.L. n. 221/2021) vengono mantenuti gli obblighi di pubblicazione previsti dal DPCM n. 42/2020 e dalle disposizioni della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, di cui alla nota prot. n. 95181 del 24/09/2020.
- Sovvenzioni, contributi e sussidi: come sopra già ampiamente illustrato, sull'obbligo in questione si è tenuto un confronto in una prima fase tra i RPCT di Area Vasta e Ausl Romagna e successivamente esteso a livello regionale al fine di dare applicazione omogenea agli orientamenti interpretativi contenuti nella Delibera ANAC n. 468 del 16/06/2021. Terminati questi confronti, si è provveduto ad effettuare un'istruttoria sui servizi interni dalla quale è risultato che le uniche erogazioni riconducibili a tale tipologia di atti, sono i pagamenti delle quote associative e i contributi (una tantum) a sostegno delle associazioni. Pertanto, il RPCT ha provveduto ad allineare il servizio aziendale responsabile della pubblicazione di tali atti fornendo ogni indicazione utile ai fini di un corretto adempimento.
- Elenco dei progetti d'investimento pubblico: all'inizio del 2021 è stato avviato un approfondimento sull'adempimento dell'obbligo in questione. In ragione della complessità dei dati e delle informazioni oggetto di pubblicazione, si è ritenuto di procedere all'adempimento dell'obbligo definendo in fase di prima pubblicazione il termine del 31/03/2021 e per gli anni successivi il termine del 28 febbraio. I dati e le informazioni vengono pubblicati nella sezione "Altri contenuti" dell'Amministrazione Trasparente.
- Dati relativi allo svolgimento di incarichi o la titolarità di cariche in enti di diritto privato regolati o finanziati dalla PA o lo svolgimento di attività professionali: superamento, grazie al confronto in sede di Tavolo AVEC, del disallineamento tra le aziende sanitarie in ordine alle modalità di pubblicazione dell'obbligo in oggetto attraverso la definizione di una modalità condivisa di raccolta e pubblicazione delle relative dichiarazioni.

8. STRUMENTI FUNZIONALI ALLA REALIZZAZIONE E COMUNICAZIONE DELLA TRASPARENZA

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

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

Il sito web aziendale

Il sito web (www.ior.it) 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. Da marzo 2022 è online la nuova versione del sito web IOR rinnovato graficamente, full responsive (si adatta ai dispositivi usati per la navigazione), con nuovi servizi informativi. Oltre al sito IOR la comunicazione web dell'Istituto si avvale anche dei social media (Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram).

Monitoraggio dei dati di accesso al sito

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

La Carta dei Servizi

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

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

Le guide e il materiale informativo per il paziente

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

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

Ascolto degli stakeholders

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

- *Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)*

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

- *Posta elettronica certificata (PEC)*

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

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

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”³⁵, recentemente modificato a seguito del Decreto Legislativo 117/2017. Il testo è disponibile sul sito alla sezione “Tutela del cittadino” in cui è possibile trovare anche l’elenco delle Associazioni autorizzate all’accesso presso le Strutture dell’Istituto.

Comitato Consultivo Misto

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

Ufficio Relazioni Sindacali

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

Giornate della Trasparenza

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

Tali esigenze sono diventate ancora più sfidanti in questo difficile periodo di emergenza sanitaria da Covid-19; per tale motivo, la Giornata della Trasparenza e dell’Anticorruzione del 2021 ha affrontato il seguente tema “L’impatto del PNRR nelle aziende sanitarie. Riflessioni sulle sfide in tema di programmazione sanitaria, semplificazione e trasparenza”.

Di tale importante appuntamento di dialogo e ascolto sulla cultura della legalità è stata data ampia divulgazione tramite pubblicazione della notizia sul sito istituzionale IOR e sulla Intranet aziendale, per mezzo di comunicati agli organi di stampa e informazione, nonché con l’invio dell’invito a tutto il personale

³⁵ Formalizzato con delibera IOR n. 245 del 21/11/2017

tramite messaggi di posta elettronica, ricordando l'utilità della partecipazione ai fini dell'assolvimento dell'obbligo di formazione in materia di anticorruzione.

Il diritto di accesso

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ALLEGATO 1

AL PTPCT IOR 2022-2024

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE OCCASIONALE AMBULATORIALE

Attività di controllo	Fasi	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Congruità con Regolamento ALP	Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, ricognizione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	UFFICIO DI DIREZIONE / UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
Possesso dei requisiti necessari da parte delle strutture richiedenti	Invio lettera convenzione per l'erogazione di prestazioni occasionali ambulatoriali ai sensi art. 15 regolamento ALP	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
	Codifica prestazioni occasionali nell'ambito dell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis e nel sistema informatico di gestione economico/amministrativa ALP Dotazione del Professionista di POS per l'incasso tracciato delle prestazioni ambulatoriali.	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica tempi, tipologia di prestazione, conteggio numero accessi/consulti per professionista	Richiesta prestazioni da parte di pazienti della struttura convenzionata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione	erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi professionista/struttura	MEDICO	UO LIBERA PROFESSIONE
	pagamento prestazioni erogate da parte del paziente	MEDICO	UO LIBERA PROFESSIONE
Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Controlli sull'attività erogata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE DI RICOVERO

Attività di controllo	Fasi	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO	INPUT
Congruità con Regolamento ALP	Pianificazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) verifica e approvazione tariffari di ricovero	DG/DS / UO LIBERA PROFESSIONE /SSD ACCESSO / SAITER RICOVERI	UO LIBERA PROFESSIONE	report
Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALP: definizione prestazioni erogabili, tariffe, limitazioni, equipe di appartenenza	Autorizzazione all'esercizio LP (unica per ambulatoriale e ricovero) inserimento medico nella equipe chirurgica della UO di riferimento, inserimento nelle convenzioni con assicurazioni e fondi sanitari eventuale definizione tariffario personale / in mancanza applicazione tariffe IOR	UO LIBERA PROFESSIONE /SSD ACCESSO	UO LIBERA PROFESSIONE	Richiesta del professionista
verifica coerenza con tariffari delle prestazioni aziendali erogabili in regime di ricovero	Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	MEDICO	UO LIBERA PROFESSIONE	
	Emissione preventivo al paziente sulla base della richiesta del medico	SSD ACCESSO / MEDICO	SSD ACCESSO / UO LIBERA PROFESSIONE	Richiesta medico
	programmazione ricovero: verifica spazi/sale disponibili con CPSE Reparto LP, verifica spazi in Piattaforma ALP	MEDICO / SAITER RICOVERI / SSD ACCESSO	SSD ACCESSO / DIREZIONE SANITARIA	richiesta e pianificazione medico
	Trasmissione della richiesta di ricovero alla CPSE Libera Professione per la programmazione del ricovero e pianificazione delle note operatorie	MEDICO / SAITER RICOVERI / SSD ACCESSO	SSD ACCESSO / DIREZIONE SANITARIA	preventivo sottoscritto e accettazione dal paziente
	Pagamento anticipato 100% prestazione o ricevimento presa in carico da società assistenza complementare	SSD ACCESSO / SUMCF	SSD ACCESSO / UO LIBERA PROFESSIONE	pagamento utente
	prestazione di ricovero / chirurgica	MEDICO/FUNZIONI SANITARIE COINVOLTE	DIREZIONE SANITARIA	ricovero
Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Controlli sull'attività erogata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE	dati erogazioni prestazioni
Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) personale a supporto fuori orario	Controlli sull'attività erogata	SAITER	UO LIBERA PROFESSIONE	turni / marcature
Verifica coerenza DRG SDO con DRG di attribuzione codificato per la prestazione erogata	Controlli sull'attività erogata	UFFICIO CODIFICHE/DIREZIONE SANITARIA	CDG / UO LIBERA PROFESSIONE / SSD ACCESSO	DRG SDO
verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e SSD ACCESSO del personale a supporto		UO LIBERA PROFESSIONE	incassi del periodo di riferimento
coerenza con Regolamento ALP	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE	esiti elaborazioni
coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO LIBERA PROFESSIONE / CDG / ICT / DS	DS / OSSERVATORIO / UO LIBERA PROFESSIONE	esiti elaborazioni
coerenza con Regolamento ALP	monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso CdG (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)	CDG / UO LIBERA PROFESSIONE	CDG / UO LIBERA PROFESSIONE / OSSERVATORIO / DS	flussi informativi

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE IN CONVENZIONE

Attività di controllo	Fasi	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Congruità con Regolamento ALP	Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, ricognizione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	UFFICIO DI DIREZIONE / UO LIBERA PROFESSIONE / DIRETTORI SC SSD MEDICHE	UO LIBERA PROFESSIONE
congruità con Atto di programmazione, possesso dei requisiti necessari alla stipula / rinnovo convenzione da parte delle strutture identificate	Stipula / rinnovo accordi in convenzione per la fornitura di attività specialistica d'équipe a pagamento destinate all'utenza di strutture private non accreditate, definizione standard di comunicazione informazioni all'utenza	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con tariffe concordate, equipes coinvolte	Codifica convenzioni nell'applicativo di gestione ALP2000	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione	erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi equipe/struttura	EQUIPES MEDICHE	UO LIBERA PROFESSIONE
controllo automatico da sistema coerenza equipe/tariffe convenzioni	Rendicontazione prestazioni mensili da parte della struttura convenzionata (prestazioni erogate - giornate ed orari accessi)	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
	emissione fattura differita	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
	Pagamento prestazioni erogate da parte della struttura convenzionata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Controlli sull'attività erogata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento, monitoraggio informazioni e comunicazioni all'utenza da parte delle strutture convenzionate, verifica puntualità invio rendiconti, pagamenti eventuale attività di recupero crediti	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE OCCASIONALE CHIRURGICA

Attività di controllo	Fasi	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Congruità con Regolamento ALP	Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, ricognizione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	UFFICIO DI DIREZIONE / UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
Possesso dei requisiti necessari alla stipula / rinnovo convenzione da parte delle strutture richiedenti	Stipula / rinnovo accordi in convenzione per l'erogazione di prestazioni occasionali ai sensi art. 15 regolamento ALP	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica tempi, tipologia di prestazione, conteggio numero accessi/consulti per professionista	Richiesta prestazioni da parte di pazienti della struttura convenzionata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione	erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi professionista/struttura	MEDICO	UO LIBERA PROFESSIONE
controllo limite consulti per professionista	Rendicontazione prestazioni mensili da parte della struttura convenzionata (prestazioni erogate)	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
	emissione fattura differita	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
	Pagamento prestazioni erogate da parte della struttura convenzionata	UO LIBERA PROFESSIONE/SUMCF	UO LIBERA PROFESSIONE
Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Controlli sull'attività erogata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento, verifica puntualità invio rendiconti, pagamenti eventuale attività di recupero crediti	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE

ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE OCCASIONALE AMBULATORIALE

Attività di controllo	Fasi	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Congruità con Regolamento ALP	Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, ricognizione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	UFFICIO DI DIREZIONE / UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
Possesso dei requisiti necessari da parte delle strutture richiedenti	Invio lettera convenzione per l'erogazione di prestazioni occasionali ambulatoriali ai sensi art. 15 regolamento ALP	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
	Codifica prestazioni occasionali nell'ambito dell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis e nel sistema informatico di gestione economico/amministrativa ALP Dotazione del Professionista di POS per l'incasso tracciato delle prestazioni ambulatoriali.	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica tempi, tipologia di prestazione, conteggio numero accessi/consulti per professionista	Richiesta prestazioni da parte di pazienti della struttura convenzionata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione	erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi professionista/struttura	MEDICO	UO LIBERA PROFESSIONE
	pagamento prestazioni erogate da parte del paziente	MEDICO	UO LIBERA PROFESSIONE
Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Controlli sull'attività erogata	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS	Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE
coerenza con Regolamento ALP	monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento	UO LIBERA PROFESSIONE	UO LIBERA PROFESSIONE

AREA

AREA

Attività libero professionale a pagamento occasionale ambulatoriale

AREA
Attività libero professionale ambulatoriale

PAI	DIPARTIMENTO/ UFFICIO /SERVIZIO INTERESSATO AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FACTOR AMPLIANT			INDICATOR DI RISCHIO			Valutazione complessiva rischio	Motivo
							livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano		
Pianificazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) autorizzazioni studi professionali	Ufficio di Direzione /UO Libera Professione/Salter Poliambulatori/SSD Accesso	Congruità con Regolamento ALP	Possibile disparità di trattamento dei Medici in funzione degli spazi concessi	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	B M = M	Eventuali sono controllate Regolari materiali
Autorizzazione/variazione erogazione alp individuale/equipe	Direzione Generale /UO Libera Professione/Salter Poliambulatori/SSD Accesso	Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALP: definizione spazi ambulatoriali prestazioni erogabili, tariffe, quesiti diagnostici, limitazioni	Errata valutazione per non corretta applicazione delle regole Possibilità di favorire un professionista nell'attivazione (spazi, tempi,...)	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B B M = M	Eventuali sono controllate Regolari materiali
Apertura agende su infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis	SSD Accesso/UO Libera Professione	coerenza con qualità del servizio erogato in SSN (distanziamento pazienti, tipologia di prestazioni e servizi erogati)		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			opacità del processo decisionale			B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
Prenotazione su agende LEPIDA(infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis)	Call center Lepida/SSD Accesso	monitoraggio livelli di disponibilità	possibilità di incentivare il ricorso alla ALP rispetto al SSR	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità					B B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
Pagamento con contestuale emissione fattura (*)	SSD Accesso/UO Libera Professione		Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna	inadeguata diffusione della cultura della legalità		manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata			B B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
Erogazione Libera professione (accettazione utenti, erogazione prestazione e referenziazione su sistema gestionale sanitario IOR (SIR2020) integrato nell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis)	SSD Accesso/ Salter Poliambulatori/Medico erogatore		Mancata accettazione / erogazione / riferito sul sistema gestionale informatico differenza non giustificabile tra utenti prenotati e prestazioni erogate	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata			B M = M	il rischio dall'infarto procedere misure
Pagamento con contestuale emissione fattura (*)	SSD Accesso/UO Libera Professione		Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna	inadeguata diffusione della cultura della legalità		manifestazione di eventi corruttivi in passato nel processo/attività esaminata			B B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
Acquisizione dati attività mensile erogata presente nell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis nel sistema informatico di gestione economico/amministrativa ALP (prestazioni erogate/quantità tipologie date orari / incassi)	UO Libera Professione	RILEVAZIONE INFORMATIZZATA ATTIVITÀ SVOLTA	eventuale malfunzionamento sistema	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di attuazione delle misure di trattamento			B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
Controlli sull'attività erogata	UO Libera Professione	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna			grado di attuazione delle misure di trattamento			M	il rischio dall'infarto procedere misure
Controlli sull'attività erogata	UO Libera Professione	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) personale a supporto fuori orario	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			M	il rischio dall'infarto procedere misure
Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	UO Libera Professione	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Rischio di remunerare LP erogata in orario di lavoro	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			M	il rischio dall'infarto procedere misure
Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi ODSS	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo
monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso ASA (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)	UO Libera Professione/Controllo di Gestione/Direzione Sanitaria/Osservatorio ALP	coerenza con Regolamento ALP	Rischio di un disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per equipe/professionista/ prestazione per mancata evidenziazione dei fenomeni (OSSERVATORIO ALP)	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			B	Attività codificate attraverso i quali sono presenti le risposte questo

AREA
Attività libero professionale di ricovero

RISI	DIPARTIMENTO/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	ATTIVITÀ DI COSTRUZIONE	RISCHI RICHIESTI	POTERI ASSISTITIVI			INDICATORI DI RISCHIO		Validazione complessiva rischio	Motivazione	
				mancato rispetto del regolamento	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			
Plausibilizzazione attività annuale (verifica congruità spazi, analisi attività erogata anno precedente, ecc) verifica e approvazione tariffari di ricovero	Ufficio di Direzione /UO Libera Professione/Saiter Ricoveri/SSD Accesso	Congruità con Regolamento ALP	mancato rispetto del regolamento	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	B M = M	Eventuali pressioni esterne sono contemplate da Regolamentazione pura materia.	
Autorizzazione all'esercizio LP (unica per ambulatorio e ricovero) inserimento medico nella equipe chirurgica della UO di riferimento, inserimento delle convenzioni con assicurazioni e fondi sanitari eventuali definizione tariffario personale / in mancanza applicazione tariffe IOR	Direzione Generale /UO Libera Professione/Saiter Ricoveri/SSD Accesso	Rilascio dell'autorizzazione all'esercizio dell'ALP: definizione prestazioni erogabili, tariffe, limitazioni, equipe di appartenenza	errata valutazione per la non corretta applicazione del Regolamento. Possibilità di favorire un professionista	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	B B	Eventuali pressioni esterne sono contemplate da Regolamentazione pura materia.	
Proposta e informazione al paziente da parte del medico della modalità di effettuazione del ricovero (ALP/SSN)	Medico		Dirizzare il paziente verso il regime ALP	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza	inadeguata diffusione della cultura della legalità	opacità del processo decisionale			A B B = A	Fase difficilmente verificabile attraverso normali misure controllo, controllate diffusione attraverso i professionisti e i pazienti modicata e delle tempi accesso alle prestazioni ALP/SSN
Emissione preventivo al paziente sulla base della richiesta del medico	Medico/SSD Accesso/UO Libera Professione	verifica coerenza con tariffari delle prestazioni aziendali erogabili in regime di ricovero	quotazione di prestazione differente da quella erogata per ridurre l'onere per il paziente	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza	inadeguata diffusione della cultura della legalità	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		B B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali
programmazione ricovero: verifica spazi/sale disponibili con CPSE Reparto LP, verifica spazi in Piattaforma ALP	Medico/SAITER-CPSE Libera Prof./SSD Accesso		Autorizzazione di un intervento in ALP non erogabile ai sensi del regolamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza	inadeguata diffusione della cultura della legalità	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali
Trasmissione della richiesta di ricovero allo CRSE Libera Professione per la programmazione del ricovero e pianificazione delle note operatorie	Medico/SAITER-CPSE Libera Prof./SSD Accesso	Monitoraggio Direzione Sanitaria su programmazione attività chirurgica	Favorire un professionista piuttosto che un altro nella programmazione (e di conseguenza un paziente)	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza	inadeguata diffusione della cultura della legalità	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA			B M = M	Il rischio viene contemplato dall'informazione delle procedure e dalla possa misure efficaci di controllo
Pagamento anticipo 100% prestazione o incipitamento presa in carico da società assistenza complementare	SSD Accesso/UO Libera Professione			scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	grado di attuazione delle misure di trattamento				B B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali
prestazione di ricovero / chirurgica	Medico / funzioni Tecnico Sanitarie di programmazione e di supporto attività chirurgica/Direzione Sanitaria	Monitoraggio Direzione Sanitaria su attività chirurgica	Esecuzione prestazione in orario istituzionale	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	grado di attuazione delle misure di trattamento				M B = M	Gestione e monitoraggio aggiornato dell'attività di programmazione e di supporto alla chirurgia con evidenza da di salvo
Controlli sull'attività erogata	UO Libera Professione	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici		inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		grado di attuazione delle misure di trattamento				B	Il rischio viene contemplato dall'informazione delle procedure e dalla possa misure efficaci di controllo
Controlli sull'attività erogata	SAITER/UO Libera Professione	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) personale a supporto fuori orario	Mancato rispetto delle regole con attuazione comportamenti scorretti	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA				B	Il rischio viene contemplato dall'informazione delle procedure e dalla possa misure efficaci di controllo
Controlli sull'attività erogata	Ufficio Codifiche/Controllo di Gestione/Direzione Sanitaria	Verifica coerenza DRG SDO con DRG di attribuzione codificato per la prestazione erogata	Rischio di non fatturare correttamente l'intervento/ricovero con maggiore o minore introiti	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA				B M = M	Il rischio viene contemplato dall'informazione delle procedure e dalla possa misure efficaci di controllo
Elaborazione dei reparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici e del personale a supporto	SSD Accesso /UO Libera Professione	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	rischio di errore di caricamento sullo stipendio/rischio di remunerare LP in orario di lavoro	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA				B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali
Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP	mancato rispetto regolamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA				B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali
Accantonamento annuale fondo comune collab. Diriigenza e Fondo comune collab. Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSs	mancato rispetto regolamento e/o errata applicazione accordi	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA				B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali
monitoraggio alp erogata e confronto con attività istituzionale da dati flusso CDG (valutazione volumi per unità operativa e tempi prestazione nel rispetto delle classi di priorità)	UO Libera Professione/Controllo di Gestione/Direzione Sanitaria/Osservatorio ALP	coerenza con Regolamento ALP	Disallineamento dei volumi e dei tempi di erogazione per una equipe/professionista/prestazione come conseguenza di mancata evidenziazione dei fenomeni (Osservatorio ALP)	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA				B	Attività informatizzata, codificata con procedure trasversali e regolamentare sono presenti diversi atti le rispettive competenze questo limite eventuali

AREA

Attività libero professionale a pagamento in convenzione

FASI	DIPARTIMENTI/ URGICI/SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi richiesti	FACTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO		
Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, riconozione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	Ufficio di Direzione /UO Libera Professione	Congruità con Regolamento ALP	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso. Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Favorire un singolo professionista rispetto all'equipe - conflitto di interessi dei medici eroganti presso la struttura privata	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo dell'attività nella costruzione aggiornamento e monitoraggio del piano
Stipula / rinnovo accordi in convenzione per la fornitura di attività specialistica d'equipe a pagamento destinata all'utenza di strutture private non accreditate, definizione standard di comunicazione informazioni all'utenza	Direttori SC/SSD Mediche/UO Libera Professione	congruità con Atto di programmazione, possesso dei requisiti necessari alla stipula / rinnovo convenzione da parte delle strutture identificate	Riconoscimento agevolazioni o compensi inferiori alle attività oggetto dell'accordo (attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri) Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto -	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	
Codifica convenzioni nell'applicativo di gestione ALP2000	UO Libera Professione	coerenza con tariffe concordate, equipie coinvolte		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza	inadeguata diffusione della cultura della legalità			
erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi equipie/struttura	Medico/SSD Accesso/UO Libera Professione	coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	
Rendicontazione prestazioni mensili da parte della struttura convenzionata (prestazioni erogate - giornate ed orari accessi)	UO Libera Professione	controllo automatico da sistema coerenza equipie/tariffe convenzioni		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
emissione fattura differita	UO Libera Professione			mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
Pagamento prestazioni erogate da parte della struttura convenzionata	UO Libera Professione/Sumcf			scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		grado di attuazione delle misure di trattamento		
Controlli sull'attività erogata	UO Libera Professione	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Esecuzione prestazione in orario istituzionale	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di attuazione delle misure di trattamento		
Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici	UO Libera Professione	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di attuazione delle misure di trattamento		
Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi O OSS		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento, monitoraggio informazioni e comunicazioni all'utenza da parte delle strutture convenzionate, verifica puntualità invio rendiconti, pagamenti eventuale attività di recupero crediti	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP	ritardato/mancato pagamento errata informazione ai pazienti delle strutture rispetto il rapporto di convenzionamento esistente	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		livello di interesse "esterno"		

AREA

Attività libero professionale a pagamento occasionale chirurgica

FASI	DIPARTIMENTI/ URGICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi richiesti	FACTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO		
Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, riconozione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	Ufficio di Direzione /UO Libera Professione	Congruità con Regolamento ALP	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso. Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Favorire un singolo professionista rispetto all'equipe - conflitto di interessi dei medici eroganti presso la struttura privata	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo dell'attività nella costruzione aggiornamento e monitoraggio del piano
Stipula / rinnovo accordi in convenzione per l'erogazione di prestazioni occasionali ai sensi art. 15 regolamento ALP	UO Libera Professione	Possesso dei requisiti necessari alla stipula / rinnovo convenzione da parte delle strutture richiedenti	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	
Richiesta prestazioni da parte di pazienti della struttura convenzionata	UO Libera Professione/Direzione Sanitaria	verifica tempi, tipologia di prestazione, conteggio numero accessi/consulti per professionista	incentivazione alla prestazione in forma occasionale	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di trasparenza		livello di interesse "esterno"		
erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi professionista/struttura	Medico/UO Libera Professione	coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		livello di interesse "esterno"		
Rendicontazione prestazioni mensili da parte della struttura convenzionata (prestazioni erogate)	UO Libera Professione	controllo limite consulti per professionista	Superamento limite e tipologia delle prestazioni consentite da regolamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
emissione fattura differita	UO Libera Professione						grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
Pagamento prestazioni erogate da parte della struttura convenzionata	UO Libera Professione/Sumcf						grado di attuazione delle misure di trattamento		
Controlli sull'attività erogata	UO Libera Professione	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici	Esecuzione prestazione in orario istituzionale	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli		grado di attuazione delle misure di trattamento		
Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiiale dei medici	UO Libera Professione	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di attuazione delle misure di trattamento		
Accantonamento mensile fondi Perequazione/Balduzzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi OOSS		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento, verifica puntualità invio rendiconti, pagamenti eventuale attività di recupero crediti	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP	ritardato/mancato pagamento errata informazione ai pazienti delle strutture rispetto il rapporto di convenzionamento esistente	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità		livello di interesse "esterno"		

AREA

Attività libero professionale a pagamento occasionale ambulatoriale

FASI	DIPARTIMENTI/ URGSI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi richiesti	FACTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO		
							livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del deciso interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo dell'attività nella costruzione aggiornamento e monitoraggio del piano
Pianificazione attività annuale (analisi attività erogata anno precedente, riconozione nuove esigenze, verifica rispetto degli accordi e dei criteri e parametri definiti, verifica e/o revisione schema tipo convenzione)	Ufficio di Direzione /UO Libera Professione	Congruità con Regolamento ALP	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso. Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Favorire un singolo professionista rispetto all'équipe - conflitto di interessi dei medici eroganti presso la struttura privata	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto				
Invio lettera convenzione per l'erogazione di prestazioni occasionali ambulatoriali ai sensi art. 15 regolamento ALP	UO Libera Professione	Possesso dei requisiti necessari da parte delle strutture richiedenti	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto				
Codifica prestazioni occasionali nell'ambito dell'infrastruttura di rete di cui alla L.120/2007 art. 1 c.4 lett.a-bis e nel sistema informatico di gestione economico/amministrativa ALP. Dotazione del Professionista di POS per l'incasso tracciato delle prestazioni ambulatoriali.	UO Libera Professione		incentivazione alla prestazione in forma occasionale	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli					
Richiesta prestazioni da parte di pazienti della struttura convenzionata	Medico/UO Libera Professione	verifica tempi, tipologia di prestazione, conteggio numero accessi/consulti per professionista		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	inadeguata diffusione della cultura della legalità				
erogazione attività a cura del Professionista secondo accordi professionista/struttura	UO Libera Professione	coerenza con accessi e modalità previsti in convenzione	Superamento limite e tipologia delle prestazioni consentite da regolamento	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del deciso interno alla PA	
pagamento prestazioni erogate da parte del paziente	Medico/UO Libera Professione		mancato pagamento / pagamento effettuato con mezzi non tracciabili	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del deciso interno alla PA	
Controlli sull'attività erogata	UO Libera Professione/Sumcf	Controlli sulla corretta erogazione LP (giorni, orari, timbratura) medici						grado di attuazione delle misure di trattamento	
Elaborazione dei riparti ed inserimento dei compensi a cedolino stipendiale dei medici	UO Libera Professione	verifica regolarità contabile e riparto dei compensi	Esecuzione prestazione in orario istituzionale	scarsa responsabilizzazione interna	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			grado di attuazione delle misure di trattamento	
Accantonamento mensile fondi Perequazione/Baldazzi	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di attuazione delle misure di trattamento	
Accantonamento annuale fondo comune collabora Dirigenza e Fondo comune collabora Comparto	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP/accordi O OSS		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del deciso interno alla PA	
monitoraggio alp erogata e coerenza con accordi e regolamento	UO Libera Professione	coerenza con Regolamento ALP		mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli				grado di discrezionalità del deciso interno alla PA	

ATTIVITA' PROCESSO: PROGETTI DI RICERCA – PARTENARIATO CON TERZE PARTI

Fasi	Attività di controllo	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Valutazione e negoziazione del contratto	Verifica che i contratti non contengano clausole che prevedano compensi a favore di terzi non corrispondenti a quanto previsto dal progetto di ricerca approvato dall'Ente finanziatore	Responsabile scientifico del Progetto (PI)	Amministrazione della ricerca

ATTIVITA' PROCESSO: RICERCA COMMISSIONATA DA TERZI

Fasi	Attività di controllo	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Valutazione e negoziazione del contratto	Verifica assenza di conflitto di interessi (vantaggio personale diretto o indiretto da qualche azienda al ricercatore)	Responsabile scientifico del Progetto (PI)	Amministrazione della ricerca

ATTIVITA' PROCESSO: APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO

Fasi	Attività di controllo	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Presentazione studio clinico	Verifica assenza di conflitto di interessi (vantaggio personale diretto o indiretto da qualche azienda al ricercatore)	Ricercatore	CTC - Segreteria Locale
Valutazione e negoziazione del contratto	Verifica che i contratti non contengano clausole che: 1) favoriscano interessi privati (del ricercatore o di terzi); 2) prevedano output di ricerca con vincolo di risultato	Ricercatore	Amministrazione della ricerca/Segreteria locale (per studi no profit con finanziamento da terzi la SL si accerta che il contratto venga valutato dal membro del comitato etico che verifica il rispetto delle linee guida CER sez.A)

ATTIVITA' PROCESSO: PROGETTI DI RICERCA – CONFERIMENTO DI INCARICHI A PERSONALE ESTERNO (INCARICHI LIBERO-

Fasi	Attività di controllo	Attività di supporto	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
Conferimento dell'incarico (libero professionale o borsa di studio)	Verifica dei requisiti formali e sostanziali della richiesta di avviso e del verbale di valutazione		Richiedente dell'avviso / Commissione valutatrice per il verbale	SS Amministrazione della Rice

Tabella delle misure generali

Misura generale	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Pesi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabile monitoraggio
Codice di comportamento	Consegna Codice di comportamento all'atto dell'assunzione	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	X	X	X	SUMAGP	SUMAGP
Codice di comportamento	Compilazione modulistica dichiarazioni pubbliche di interessi	Disciplina del conflitto di interessi	In atto	X	X	X	Tutto il personale	Responsabili strutture organizzative
Trasparenza	Verifica mediante attestazione dell'OIV-SSR della corretta pubblicazione in AT di quanto previsto dalla normativa e dal PTPCT	Controllo	In atto	X	X	X	Responsabili individuati nell'Allegato X del PTPCT	OIV + RPCT
Trasparenza	Verifica interna della corretta pubblicazione in AT di quanto previsto dalla normativa e dal PTPCT con comunicazione a RPCT	Controllo	In atto	X	X	X	Responsabili individuati nell'Allegato X del PTPCT	RPCT
Trasparenza	Accesso Civico Generalizzato	Trasparenza	In atto	X	X	X	Strutture detentrici le informazioni oggetto di istanza	RPCT
Trasparenza	Controllo da parte del RPCT delle info pubblicate (completezza, aggiornamento e apertura di formato)	Controllo	In atto	X	X	X	RPCT	RPCT
Codice di comportamento	Registrazione accessi degli Informatori Scientifici/Specialist di prodotto	Regolazione dei rapporti con i "rappresentanti di interessi particolari" (lobbies)	In atto	X	X	X	Professionisti	RPCT
Sensibilizzazione del personale	Organizzazione corsi di formazione sulle tematiche della prevenzione della corruzione	sensibilizzazione e partecipazione	In atto	X	X	X	RPCT	RPCT
Whistleblowing	Gestione delle segnalazioni e misure di protezione del whistleblower	Segnalazione e protezione	In atto	X	X	X	RPCT	RPCT
Rotazione ordinaria del personale	Attivazione di meccanismi di turnazione e rotazione rispetto ad attività critiche	Rotazione	In atto	X	X	X	Responsabili strutture organizzative	RPCT
Codice di comportamento	Gestione della formazione sponsorizzata da parte di soggetti esterni privati	Regolamentazione	In atto	X	X	X	Professionisti/Ufficio Formazione	Ufficio Formazione
Incarichi extraistituzionali	Gestione inconferibilità-incompatibilità e conferimento incarichi extra-istituzionali	Disciplina del conflitto di interessi	In atto	X	X	X	Ufficio Incarichi extraistituzionali	RPCT
Post employment pantoufage	Svolgimento di attività successiva alla cessazione del rapporto di lavoro	Disciplina del conflitto di interessi	In atto	X	X	X	Professionisti	SUMAGP
Patti di integrità	Consegna e richiesta di sottoscrizione ai fornitori	Definizione e promozione dell'etica e di standard di comportamento	In atto	X	X	X	Gestore contratti	Gestore contratti

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca finalizzata)

Fasi	Attività di controllo	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO	IN
Analisi, e definizione dei fabbisogni e programmazione	Audit interni sui reali fabbisogni	RUP (funzionario referente)	Dirigente	Fabbisogno UO della UO IOR,
Stesura delle specifiche tecniche	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	RUP (funzionario referente)	Dirigente	Acquisizione di informazioni tali all'oggetto dell'acq
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	RUP (funzionario referente)	Dirigente	Valutazione re soggettivi ed c individuazione qualità del ber oggetto dell'acq
Utilizzo del mercato elettronico	Rotazione dei compiti/aggiornamento nell'utilizzo del mercato elettronico regionale	RUP (funzionario referente)	Dirigente	Inserimento R direttamente sul portale Com
Emissione ordine	Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR – NSO	RUP (funzionario referente)	Dirigente	Inserimento O

AREA RICERCA

ATTIVITA' : PROGETTI DI RICERCA – PARTENARIATO CON TERZE PARTI

FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI	INDICATORI DI RISCHIO	Valutazione complessiva rischio	Motivazione sintesi della rilevanza del livello di esposizione
Valutazione e negoziazione del contratto+B5:L5	Amministrazione della Ricerca/UO che svolgono attività di ricerca finanziata/collaborativa	Verifica che i contratti non contengano clausole che prevedano compensi a favore di terzi non corrispondenti a quanto previsto dal progetto di ricerca approvato dall'Ente finanziatore	Previsione all'interno del contratto di fee a favore di terzi non previsti dal progetto, non a carico dei costi standard	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	livello di interesse "esterno"	M	Fattori abilitanti in quanto verificare il progetto/che da coinvolto lettura della approvazione finanziata di rischio: quanto si è interessati esterna.

AREA RICERCA

ATTIVITA': PRERICERCA COMMISSIONATA DA TERZI

PAESI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Rispetti i principi?	POTERI ABUSIVI			INDICATORI DI RISCHIO		Motivazione completa ritenuta	Motivazione secundaria	Motivo applicazione del rischio
				Verifica esistenza di conflitto di interessi	Verifica esistenza di conflitto di interessi	Verifica esistenza di conflitto di interessi	Indicatore di rischio	Indicatore di rischio			
Valutazione e negoziazione del contratto	Amministrazione della Ricerca/RITUD che svolgono ricerca commerciale	Verifica esistenza di conflitto di interessi (svolgendo percorso diretto o indiretto da qualche aderente al ricercatore)	Bolla del controente influenzata da interessi personali	inadeguata diffusione della cultura della legalità	mancanza di trasparenza		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		M	Medi senza l'Am è il pu ditta prima siano nell' collab redaz secon azien

AREA RICERCA

ATTIVITA': APPROVAZIONE STUDI CLINICI DA PARTE DEL COMITATO ETICO

AREA RICERCA

ATTIVITA' : PROGETTI DI RICERCA – CONFERIMENTO DI INCARICHI A PERSONALE ESTERNO (INCARICHI LIBERO-PROFESSIONALI E BORSE DI STUDIO)

FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI	INDICATORI DI RISCHIO	Valutazione complessiva rischio	Motivazione stato del rischio
	Conferimento dell'incarico (libero professionale o borsa di studio) Amministrazione della Ricerca/UO che richiedono l'attivazione del contratto	Verifica della completezza e coerenza all'avviso pubblico della motivazione espressa nel verbale della Commissione valutatrice	Contrattualizzazione di soggetti sulla base di motivi esulanti la preparazione professionale	inadeguata diffusione della cultura della legalità	mancanza di trasparenza	opacità del processo decisionale	M Men Stru dei chiav can nec impr fatt non con pre prot

PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI

Fasi	Attività di controllo	Attività di supporto	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO
PROGRAMMAZIONE	Analisi condivisa con Direzione aziendale		Direttore SC PAT	Direttore SC PAT
progettazione intervento	Verifica validazione e approvazione da parte del servizio tecnico del progetto di intervento,		RUP	Direttore SC PAT
Stesura del capitolato tecnico	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati tecnici delle professionalità interessate.		RUP	Direttore SC PAT
Scelta del tipo di procedura	Focus sulle procedure adottate		RUP	Direttore SC PAT
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Focus sugli atti di gara; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate		RUP	Direttore SC PAT
Nomina commissione	Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza dei conflitti di interesse) e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR nelle nomine		RUP	Direzione aziendale
Valutazione/attribuzione punteggi qualità da parte della commissione	Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.		RUP	Direzione aziendale/Direttore PAT

Sottoscrizione contratto	Verifica inserimento dei patti di integrità e richiamo al codice di comportamento aziendale		RUP	Direttore SC PAT
Emissione ordine	Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR -NSO		RUP	Direttore SC PAT
Autorizzazione al subappalto	Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione al subappalto. Istruzione operativa interna COMPLETATA		RUP	Direttore SC PAT
Adozione di variante	Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica		RUP	Direttore SC PAT
Collaudo/regolare esecuzione	Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi e delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi		RUP	Direttore SC PAT

PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.Lgs 50/2016) infra 150.000 €

Fasi	Attività di controllo	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO	IN
Stesura delle specifiche tecniche	Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	RUP	Direttore SC PAT	Acquisizione informazioni rispetto all'elenco dell'affidamento
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitoli speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	RUP	Direttore SC PAT	Valutazione degli elementi qualitativi del bene o servizio dell'acquisto
Emissione ordine	Verifica inserimento richiamo al codice di comportamento IOR – NSO	RUP	Direttore SC PAT	Inserimento nel GAAC
Regolare esecuzione	Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	RUP	Direttore SC PAT	verifica regolarità esecuzione in parte del RUP

AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016)

VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A € 40.000)

Fasi	Attività di controllo	RESPONSABILE DI ATTUAZIONE	RESPONSABILE DI MONITORAGGIO	IN
Individuazione dei requisiti per la partecipazione alla selezione	Focus sulle specifiche tecniche; coinvolgimento della Direzione aziendale nella stesura delle specifiche tecniche della procedura	RUP	Dirigente amministrativo	acquisizione delle e
Individuazione affidatario	Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti	RUP	Dirigente amministrativo	valutazione manife
Contratto di vendita/locazione/concessione	Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	RUP	Dirigente amministrativo	verifica dei requisiti oggettivi redazione

AREA AFFIDAMENTO LAVORI SERVIZI E

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI FINO AD € 40.000 (conto capitale e ricerca finalizzata)

FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI		INDICATORI DI RISCHIO		
	Analisi, e definizione dei fabbisogni e programmazione, programmazione acquisizione	Gare e procedure contrattuali + Servizio Ufficio o UO Richiedente	Audit interni sui reali fabbisogni	Rischio che il fabbisogno non sia corrispondente alle effettive necessità dell'ente; rischio frazionamento forniture	scarsa responsabilizzazione interna	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	opacità del processo decisionale	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA
	Stesura delle specifiche tecniche	Gare e procedure contrattuali + Servizio Ufficio o UO Richiedente	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	rischio che la stesura delle specifiche tecniche possa favorire determinati OE a svantaggio di altri	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di interesse "esterno"

	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	Gare e procedure contrattuali + Servizio Ufficio o UO Richiedente	Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitolati speciali delle professionalità interessate/rotazione e dei compiti	Rischio di attribuire punteggi che possano favorire determinati OE a svantaggio di altri	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di interesse "esterno"
	Utilizzo del mercato elettronico	Gare e procedure contrattuali	Rotazione dei compiti/aggiornamento ed ulteriore formazione circa l'attivazione del mercato elettronico regionale	Rischio di favorire OE a svantaggio di altri. Rischio di non dare seguito alla rotazione degli affidamenti	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA
	Emissione ordine	Gare e procedure contrattuali	Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR	Rischio emissione ordine senza controllo requisti del fornitore	mancanza di trasparenza			grado di attuazione delle misure di trattamento

					PROCEDURA DI APPALTO PER L'AFFIDAMENTO DI PROGETTAZIONE E LAVORI PUBBLICI Art.36 lgs50/2016					
	FASI	DIPARTIMENTI/UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO		
	PROGRAMMAZIONE Triennale LAVORO/Opera	SC PAT	Audit interni sui reali fabbisogni	Rischio che il fabbisogno non sia corrispondente alle effettive necessità dell'ente	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	opacità del processo decisionale	
	progettazione e intervento	SC PAT	Verifica validazione e approvazione da parte del servizio tecnico del progetto di intervento.	rischio che il progetto possa prevedere specifiche che possono essere soddisfatte solo da determinati professionisti	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		livello di interesse "esterno"	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	
	Stesura del capitolato tecnico	SC PAT	Focus sulle specifiche tecniche; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitoli tecnici delle professionalità interessate.	rischio che la stesura del capitolo tecnico possa favorire determinati OE a svantaggio di altri	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	scarsa responsabilizzazione interna		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di collaborazione del responsabile del processo o dell'attività nella costruzione, aggiornamento e monitoraggio del piano	
	Scelta del tipo di procedura	SC PAT	Focus sulle procedure adottate	rischio che la scelta della procedura possa restringere il numero di operatori che possono accedere alla stessa / mancato rispetto principio di rotazione	mancanza di trasparenza			grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		
	Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	SC PAT	Focus sugli atti di gara; Maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitoli speciali delle professionalità interessate	rischio che la scelta dei criteri e l'attribuzione del punteggio possa favorire determinati professionisti escludendone altri.	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	opacità del processo decisionale	

	Nomina commissione	DIREZIONE AZIENDALE	Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara (curriculum/dichiarazioni circa l'assenza dei conflitti di interesse) e rispetto norme trasparenza, legalità, codice di comportamento IOR nelle nomine	rischio che non vengano correttamente valutate le dichiarazioni di assenza conflitto di interesse dei componenti designati della commissione.	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	mancanza di trasparenza		livello di interesse "esterno"	
	Valutazione/atribuzione punteggi qualità da parte della commissione	COMMISSIONE AGGIUDICATRICE	Applicazione criteri definiti per la individuazione dei componenti delle Commissioni di gara/formazione del personale circa le implicazioni legali connesse.	rischio di favorire determinati OE a svantaggio di altri nell'attribuzione dei punteggi per la selezione	inadeguatezza o assenza di competenze del personale addetto ai processi	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		opacità del processo decisionale	
	Sottoscrizione contratto	GARE E PROCEDURE CONTRATTUALI	Verifica inserimento dei patti di integrità e richiamo al codice di comportamento aziendale	rischio non corretto adempimento della normativa anche interna nella stipula del contratto	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento		grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	
	Emissione ordine	GARE E PROCEDURE CONTRATTUALI	Verifica inserimento in tutti gli ordini dell'osservanza del Codice di Comportamento IOR	rischio non corretto adempimento della normativa interna nella gestione/inserimento degli ordini	mancanza di trasparenza			opacità del processo decisionale	
	Autorizzazione al subappalto	SC PAT	Controllo accurato sulla documentazione prodotta ai fini dell'autorizzazione al subappalto. Istruzione operativa interna COMPLETATA	rischio di non verificare correttamente i requisiti della ditta subappaltatrice e rischio di non corrispondenza con quanto stabilito in sede di gara	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	mancanza di trasparenza		livello di interesse "esterno"	opacità del processo decisionale
	Adozione di variante	SC PAT	Controllo sulla motivazione del provvedimento di adozione, sulla imprevedibilità dell'evento e sulla perizia tecnica	rischio che una non corretta valutazione della variante possa portare ad un aumento ingiustificato della spesa a vantaggio dell'aggiudicatario e delle ditte subappaltatrici.	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	livello di interesse "esterno"	opacità del processo decisionale

	Collaudo/regolare esecuzione	SC PAT	Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi e delle disposizioni di cui alla determina 12/2015 ANAC sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	rischio che l'esito positivo del collaudo possa favorire l'operatore economico, laddove esista la mancata esecuzione di parti essenziali dell'opera.	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	mancanza di trasparenza		livello di interesse "esterno"	opacità del processo decisionale	
--	------------------------------	--------	--	--	---	-------------------------	--	--------------------------------	----------------------------------	--

PROCEDURA PER L'AFFIDAMENTO DI LAVORI PUBBLICI (ART. 36 del D.Lgs 50/2016) infra 150.000€

FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI/SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO		Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI	INDICATORI DI RISCHIO	
Stesura delle specifiche tecniche	SC PAT		Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	rischio che la stesura delle specifiche tecniche possa favorire determinati OE a svantaggio di altri	mancanza di trasparenza	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	SC PAT		Focus sugli atti di gara; maggior coinvolgimento possibile nella stesura dei capitoli speciali delle professionalità interessate/rotazione dei compiti	rischio che la scelta dei criteri e l'attribuzione del punteggio possa favorire determinati operatori economici escludendone altri.	mancanza di trasparenza	esercizio prolungato ed esclusivo della responsabilità di un processo da parte di pochi o di un unico soggetto	grado di discrezionalità del decisore interno alla PA
Emissione ordine	GARE E PROCEDURE CONTRATTUALI		Verifica inserimento richiamo al codice di comportamento IOP in tutti gli ordini	rischio non corretto adempimento della normativa interna nella gestione/inserimento degli ordini	mancanza di trasparenza		opacità del processo decisionale
Regolare esecuzione	SC PAT		Corretta applicazione del D.Lgs 50/2016 e smi sugli adempimenti connessi/rotazione incarichi	rischio che l'esito positivo della regolare esecuzione possa favorire l'operatore economico.	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	mancanza di trasparenza	livello di interesse "esterno"

AFFIDAMENTO DI INCARICHI PROFESSIONALI (ART. 46 D.Lgs 50/2016)

FASI	DIPARTIMENTI /SERVIZI		Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI			INDICATORI DI RISCHIO		Valutazione complessiva rischio
	INTERESSATI	ATI AL PROCESSO								
Stesura delle specifiche tecniche relative all'incarico	SC PAT	Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	rischio di individuazione di requisiti e specifiche diretti a favorire un candidato a svantaggio di altri interessati	eccessiva regolamentazione, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento				grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	livello di interesse "esterno"	A
Individuazione dei criteri per l'attribuzione del punteggio qualità	SC PAT	Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti	rischio di individuare criteri diretti a favorire un candidato specifico.	mancanza di trasparenza				grado di discrezionalità del decisore interno alla PA	opacità del processo decisionale	A
Stesura disciplinare di incarico	SC PAT	Verifica inserimento nei disciplinari di incarico e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	rischio di prevedere caratteristiche tecniche confezionate su misura dei candidati/ Mancanza di applicazione principio rotazione	mancanza di trasparenza				grado di discrezionalità del decisore interno alla PA		M

VENDITA, LOCAZIONE IMMOBILI, CONCESSIONE IN USO DEGLI SPAZI (FINO A € 40.000)

FASI	DIPARTIMENTI/ UFFICI /SERVIZI INTERESSATI AL PROCESSO	Attività di controllo	Eventi rischiosi	FATTORI ABILITANTI	INDICATORI DI RISCHIO
Individuazione dei requisiti per la partecipazione alla selezione	SC PAT + Gare e Procedure contrattuali / Direzione Aziendale	Focus sulle specifiche tecniche; maggior coinvolgimento possibile nella stesura delle specifiche delle professionalità interessate.	Rischio di attribuire punteggi che possano favorire determinati OE a svantaggio di altri	ccessiva regolamentazio ne, complessità e scarsa chiarezza della normativa di riferimento	livello di interess e “estern o” grado di discrezi onalità del decisor e interno alla PA

	Individuazione vincitore	Gare e Procedure contrattuali	Focus sui criteri adottati; Rotazione dei compiti	rischio di valutazione non oggettiva dei criteri adottati per la selezione per favorire un candidato a svantaggio degli altri interessati	mancanza di trasparenza			opacità del processo decisionale	grado di discrezionalità del decisorio interno alla PA	livello di interessi e "esterno"
	Contratto di vendita/locazione	Gare e Procedure contrattuali	Verifica inserimento e sottoscrizione del codice di comportamento aziendale/patti di integrità	rischio di mancato rispetto delle indicazioni normative e/o aziendali nella predisposizione e sottoscrizione del contratto	mancanza di misure di trattamento del rischio e/o controlli			livello di interessi e "esterno"	opacità del processo decisionale	

MACROAREA	AREA	PROCESSO	INPUT	OUTPUT
PROGRAMMAZIONE	Programmazione fabbisogno	Pianificazione aziendale fabbisogni risorse umane	Individuazione fabbisogno risorse umane	Delibera adozione del Piano Triennale
AREA RECLUTAMENTO	1.1 PERSONALE DIPENDENTE	1.1.1 Acquisizione personale dipendente attraverso procedure concorsuali o selettive	1.1.1 Richiesta gestore	1.1.1 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
		1.1.2 Conferimento incarichi Direttori di Struttura Complessa	1.1.2 Piano triennale dei Fabbisogni	1.1.2 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
		1.1.3 Conferimento di incarichi ex art. 15 septies e 15 octies D.Lgs-502/92	1.1.3 Richiesta Gestore	1.1.3 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
		1.1.4 Assunzione categorie protette	1.1.4 Posti non coperti riservati alle categorie protette	1.1.4 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
		1.1.5 Mobilità in entrata	1.1.5 Domanda congiunta dipendenti	1.1.5 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
		1.1.6 Comando/assegnazione temporanea in entrata	1.1.6 richiesta gestore/Richiesta all'Azienda di appartenenza	1.1.6 Acquisizione in comando/ Diniego
	1.2 RECLUTAMENTO PERSONALE ATIPICO	1.2.1 Conferimento di incarichi di lavoro autonomo	1.2.1 Richiesta gestore	1.2.1 Sottoscrizione disciplinare d'incarico
		1.2.2 Assegnazione borse di studio tramite procedura selettiva	1.2.2 Richiesta gestore	1.2.2 Sottoscrizione disciplinare d'incarico
		1.2.3 Gestione procedure di conferimento incarico a personale convenzionato	1.2.3 Richiesta gestore	1.2.3 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
		1.2.4 Acquisizione del personale tramite agenzie lavoro interinale	1.2.4 Richiesta gestore	1.2.4 Sottoscrizione contratto individuale di Agenzia/Attivazione rapporto interinale
		1.2.5 Assunzione di personale non programmato per situazioni di emergenza	1.2.5 Stato di emergenza	1.2.5 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro
2. GESTIONE RAPPORTO DI LAVORO DIPENDENTE	2.1 Immatricolazione del dipendente, tenuta e aggiornamento dei fascicoli personali	2.1 Immatricolazione del dipendente, tenuta e aggiornamento dei fascicoli personali	2.1 Sottoscrizione contratto individuale di lavoro	2.1 Cessazione rapporto lavoro
		2.2 Adempimenti relativi applicazione Istituti Contrattuali (CCNL)	2.2 Istanza del dipendente	2.2 Autorizzazione/diniego
		2.3 Gestione istituti normativi della P.A. applicati alla Sanità	2.3 Istanza del dipendente	2.3 Autorizzazione/ Diniego se assenza requirita
		2.4 Comandi e assegnazioni temporanee	2.4 richiesta azienda di destinazione/istanza del dipendente	2.4 Assegnazione in comando/Diniego
		2.5 Part time/ Impegno ridotto	2.5 Istanza del dipendente	2.5 Sottoscrizione appendice contatto individuale
		2.6 Incarichi extra istituzionali	2.6 Istanza del dipendente	2.6 Autorizzazione/ diniego per incompatibilità
		2.7 Infortuni/Malattie professionali	2.7 Certificato di infortunio del Ps o MMG	2.7 Denuncia di infortunio o di Malattia Professionale
		2.8 Mobilità 2.8.1 in uscita	2.8.1 Richiesta dipendente	2.8.1 Autorizzazione/ Diniego

AREA GIURIDICA		2.8.2 interna	2.8.2 Accordo sindacale/Regolamento/Richiesta	2.8.2 Assegnazione nuova destinazione
		2.9 Cessazione rapporto di lavoro	2.9 Relazione gestore/Comunicazione del dipendente	2.9 Cessazione
		2.10 Ricostituzione rapporto di lavoro	2.10 Richiesta ex dipendente	2.10 Sottoscrizione contratto individuale
		2.11 Inidoneità al lavoro	2.11 Parere collegio medico aziendale o commissione medica di verifica	2.11 Nuovo collocamento aziendale
		2.12 Convenzionamento personale universitario	2.12 Richiesta Università	2.12 Convenzione
		3.1 Passaggi orizzontali nell'ambito della stessa categoria e livello economico	3.1 Accordo integrativo	3.1 Sottoscrizione CIL
3. SVILUPPO CARRIERA	3.2 Conferimento di: 3.2.1 Incarichi Dirigenziali 3.2.2 Incarichi di funzione 3.3 Valutazione del personale dirigente 3.4 Conferimento incarichi di sostituzione Direttori di Strutture	3.2 Conferimento di: 3.2.1 Incarichi Dirigenziali	3.2 Programmazione Aziendale	3.2 Sottoscrizione contratto per conferimento
		3.2.2 Incarichi di funzione		
		3.3 Valutazione del personale dirigente	3.3 Maturazione requisiti	3.3 Atto/ sottoscrizione contratto
		3.4 Conferimento incarichi di sostituzione Direttori di Strutture	3.4 Richiesta di sostituzione	3.4 Conferimento incarico
		4.1 Gestione presenze e assenze e controllo variabili da timbratura	4.1 Verifica congruità dati cartellino, giustificativi e variabili da timbratura	4.1 Passaggio flusso all'ufficio TE per cedolino del cartellino marcatempo per i dati di debito
	4.GESTIONE PRESENZE/ASSENZE			
AREA ECONOMICA	5. GESTIONE TRATTAMENTO ECONOMICO	5.1 Gestione trattamento economico di base del personale dipendente	5.1 Inquadramento economico previdenziale e fiscale in base alla qualifica in base ai contratti	5.1 Elaborazione cedolino
		5.1.2 - Gestione Trattamento Economico personale Universitario	5.1.2 Attribuzione dell'inquadramento economico . Il trattamento previdenziale viene rimborsato da AOU a UNI che provvede al versamento	5.1.2 Elaborazione valori economici
		5.2 - Gestione trattamento economico personale parasubordinato	5.2 Inquadramento economico, previdenziale e fiscale	5.2 Elaborazione cedolino
		5.2.1 Trattamento economico componenti esterni per commissioni e comitati	5.2.1 Atto di nomina	5.2.1 Elaborazione cedolino
		5.2.2 Trattamento economico Direzione Generale, Collegio sindacale	5.2.2 Atto di nomina	5.2.2 Elaborazione cedolino e/o liquidazione
		5.3 Gestione liquidazione personale con rapporto di lavoro autonomo di tipo occasionale e/o titolare di partita iva	5.3 Richiesta pagamento ore	5.3 Liquidazione fatture
		5.4 Gestione trattamento economico accessorio (<i>intramoenia e prestazioni aggiuntive</i>)	5.4 Caricamento flussi da RP/CSV	5.4 Elaborazione cedolino
		5.5 Liquidazione attività di consulenza attiva	5.5 Richiesta da altra Azienda per attivazione convenzione	5.5 Riconoscimento economico
		5.6 Gestione rimborso spese varie e di missione	5.6 Richiesta del dipendente	5.6 Elaborazione cedolino ex CCNL/regolamento
		5.7 Gestione piccoli prestiti e cessioni del quinto/Gestione pignoramenti	5.7 Richiesta del dipendente/ Richiesta da agenti riscossione-tribunale	5.7 Elaborazione cedolino

	5.8 Gestione ritenute	5.8 Richiesta del dipendente	5.8 Elaborazione cedolino
	5.9 Gestione successioni ed eredi	5.9 Istanza degli aventi diritto	5.9. Elaborazione Cedolino
	5.10 Adempimenti obblighi dichiarativi	5.10 Adempimento di legge	5.10 Elaborazione/invio dichiarazioni
	5.11 Gestione Inail ed Autoliquidazione	5.11 Adempimento di legge	5.11 Elaborazione dichiarazione
	5.12 Gestione economica certificazioni fiscali e previdenziali	5.12 Elaborazione dati per adempimenti di legge o a domanda	5.12 Elaborazioni certificazioni/dichiarazioni
	6.GESTIONE PREVIDENZIALE	6.1 Gestione posizione previdenziale obbligatoria e integrativa 6.2 Gestione riscatti/ricongiunzione	6.1 Istanza del dipendente/Amministrazione 6.2 Istanza del dipendente
AREA RELAZIONI ESTERNE	7 GESTIONE RELAZIONI SINDACALI	7.1 Gestione contrattazione integrativa	7.1 CCNL/ Esigenza Aziendale 7.1 Informazione/ confronto/accordo
DEBITI INFORMATIVI	8. FLUSSI INFORMATIVI	8.1 Flussi e debiti informativi interni (dotazione organica, passaggi intra/extra moenia, rilevazione fondi contrattuali ...) 8.2 Flussi e debiti informativi esterni (conto annuale, rilevazione Unica, Censimento Istat...)	8.1 Richiesta Direzione/gestore 8.2 Richiesta Ente/Istituzione 8.1 produzione Flusso 8.2 produzione Flusso

DIREZIONE AZIENDALE = DG,DS,DA,DASS,DIR.ASS, DIR.DIP.

DIREZIONE DI U.O.= DIRETTORI UOC/UOS

SERVIZIO RISORSE UMANE/ SETTORE= SETTORE ECONOMICO,FISCALE, PREVIDENZIALE

Processo	Attività	Rischio	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Ri
Reclutamento nuovi assunti	Recipimento contratto di assunzione	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
	Verifica stato di servizio di altro ente	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
Conferimento incarico	Recipimento atto di conferimento incarico									
	Attribuzione economica dell'incarico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
Progressione orizzontale/verticale	Gestione PEO e progressioni verticali	Impropria gestione dell'atto per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto/indiretto o perfino propri	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
	Inserimento inquadramento economico/fascia	Attribuzione volontaria di inquadramento economico o fascia diverso dagli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Diffusione della determina di esito della procedura ai fini di un controllo diffuso	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
Gestione trattamento economico personale titolare di Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa	Recipimento atto di conferimento									
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
Gestione trattamento economico personale titolare di Borsa di studio	Recipimento atto di conferimento									
	Attribuzione inquadramento	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
Elaborazione cedolino stipendiale	Elaborazione del cedolino stipendiale	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R
	Invio flusso per pagamento dello stipendio	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo dello schema da inviare al tesoriere da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito i flussi sul portale della banca	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAEP	R

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione
C o n c o r s i	Definizione dell'eventuale bando (passaggi verticali), definizione dell'Accordo integrativo aziendale (passaggi orizzontali)	Previsioni di requisiti di accesso "personalizzanti" -	La normativa contrattuale (passaggi verticali) Accordo integrativo aziendale (passaggi orizzontali) definizione dei criteri	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP
I o n r t i e z r z n a i o n p t e a r l i	Valutazione dei requisiti d'ammissione	Omissione Intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti	Rotazione degli operatori preposti all'attività di verifica dei requisiti necessari all'ammissione	Rotazione	In atto	X	X	X	SUMAGP
P a s s a g g i	Nomina della commissione (passaggi verticali)	IRREGOLARE COMPOSIZIONE DELLA COMMISSIONE	Individuazione della figura apicale sul posto che è oggetto del passaggio verticale	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP
	Individuazione dei criteri per l'attribuzione dei punteggi	Insufficienza di meccanismi oggettivi e trasparenti , idonei a verificare il possesso dei requisiti attitudinali e professionali richiesti in relazione alla posizione da ricoprire	individuazione preventiva dei criteri di valutazione per il passaggio verticale/orizzontale; per quest'ultimo si rinvia all'Accordo Integrativo Aziendale	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP
	Predisposizione e valutazione dei candidati e attribuzione dei punteggi	Inosservanza delle regole procedurali a garanzia della trasparenza e dell'imparzialità della selezione, quali a titolo esemplificativo, cogenza della regola dell'anonimato nel caso della prova scritta e pratica ; preterminazione dei criteri di valutazione	La figura apicale, insieme ai restanti componenti della medesima categoria della posizione messa a bando, garantisce la regolarità della valutazione e della conseguente attribuzione dei punteggi	Trasparenza	In atto	X	X	X	SUMAGP
	Formazione della graduatoria Provvedimento di inquadramento nel nuovo profilo professionale (per progressioni verticali/orizzontali)	Esercizio abusivo / fraudolento di un potere discrezionale	La figura apicale, insieme ai restanti componenti della medesima categoria della posizione messa a bando, presidia ai lavori di formulazione della graduatoria finale	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAGP
		nessun evento rischioso							

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabile
Reclutamento nuovi assunti	Recipimento contratto di assunzione	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
	Verifica stato di servizio di altro ente	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di coerenza della documentazione presente nel fascicolo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione inquadramento economico diverso dal contratto di lavoro per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
Conferimento incarico	Recipimento atto di conferimento incarico								
	Attribuzione economica dell'incarico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
Progressione orizzontale/verticale	Gestione PEO e progressioni verticali	Impropria gestione dell'atto per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto/indiretto o perfini propri	Previsione di più settori / funzioni per lo svolgimento e il controllo delle attività inerenti l'attribuzione dell'incarico	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
	Inserimento inquadramento economico/Fascia	Attribuzione volontaria di inquadramento economico o fascia diverso dagli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Diffusione della determina di esito della procedura ai fini di un controllo diffuso	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
Gestione trattamento economico personale titolare di Contratto di Collaborazione Coordinata e Continuativa	Recipimento atto di conferimento								
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
Gestione trattamento economico personale titolare di Borsa di studio	Recipimento atto di conferimento								
	Attribuzione inquadramento economico	Attribuzione di un valore diverso da quello presente sugli atti per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo della corretta attribuzione dell'inquadramento da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
Elaborazione cedolino stipendiale	Elaborazione del cedolino stipendiale	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE
	Invio flusso per pagamento dello stipendio	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto o per interessi personali	Controllo dello schema da inviare al tesoriere da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito i flussi sul portale della banca	Controllo	In atto	X	X	X	SUMAE

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabile attuazione
Trattamento economico legato alle presenze in servizio	Recepimento flusso da RP	Riconoscimento di vantaggi e benefici impropri							
	Inserimento flusso RP su cedolino	Omissione Intenzionale per motivi personali del necessario controllo su attività ai dipendenti	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
Compensi da Libera Professione	Recepimento flusso da UO L.P. in formato csv	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
	Inserimento flusso su cedolino	Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
Rimborsi Missioni	Ricevimento autorizzazioni missioni	Impropria gestione della determina per fini propri	Autorizzazione del Dirigente del servizio per la liquidazione dei compensi	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
	Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo di coerenza al regolamento della documentazione autorizzata dal Dirigente al fine di imputare correttamente i compensi da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
Compensi commissioni concorsi	Ricevimento determine	Impropria gestione della determina per fini propri	Controllo di coerenza al fine di valutare la corretta attribuzione del compenso	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
	Verifica della documentazione e liquidazione compensi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione dei compensi da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
Gestione del sistema incentivante	Analisi e recepimento dell'accordo aziendale	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo di coerenza con gli accordi aziendali	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
	Aggiornamento e/o inserimento tabelle relative agli incentivi	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta inserzione dei dati da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito le tabelle in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA
	Inserimento tramite file elaborato dalla procedura stipendiale su cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo pre - post calcolo tramite applicativo	Controllo	In atto	X	X	X	SUMMA

Processo	Attività	Rischi	Descrizione della Misura	Tipologia di Misura	Fasi/Attività di realizzazione	Tempi di attuazione: 2021	Tempi di attuazione: 2022	Tempi di attuazione: 2023	Responsabilità di attuazione	Responsabilità monitoraggio
Cessioni private	Richiesta del dipendente	Impropria gestione della richiesta per fini propri	Verifica di completezza del corredo documentale	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
		Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo indipendente da parte di personale dell'ufficio non coinvolto nelle elaborazioni	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
		Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Verifica dell'inerzienza della documentazione rispetto alla normativa di riferimento	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
	Ricezione ed analisi del contratto	Impropria gestione della pratica per fini propri	Controllo indipendente da parte di personale dell'ufficio non coinvolto nelle elaborazioni stipendiali	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
		Attribuzione volontaria della quota diversa dagli atti contrattuali	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
		Violazione delle procedure o abuso dei poteri d'ufficio per favorire individui con i quali sussiste un rapporto diretto o indiretto	Controllo di completezza del corredo documentale	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
	Invio del benestare	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
		Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
		Recepimento cartella esattoriale o decreto ingiuntivo	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
Riscatti e Ricongiunzioni	Decreto dell'INPS	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER
Gestione pignoramenti	Inserimento quota da trattenere nel cedolino	Riconoscimento volontario di vantaggi e benefici impropri	Controllo della corretta attribuzione della trattenuta da parte di personale dell'ufficio diverso da quello che ha inserito il dato in procedura	Controllo	In atto	X	X	X	Atti controllati sul totale di quelli ricevuti	SUMAER

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

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

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI *

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

PROCESSO N. 6 SPONSORIZZAZIONI DELLE PARTECIPAZIONI AD EVENTI FORMATIVI ESTERNI							
	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure d
1	Monitoraggio delle sponsorizzazioni alla partecipazione ad eventi esterni	Vantaggi ai partecipanti	Responsabile della U.O. di appartenenza del partecipante	5	4	20	critico

PROCESSO N. 7 CONVENZIONE SERVIZIO PRENOTAZIONE LIBERA PROFESSIONE							
	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure d
1	Gestione amministrativa della convenzione per prenotazione visite e prestazioni ambulatoriali in libera professione	Inosservanza delle procedure operative concordate con la società convenzionata	Accesso ai Servizi	2	1	2	trascurabile

PROCESSO N. 8 CONVENZIONI PER ATTIVITA' DI COLLABORAZIONE TRA ENTI PUBBLICI, PRIVATI, ASSOCIAZIONI							
	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure d
1	Identificazione/scelta controparte per attività di collaborazione tra enti pubblici, privati, Associazioni	In caso di struttura privata scelta senza valutazione diverse opzioni Favorire una struttura/associazione volontariamente	Direzione Sanitaria/Scientifica e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)	3	4	12	rilevante

2	Istruttoria (raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi; verifica diretta della parte inherente 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/Scientifica Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria) e relative strutture coinvolte (per quanto di competenza)	3	4	12	rilevante	Trasmissione delle informazioni che comportano oneri al Comune. La verifica congruità economica non è in merito. La risposta non è chiara. Silenzio assoluto.
3	Approvazione (predisposizione e redazione delibera/determina con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare mancata adozione della forma prevista per la tipologia di atto	Responsabile del procedimento AA.GG.	3	4	12	rilevante	

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

PROCESSO N. 11 CONVENZIONI CON SOGGETTI PRIVATI DIRETTE A FORNIRE, A TITOLO ONEROso, CONSULENZE O SERVIZI AGGIUNTIVI RISPETTO A QUELLI ORDINARI							
	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure d

1	Identificazione/scelta controparte	Prestazioni in favore di struttura sanitaria accreditata concorrenti ai fini dell'accreditamento o del mantenimento dello stesso. Conflitto di interessi in caso la controparte sia produttore di dispositivi medici e/o potenziale fornitore IOR Attribuzione di vantaggi economici e/o di immagine impropri. Mancanza imparzialità rispetto ai professionisti interni coinvolti	Direzione Scientifica/Direzione Sanitaria - Direttore/Responsabile Equipe della SC-SSD IOR	5	3	15	critico	Verifica che la struttura accreditata ovvero che non siano coinvolte nell'accreditamento o stessa Eventuale precisazione circa l'identità Accessibilità alle corrispondenti professionisti in base al Responsabile della S
2	Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica del possesso dei necessari requisiti - raccolta dei paretti/autorizzazioni necessarie - Condivisione dei testi con la controparte)	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori/inferiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria/Direzione Scientifica - responsabile UFFICIO ALP (per istruttoria)	5	3	15	critico	
3	Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto)	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare	Responsabile UFFICIO ALP	5	3	15	critico	Attivazione percorso Richiesta di parere sottoscrizione Valutazione e raccomandazione IOR: Dichiarazione di intesa Impegno alla non presentarsi firmato, parere favorevole Direttore di Struttura

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI

MACROPROCESSO N. 12

ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI ATTRAVERSO INTERCENTER/SERVIZIO ACQUISTI METROPOLITANO

	FASE	RISCHI	ANOMALIE SIGNIFICATIVE	MISURE GENERALI
1 - Programmazione	1.1 Analisi e definizione dei fabbisogni contrattuali generali e degli oggetti degli affidamenti	1) Definizione di un fabbisogno non rispondente a criteri di efficienza/ efficacia/ economicità, ma alla volontà di premiare interessi particolari; 2) Intempestiva predisposizione ed approvazione degli strumenti di programmazione	1) Ritardata o mancata approvazione della programmazione; 2) ingiustificato ricorso alle proroghe contrattuali; 3) reiterato inserimento nella programmazione di oggetti di gara che non arrivano alla fase di affidamento;	Segregazione funzioni informativi Reporting
1 - Programmazione	1.2 Predisposizione ed adozione della programmazione biennale di acquisizione di forniture e servizi e degli aggiornamenti annuali			
1 - Programmazione	1.3 Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della programmazione (profilo committente, tavolo soggetti aggregatori)			
2 - Progettazione	2.1 Valutazione della richiesta di acquisto e verifica sua presenza nella programmazione.	1) Disattendere le previsioni della programmazione procedendo all'affidamento di appalti non programmati 2) Disattendere le previsioni della programmazione non procedendo all'attivazione ed all'affidamento di appalti previsti	1) Numero elevato di procedure di affidamento non inserite nella programmazione attivate e/o concluse; 2) Elevato rapporto fra procedure programmate non attivate e procedure programmate	
2 - Progettazione	2.2 Verifica presenza di convenzioni dei soggetti aggregatori o dell'avvenuto inserimento nella programmazione di questi ultimi dell'oggetto della richiesta d'acquisto	Non utilizzo delle Convenzioni o del mercato elettronico al fine di favorire specifici fornitori	1) Non utilizzo di quote di fabbisogno comunicate e contrattualizzate; 2) attivazione di procedure di affidamento per oggetti sovrapponibili a quelli di convenzioni dei soggetti aggregatori	Flussi informativi Reporting
2 - Progettazione	2.3 Individuazione RUP (o sostituzione)	Nomina di Responsabile unico del procedimento (RUP) in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse
2 - Progettazione	2.4 Svolgimento indagini di mercato - pubblicazione di avvisi esplorativi	Svolgimento di indagini di mercato superficiali o i cui risultati vengono predeterminati in funzione della restrizione del possibile mercato ad uno o pochi fornitori	1) Elevato numero di indagini di mercato che si concludono con l'indicazione di uno o pochi fornitori disponibili; 2) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	
2 - Progettazione	2.5 Verifica esclusività/infungibilità tramite avviso esplorativo, valutazione eventuali candidature e definizione della procedura per la soddisfazione di quel fabbisogno	Elusione delle regole che determinano l'esclusività/infungibilità dei beni/servizi finalizzate a favorire specifici fornitori ai quali viene riconosciuta una condizione di esclusività/infungibilità non reale	1) Non utilizzo degli "Avvisi esplorativi" od utilizzo limitato	Segregazione funzioni conflicti d'interesse Gestione conflitti d'interesse
2 - Progettazione	2.6 Individuazione dei componenti il gruppo tecnico incaricato di definire il Capitolato tecnico	1) Individuazione dei Componenti il Gruppo tecnico in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza. 2) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che definiscono le caratteristiche tecniche sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto; 3) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Flussi informativi Reporting
2 - Progettazione	2.7 Quantificazione dei fabbisogni di gara	Fabbisogni dichiarati non coincidenti con il reale consumo/utilizzo previsto al fine di lasciare "libere" quote di mercato da affidare a fornitori specifici;		Segregazione Funzioni Utilizzo procedure informatizzate

	2.8	Scelta della procedura di aggiudicazione	1) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante improprio utilizzo di sistemi di affidamento o di tipologie contrattuali per favorire un operatore. 2) Abuso delle disposizioni in materia di determinazione del valore stimato del contratto al fine di eludere le disposizioni sulle procedure da porre in essere. 3) Elusione delle regole di affidamento degli appalti mediante l'improprio utilizzo della procedura negoziata, al di fuori dei casi consentiti dalla legge, per favorire una specifica impresa.	1) elevato numero di procedure negoziate; 2) reiterato ed immotivato ricorso alla procedura negoziata per lo stesso oggetto di gara; 3) Frequenti "sforamenti" dei contratti stipulati in esito a procedure "sottoasoglia"	
	2.9	Predisposizione documentazione di gara con definizione criteri di partecipazione, criteri di aggiudicazione, item di valutazione qualità e definizione importo a base d'appalto	1) Predisposizione di documenti di gara con definizione di criteri di ammissione finalizzati a restringere artificiosamente il numero dei concorrenti; 2) Definizione di criteri di valutazione della qualità finalizzati a favorire specifici fornitori o comunque a restringere il mercato, in particolare favorendo il fornitore uscente anche grazie ad assimmetrie informative che possono rappresentare un gap per gli altri concorrenti. 3) Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti che elaborano i documenti di gara sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto. 4) Predisposizione di clausole contrattuali dal contenuto vago o vessatorio per disincentivare la partecipazione alla gara ovvero per consentire modifiche in fase di esecuzione; 5) Fuga di notizie circa le procedure di gara ancora da pubblicare che anticipino solo ad alcuni operatori economici la volontà di bandire eventuali gare o i contenuti della documentazione di gara		Segregazione delle funzioni
	2.10	Predisposizione documentazione richiesta offerta per acquisti diretti (non infungibili) inferiori a €.40.000	Condizione di potenziale intrinseca "prossimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto		
Il contrattante	3.1	Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'indizione della gara (profilo committente, piattaforma SATER)	Inadeguata pubblicità	1) Frequenti richieste di trasmissione dei documenti di gara da parte di potenziali fornitori; 2) frequenti richieste di proroga dei termini di presentazione delle offerte	Procedure informatizzate Flussi informativi Reporting
	3.2	Invio invito operatori economici (sottosoglia)			MISURE GIA' DEFINITE IN ALTRE FASI (2.9 - 2.10)
	3.3	Gestione chiarimenti, quesiti, rettifiche, sopralluoghi, proroghe dei termini	Assenza di pubblicità dei chiarimenti e dell'ulteriore documentazione rilevante. Immotivata concessione di proroghe rispetto al termine previsto dal bando.		Procedure informatizzate
	3.4	Ricezione offerte			Procedure informatizzate
	3.5	Valutazione documentazione amministrativa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara (es. mancata attivazione "Soccorso istruttorio")		Procedure informatizzate
	3.6	Nomina Commissione Giudicatrice (transitorio in attesa di applicazione linee guida Anac)	1) Nomina di Componenti della Commissione giudicatrice in rapporto di contiguità con imprese concorrenti (soprattutto esecutori uscenti) o privi dei requisiti idonei e adeguati ad assicurare la terzietà e l'indipendenza; 2) Ritardo nell'individuazione e nell'indicazione dei nominativi da parte delle Aziende sanitarie interessate		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Flussi Informativi Reporting
	3.7	Valutazione tecnica offerte in caso di aggiudicazione con il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa	1) Azioni e comportamenti tesi a restringere indebitamente la platea dei partecipanti alla gara. Applicazione distorta dei criteri di aggiudicazione della gara per manipolarne l'esito. 2) Assenza di criteri motivazionali sufficienti a rendere trasparente l'iter logico seguito nell'attribuzione dei punteggi, nonché valutazione dell'offerta non chiara/ trasparente/ giustificata.		Segregazione funzioni Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate Flussi Informativi Reporting
	3.9	Valutazione economica offerte			Procedure informatizzate

3 - Selezione delle offerte	3.10 Verifica di anomalia delle offerte	1) Verifica strumentalmente finalizzata ad escludere offerte in realtà congrue o ad ammettere offerte in realtà non congrue o credibili 2) Valutazione non adeguata da parte del RUP se non dotato delle necessarie competenze tecniche; 3) assenza di adeguata motivazione sulla congruità o non congruità dell'offerta; 4) Accettazione di giustificazioni di cui non è stata verificata la fondatezza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse Procedure Informatizzate
3.11 Controlli pre aggiudicazione/pre stipula		1) Alterazione o omissione dei controlli e delle verifiche al fine di favorire un aggiudicatario privo dei requisiti. Possibilità che i contenuti delle verifiche siano alterati per permettere l'aggiudicatario e favorire gli operatori economici che seguono nella graduatoria.		
3.12 Adozione atto di aggiudicazione		Immotivato ritardo nella formalizzazione del provvedimento di aggiudicazione definitiva , che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto.		
3.13 Pubblicazioni e comunicazioni connesse all'adozione della aggiudicazione definitiva		Violazione delle regole poste a tutela della trasparenza della procedura al fine di evitare o ritardare la proposizione di ricorsi da parte di soggetti esclusi o non aggiudicatari.		
3.14 Annullamento della gara/ Revoca del bando		Abuso del provvedimento di revoca del bando al fine di bloccare una gara il cui risultato si sia rivelato diverso da quello atteso o di concedere un indennizzo all'aggiudicatario o di allungare artificiosamente i tempi di affidamento		
4 - Verifica dell'aggiudicazione e stipula del contratto	4.1 Stipula contratto/adesione convenzione e emissione ordinativo di fornitura	1) Immotivato ritardo nella adesione alla convenzione o nella sottoscrizione del contratto, che può indurre l'aggiudicatario a sciogliersi da ogni vincolo o recedere dal contratto; 2) Adesione alla convenzione con quantitativi/imposti non coerenti con il fabbisogno espresso in sede di predisposizione dei documenti di gara		Flussi informativi Reporting
	4.2 Individuazione Direttore Esecuzione Contratto	Nomina DEC in rapporto di contiguità con impresa aggiudicataria o privo dei requisiti idonei e adeguati ad assicurarne la terzietà e l'indipendenza		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse
	5.1 Autorizzazione al subappalto	1) Mancata valutazione dell'impiego di manodopera o incidenza del costo della stessa ai fini della qualificazione dell'attività come subappalto per eludere le disposizioni e i limiti di legge. 2)Mancata effettuazione delle verifiche obbligatorie sul subappaltatore. 3)Accordi colusivi tra le imprese partecipanti che utilizzano il subappalto come modalità per distribuire i vantaggi dell'accordo a tutti i partecipanti all'accordo.		
	5.2 Ammissione delle varianti (compreso sesto quinto)	Abusivo ricorso alle varianti al fine di favorire l'appaltatore (ad esempio, per consentirgli di recuperare lo sconto effettuato in sede di gara o di conseguire extra guadagni o di dover partecipare ad una nuova gara). Inserimento nuovi prezzi.		Flussi informativi Reporting
	5.3 Affiancameti e sostituzioni in corso di contratto	Affiancameti e sostituzioni di prodotti in corso di contratto finalizzate a favorire uno specifico fornitore		Procedure informatizzate

5 - Esecuzione del Contratto	5.4 Verifiche in corso di esecuzione del contratto	1) Mancata o insufficiente verifica dell'effettivo stato avanzamento lavori rispetto al cronoprogramma al fine di evitare l'applicazione di penali o la risoluzione del contratto o ingiustificato pagamento anticipato. 2) Accettazione materiali in cantiere non conformi al capitolo. 3) Accettazione materiali non conformi nelle forniture di beni sanitari. 4) Uso non giustificato di materiali fuori contratto.		Flussi informativi Reporting
	5.5 Verifica delle disposizioni in materia di sicurezza con particolare riferimento al rispetto delle prescrizioni del Piano di Sicurezza e Coordinamento (PSC) o Documento Unico di Valutazione dei Rischi Interferenziali (DUVRI)	Mancato rispetto delle disposizioni previste nel DUVRI/PSC/POS		Flussi informativi Reporting
	5.6 Apposizione di riserve	Apposizione di riserve generiche a cui consegue una incontrollata lievitazione dei costi.		
	5.7 Gestione delle controversie, Utilizzo di rimedi di risoluzione delle controversie alternativi a quelli giurisdizionali durante la fase di esecuzione del contratto.	Ricorso ai sistemi alternativi di risoluzione delle controversie per favorire l'esecutore.		
6 - Rendicontazione del contratto	6.1 Verifica della corretta esecuzione con rilascio del certificato di collaudo o del certificato di verifica di conformità	Alterazioni o omissioni di attività di controllo al fine di perseguire interessi privati e diversi da quelli della stazione appaltante.Rilascio del certificato di collaudo/regolare esecuzione in cambio di vantaggi economici o la mancata denuncia di difformità e vizi dell'opera.		Segregazione funzioni Rotazione Gestione conflitti d'interesse

AREA GENERALE: CONTRATTI PUBBLICI *

MACROPROCESSO N. 12 BIS - ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI ATTRAVERSO SEZIONE UNICO METROPOLITANO ECONOMATO							
classificazione ANAC	Area di rischio	fase	processo	descrizione	possibili rischi	Dip. UO	classificazio n rischio
1. GENERALI	1.1 CONTRATTI PUBBLICI	1.1.1 Programmazione	Analisi e definizione dei fabbisogni	La gestione dei contratti prevede la verifica periodica dello scadenzario per la predisposizione dei fabbisogni. L'analisi dei fabbisogni degli articoli contenuti nei contratti in scadenza prevede la verifica dello storico dei consumi per categoria merceologica e la contestuale stima quantitativa annua per singolo articolo. Viene compilato un elenco degli articoli	Definizione di un fabbisogno non rispondente ai criteri di efficienza / efficacia/economia con possibili anomalie quali: • Ritardo o mancata approvazione degli strumenti di programmazione • eccessivo ricorso a procedure di urgenza o a proroghe contrattuali • reiterazione di piccoli affidamenti aventi il medesimo	SUME	M
1. GENERALI	1.1 CONTRATTI PUBBLICI	1.1.2 Progettazione	Fornitura di beni di valore < 40.000	Acquisti mediante emissione di ordini in economia	Condizione di potenziale intrinseca "prssimità" di interessi generata dal fatto che i soggetti proponenti l'acquisto sono anche coloro che utilizzano i materiali acquistati, con conseguenti benefici diretti e/o indiretti nei confronti dello stesso utilizzatore e possono quindi orientare la quantità e tipologia del materiale richiesto	SUME	M
1. GENERALI	1.1 CONTRATTI PUBBLICI	1.1.5 Esecuzione del contratto	Acquisti mediante emissione ordini su contratto	Gli ordini di beni e servizi ricompresi in contratto vengono emessi utilizzando il contratto sottoscritto dal SAM. Il contratto definisce l'oggetto, il fornitore, le condizioni e le modalità di acquisto e di pagamento. Gli elementi essenziali del contratto (importo, durata, cig) vengono inseriti in procedura EUSIS MAGAZ dal SAM sulla base di atti deliberativi o determini.		SUME	B

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

fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto
1 pagamento stipendi	modifiche non tracciate e/o ingiustificate dei dati contenuti nella banca dati aziendale; riconoscimento voci retributive non dovute/mancato riconoscimento voci retributive dovute	SUMAEP	2	5

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

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

AREA GENERALE: AFFARI LEGALI E CONTENZIOSO
PROCESSO n. 25
ASSICURAZIONE RCT - GESTIONE RICHIESTE DI RISARCIMENTO IN AMBITO SANITARIO

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

PROCESSO n. 26
GESTIONE DEL CONTENZIOSO IN CUI E' PARTE IOR FUORI DALLE COPERTURE ASSICURATIVE

	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	Misure di pre
1	Valutazione degli atti notificati	Tutela di un interesse particolare	Direttore Generale/Amministrativo e SSD Affari Legali e Generali	5	3	15	critico
2	Scelta del difensore e attribuzione incarico	Illogicità della scelta effettuata in base a preferenze personali. Immotivata ripetitività incarichi. Assegnazione a soggetti in conflitto di interessi	Direttore Generale	5	3	15	critico
3	Accettazione preventivo. Liquidazione del compenso	Accettazione preventivo sproporzionato al caso. Pagare una somma non pattuita	SSD Affari Legali	5	3	15	critico
4	Pubblicazione dei compensi dei curricula	Mancanza di trasparenza	SSD Affari Legali	5	3	15	critico

AREA SPECIFICA: ATTIVITA' LIBERO PROFESSIONALE E LISTE DI ATTESA

PROCESSO N. 27

LIBERA PROFESSIONE

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

PROCESSO N. 28 LISTA D'ATTESA PER RICOVERO PROGRAMMATO CHIRURGICO IN REGIME ORDINARIO SSN

	Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio	M
1	Inserimento in lista d'attesa con attribuzione della priorità e della data della visita	Discrezionalità nell'attribuzione della classe di priorità (A - B - C - D) superiore rispetto a quella pertinente per quadro clinico. Inserimento in lista d'attesa di un paziente con data diversa rispetto a quella della visita (retroattiva o posticipata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico
2	Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	critico

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

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

2	Programmazione dei ricoveri con scorrimento della LdA informatizzata	Alterazione della programmazione dei ricoveri senza rispettare i criteri predefiniti di scorrimento della lista (cronologico per data di inserimento in lista; tipologia di patologia; priorità assegnata)	Medico (decide) - segreteria (esegue)	5	3	15	<p style="color: red;">critico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Controllo de Gestione lista n°PG23D - Pubblicazio d'attesa - Monitoraggio pulizia delle liste (estrazione dati) Monitoraggio in verifica dei ricoveri professione rispettività istituzion

AREA SPECIFICA: RAPPORTI CON SOGGETTI EROGATORI

PROCESSO N. 30		CONVENZIONI CON ENTI PUBBLICI E PRIVATI PER L'ACQUISIZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE					
Fasi	rischio	responsabilità	probabilità	impatto	livello di rischio		Misure di presidio
Identificazione/scelta controparte	In caso di struttura privata scelta senza valutazione di diverse opzioni. Favorire una struttura volontariamente	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento	5	4	20	critico	Specifiche delle motivazioni le quali viene prescelta una struttura privata/associazione eventuali precisazioni o indagini preventive circa l'identificazione
Istruttoria (Raccolta della documentazione prodotta, dei testi degli accordi verifica diretta della parte inherente la parte normativa e contrattualistica ed indiretta attraverso il servizio competente della parte tecnica/ scientifica/sanitaria/ professionale ecc..) Raccolta dei pareri/autorizzazioni necessarie. Condivisione dei testi con l'eventuale controparte	Riconoscimento agevolazioni o compensi superiori alle attività oggetto dell'accordo	Direzione Sanitaria - Responsabile del procedimento AA.GG. (per istruttoria)	5	4	20	critico	Predisposizione accordi quadri con P.A.
Approvazione (Predisposizione e redazione delibera/determina conseguente, con definizione dei Servizi gestori e competenti per l'atto	Mancata verifica cause ostative alla stipula di ordine normativo regolamentare, tipologia di atto mancata adozione della forma prevista per la	Responsabile del procedimento AA.GG.	5	4	20	critico	Trasmissione delle convenzioni al Controllo di Gestione per verifica congruità economico Monitoraggio convenzioni passive

ALLEGATO 2

AL PTPCT IOR 2022-2024

	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	RPCT		
	Link al sito "Normattiva" - Entro 30 gg dalla conoscenza	SC AALLGG		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	RPCT- SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione (per quanto di competenza)		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC AALLGG		
		NA - Non Applicabile Aziende SSN	Inserire comunque il link a http://www.funzionepubblica.gov.it/strumenti-e-controlli/trasparenza-delle-pa/scadenzario-nuovi-obblighi-amministrativi	
a oria 16				
a oria 16				
nde		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
		NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione, Marketing sociale, Direttori/responsabili ei singoli uffici (per quanto di competenza)		
	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	SC Programmazione e Controllo e Sistemi di Valutazione, Marketing Sociale (per quanto di competenza)		
	Aggiornamento entro 30 giorni da eventuali variazioni	Dirigenti responsabili dei singoli uffici		
	Entro 30 gg da eventuali variazioni	Marketing Sociale		
	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca		
	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca		

	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b) Vanno inseriti membri commissioni concorsuali, collegio sindacale e OAS.
	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - SUMAEP - Amm. Ricerca		
	Entro 30 gg dall'invio alla Funzione Pubblica	SUMAGP - Amm. Ricerca		
	Entro 3 mesi dal conferimento dell'incarico (e comunque prima del pagamento)	SUMAGP - Amm. Ricerca		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG - MIUR	Da applicare a Direttore Generale, Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario (+Direttore Servizi Sociali+Direttore Scientifico, ove presenti) nei termini indicati dall'Art.41, con riferimento quindi a quanto previsto all'Art. 15 (cfr. cfr. nota DG Sanità PG/2016/724035 del 18.11.2016 e PG/2017/280066 dell'11.4.2017, e nota OIV-SSR ad ANAC PG/2017/0283542 del 12/04/2017 e PG/2019/0685605 del 10/09/2019) Con riferimento all'applicazione del D.Lgs.39/2013, cfr. nota DG Cura della Persona, Salute e Welfare ad ANAC prot.03/11/2021.1012935.U	
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG		
	Entro il primo semestre dell'anno successivo alla rilevazione	RER - SC AALLGG		
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER - SC AALLGG		
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
ta nesi a ento - o o		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
ina		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
.	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	RER -SC AALLGG - MIUR		
.	Annuale - Entro il 30/06 e/o in relazione a comunicazioni della Regione	RER - SC AALLGG-MIUR		
o)		NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		

Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente, con riferimento a Direttori di Dipartimento, Struttura complessa e struttura semplice	
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR	Vedi nota precedente	
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		

	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento di nomina	SUMAGP	Inserire anche incarichi di funzione	
	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP/SUMAEP	Banca Dati SICO (Art. 9bis All. b) (sia per dotazione organica che per costo personale indeterminato)	
	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP/SUMAEP		
	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAGP/SUMAEP	Banca Dati PERLAPA e SICO (Art. 9bis All. b)	
	La pubblicazione avviene entro la fine del mese successivo al trimestre	SUMAGP/SUMAEP		
	Entro 30 gg dalla scadenza del trimestre di riferimento	SUMAGP		
	Entro 30 gg dal provvedimento di autorizzazione	SC AALLGG		Banca Dati PERLAPA (Art. 9bis All. b)
	Entro 30 giorni dall'efficacia dell'atto, fatti salvi diversi obblighi di legge	RELAZIONI SINDACALI		Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)
	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	RELAZIONI SINDACALI	Banca Dati SICO e ARAN-CNEL (Art. 9bis All. b)	
.	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale	SUMAEP		
	Entro 30 gg dalla nomina	OAS/OIV	Anche con rinvio a specifica pagina sul sito RER - http://trasparenza.regione.emilia-romagna.it/personale/oiv/oiv-per-altri/oiv-altri	
	Entro 30 gg dalla nomina	OAS/OIV		
	Entro 30 gg dalla nomina	OAS/OIV		
	5 gg per pubblicazione del bando. 30 gg per pubblicazione di criteri e tracce a decorrere dalla conclusione del procedimento concorsuale	SUMAGP		
	Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	OAS/OIV SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione	Cfr. indicazioni DGR 819/2021 (anche per voci successive)	
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione	Compresi indicatori ex c.522 legge di stabilità 2016	
	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP		
	Entro 30 giorni dalla certificazione da parte del collegio sindacale del Conto annuale	SUMAEP		
	Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento/atto	RELAZIONI SINDACALI		

Banca Dati SQuEL e Patrimonio PA (Art.
9bis All. b)

	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
a oria 016				
	Entro 30 giorni da eventuali variazioni	Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP- SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		
	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	SC AALLGG - SC PAT - Amm. Ricerca - SAM (per quanto di competenza)	Cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0685401 del 10/09/2019, con la quale si è formalizzata la linea condivisa nel Tavolo regionale RPCT di interpretare la voce "Provvedimenti organi indirizzo politico" in modo estensivo anche con riferimento ai Provvedimenti del Direttore Generale, allo scopo di favorire una migliore accessibilità da parte dei cittadini ad informazioni il più possibile omogenee e consistenti.	
a oria 016				
	Entro 30 giorni dalla fine del semestre	SC AALLGG - SC PAT - Amm. Ricerca - SAM (per quanto di competenza)		
a oria 016				
a oria 016				
	Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SAM - SC PAT- SUME		

Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SAM - SC PAT- SUME		
entro un mese dalla scadenza del semestre (delibera n. 39/2016 ANAC)/anno di riferimento	SAM - SC PAT- SUME		
Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	SAM - SC PAT		
Entro 30 gg dalla data dell'avviso	SAM		
Entro 30 gg dalla data della delibera a contrarre o altro atto equivalente	SAM - SC PAT -SUME		
Entro 30 gg dalla data dell'avviso/bando	SAM - SC PAT	NOTA BENE: in "Profilo del committente" occorre inserire anche specifica voce denominata ""Pubblicazione dati in materia di responsabilità professionale ai sensi della L.n.24 del 8/3/2017" secondo quanto indicato nelle note PG/2017/0302132 del 20/04/2017 del Servizio Amministrazione SSR e PG/2017/0438502 del 13/06/2017 dell'OIV-SSR (pubblicazione annuale al 31/3)	Banche Dati BDAP + BDNCP + Servizio contratti pubblici (Art. 9bis All. b)
Entro 30 gg dalla data dell'avviso	SAM - SC PAT		
Entro 30 gg dalla data dell'avviso	SAM		
Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT		
Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT		

Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM- SC PAT		
Entro 30 gg dalla data del provvedimento	SAM - SC PAT		
	NA	COMMA 505 ABROGATO DAL D.LGS. 18 APRILE 2016, N. 50, COME MODIFICATO DAL D.LGS. 19 APRILE 2017, N. 56.	
Entro 30 gg	SAM - SC PAT		
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG	Informazioni da pubblicare per quanto applicabili, nel rispetto del c.4 art.26 D.LGs.33/2013 e solo se relative a prestazioni non rientranti nei LEA. Cfr. Delibera ANAC 468 del 16/6/2021 e linee applicative condivise nell'ambito del Tavolo regionale di coordinamento dei RPCT delle Aziende sanitarie	
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG		

Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'emanazione del provvedimento (e comunque prima del pagamento)	SC AALLGG		
Entro 31/1 dell'anno successivo	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'adozione	SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
Entro 30 gg dall'adozione	SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	SC PAT	Anche beni "detenuti"	Banca Dati Patrimonio PA (Art. 9bis All. b)
Entro 30 gg dal trimestre di riferimento	SC PAT		
Sulla base delle delibere A.N.AC.	RPCT/OAS		
	NA - Non Applicabile Aziende SSR		
Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	OAS/OIV		
Entro 30 gg dalla trasmissione da parte dell'OIV	OAS/OIV		
Entro 30 gg dalla formalizzazione della relazione	Segreteria Collegio Sindacale		
Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione e del rilievo	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'adozione (o immediato tramite link a specifica sezione del sito)	URP		
Entro 30 gg dalla notizia del ricorso	SC AALLGG		
Entro 30 gg dalla notifica della sentenza	SC AALLGG		
Entro 30 gg dall'adozione della misura adottata in ottemperanza alla sentenza	SC AALLGG		
Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	SC Programmazione e controllo e Sistemi di Valutazione		

Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
Estrazioni mensili (da pubblicare entro 30 gg dal mese oggetto di indagine)	Direzione Sanitaria	Anche tremite link a siti regionali	
Entro 30 gg dalla formalizzazione della rilevazione	ICT		
Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	SUMCF	Anche mediante link a http://soldipubblici.gov.it (ex art.4bis)	
Entro il mese successivo all'anno di riferimento	SUMCF		
Entro il mese successivo al trimestre di riferimento	SUMCF		
Entro un mese dall'adozione del bilancio di esercizio	SUMCF		
Entro 30 gg dalla modifica	SUMCF		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Entro 30 giorni dall'approvazione del bilancio	SC PAT		Banca Dati BDAP (Art. 9bis All. b)
Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SC PAT		
Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SC PAT		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
	NA - Non Applicabile Aziende SSN		
Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	Dipartimento Sanità Pubblica Altri servizi eventualmente coinvolti	Cfr. nota OIV-SSR ad ANAC prot. PG/2019/0598476 del 16/07/2019 in cui si prevede che "tutti gli enti sanitari della Regione Emilia-Romagna, per adempiere all'obbligo, debbano strutturare la macrofamiglia "Informazioni Ambientali" in un'unica voce in cui inserire tutte le informazioni ai sensi dell'art. 40 del D. Lgs 33/2013; nello specifico, tenuto anche conto della tipologia di informazioni ambientali che le aziende ed enti del SSR ed ARPAE detengono in relazione alle proprie finalità istituzionali: - le Aziende USL dovranno inserire la Relazione Annuale predisposta dal Dipartimento di Sanità Pubblica, il link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - le Aziende Ospedaliere dovranno inserire un link alla AUSL	

Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
		<i>territoriale di riferimento e link ad ARPAE Regione Emilia-Romagna e al Ministero dell'Ambiente; - tutti gli enti potranno pubblicare eventuali ulteriori informazioni o documenti disponibili secondo quanto previsto dal D. Lgs. 195/2005."</i>	
31/3 per elenco al 31/12 dell'anno precedente	COMMITTENZA		
31/3 per accordi sottoscritti l'anno precedente	COMMITTENZA		
Entro 30 gg dall'adozione	SUME/SAM	Nota RER prot. 599043 del 15/09/2020, con riferimento all'emergenza COVID19 + Decreto del Presidente in qualità del soggetto attuatore n.51 del 9/4/2021	
Entro 30 gg dalla fissazione dei termini	SUME/SAM		
Entro 30 gg dalla disponibilità del dato o dell'informazione	SUME/SAM		
Entro 30 gg dall'approvazione del provvedimento e/o in relazione a termini indicati dall'ANAC	RPCT		
Entro 30 gg dal provvedimento di nomina o secondo indicazioni ANAC	RPCT		
Entro 30 gg dall'adozione del provvedimento	RPCT		
In relazione a termini indicati dall'ANAC	RPCT		
Entro 30 gg dalla conoscenza/comunicazione del provvedimento ANAC. Entro 30 gg dall'adozione dell'atto di adeguamento	RPCT		
Entro 30 gg dall'atto di accertamento	RPCT		
Entro 30 gg dal provvedimento di nomina del RPCT	SC AALLGG		
Entro 30 gg da eventuali variazioni	SC AALLGG		
Entro 30 gg dal termine del semestre di riferimento	SC AALLGG		
Entro 30 gg dal provvedimento di adozione o modifica	ICT		
Entro il 31/03 di ogni anno	ICT		

	Termini di effettivo aggiornamento	Responsabili individuazione/elaborazione, trasmissione e pubblicazione	Note	9bis
n.	Entro il 31/03 di ogni anno	ICT		
	Entro la fine del mese successivo al trimestre considerato	Amm. Ricerca	cfr. nota OIV-SSR PG/2019/0915511 del 17/12/2019 ad oggetto "Linee guida su informazioni da pubblicare in Amministrazione Trasparente in materia di sperimentazioni cliniche, ai sensi dell'art.2 D.Lgs.52/2019"	
	31/3 per anno precedente	Risk Manager	cfr. nota PG 179935 del Servizio Assistenza Ospedaliera del 14/3/2018)	
	In prima attuazione con riferimento al 31/12/2020: entro 31/3/2021 Successivamente con riferimento al 31/12: entro 28/2 dell'anno successivo	SC PAT - Amm. Ricerca - ICT - SC Progreammazione Controllo e Sistemi di Valutazione	cfr.nota OIV-SSR Prot. 05/02/2021.0099560.U + indicazioni ulteriori fornite da Servizio Gestione Amministrativa	
		Tutte le articolazioni amministrative IOR - SUMAGP - SUMAEP - SUMCF - SUME - SAM		

ALLEGATO 3

AL PTPCT IOR 2022-2024

SCHEDA PER LA PREDISPOSIZIONE ENTRO IL 31/01/2022 DELLA RELAZIONE ANNUALE DI TRASPARENZA

La presente scheda è compilata dal RPCT delle pubbliche amministrazioni rese istituzionale dell'amministrazione.

Le società e gli altri enti di diritto privato in controllo pubblico nonché le presenti schede con riferimento alle misure anticorruzione adottate in base

ID	Domanda	Risposta <i>(selezionare dal menù a tendina un'opzione di risposta e inserire il valore richiesto)</i>
2	GESTIONE DEL RISCHIO	
2.A	Indicare se è stato effettuato il monitoraggio di tutte le misure, generali e specifiche, individuate nel PTPCT (<u>domanda facoltativa</u>)	Sì (indicare le principali criticità riscontrate e le relative iniziative adottate)
2.A.4	Se non è stato effettuato il monitoraggio, indicare le motivazioni del mancato svolgimento	
2.B	Indicare in quali delle seguenti aree si sono verificati eventi corruttivi e indicarne il numero (più risposte sono possibili). (Riportare le fattispecie penali, anche con procedimenti pendenti e gli eventi corruttivi e le condotte di natura corruttiva come definiti nel PNA 2019 (S 2), nella delibera n. 215 del 26 marzo 2019 (S 3.3.) e come mappati nei	
2.B.1	Acquisizione e gestione del personale	No
2.B.2	Contratti pubblici	No
2.B.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No
2.B.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No
2.B.5	Affari legali e contenzioso	No
2.B.6	Incarichi e Nomine	No
2.B.7	Gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio	No
2.B.8	Aree di rischio ulteriori (elencare quali)	No
2.B.9	Non si sono verificati eventi corruttivi	No

2.C	Se si sono verificati eventi corruttivi, indicare se nel PTPCT 2021 erano state previste misure per il loro contrasto	No
2.E	Indicare se sono stati mappati i processi secondo quanto indicato nell'Allegato 1 al PNA 2019 (§ 3.2.)	Si, parzialmente
2.F	Se sono stati mappati i processi indicare se afferiscono alle seguenti aree:	
2.F.1	Contratti pubblici	Si
2.F.2	Incarichi e nomine	Si
2.F.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	No
2.F.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	Si
2.F.5	Acquisizione e gestione del personale	Si
2.G	Indicare se il PTPCT è stato elaborato in collaborazione con altre amministrazioni (<u>domanda facoltativa</u>)	Si (indicare con quali amministr...
3	MISURE SPECIFICHE	
3.A	Indicare se sono state attuate misure specifiche oltre a quelle generali	Sì,
3.B.	Indicare quali sono le tre principali misure specifiche attuate (<u>domanda facoltativa</u>)	
4	TRASPARENZA	
4.A	Indicare se è stato informatizzato il flusso per alimentare la pubblicazione dei dati nella sezione "Amministrazione trasparente"	Si (indicare le principali sottoalimentate da flussi informatizzati)
4.B	Indicare se il sito istituzionale, relativamente alla sezione "Amministrazione trasparente", ha l'indicatore delle visite	Si (indicare il numero delle vissute)
4.C	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "semplice"	No
4.D	Indicare se sono pervenute richieste di accesso civico "generalizzato"	No
4.E	Indicare se è stato istituito il registro degli accessi	Si (se disponibili, indicare i singoli esempi)
4.F	E' rispettata l'indicazione che prevede di riportare nel registro l'esito delle istanze (<u>domanda facoltativa</u>)	Si

4.G	Indicare se sono stati svolti monitoraggi sulla pubblicazione dei dati	Sì (indicare la periodicità dei monitoraggi e specificare se essi hanno riguardo alla totalità oppure un campione di obiettivi)
4.H	Formulare un giudizio sul livello di adempimento degli obblighi di trasparenza indicando quali sono le principali inadempienze riscontrate nonché i principali fattori che rallentano l'adempimento	
5	FORMAZIONE DEL PERSONALE	
5.A	Indicare se è stata erogata la formazione dedicata specificamente alla prevenzione della corruzione	Sì
5.B	Se non è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare le ragioni della mancata erogazione	
5.E	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione indicare se ha riguardato, in particolare: <i>(domanda facoltativa)</i>	
5.E.1	Etica ed integrità	Sì
5.E.2	I contenuti dei codici di comportamento	No
5.E.3	I contenuti del PTPCT	Sì
5.E.4	Processo di gestione del rischio	Sì
5.C	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, indicare quali soggetti tra i seguenti hanno svolto le docenze:	
5.C.1	SNA	No
5.C.2	Università	No
5.C.3	Altro soggetto pubblico (specificare quali)	Sì
5.C.4	Soggetto privato (specificare quali)	No
5.C.5	Formazione in house	Sì
5.C.6	Altro (specificare quali)	No
5.D	Se è stata erogata la formazione in materia di prevenzione della corruzione, formulare un giudizio sulla formazione erogata con particolare riferimento all'appropriatezza di destinatari e contenuti, sulla base di eventuali questionari somministrati ai partecipanti	
6	ROTAZIONE DEL PERSONALE	

6.A	Indicare il numero di unità di personale dipendente di cui è composta l'amministrazione:	1403
6.A.1	Numero dirigenti o equiparati	275
6.A.2	Numero non dirigenti o equiparati	1128
6.B	Indicare se nell'anno 2021 è stata effettuata la rotazione dei dirigenti come misura di prevenzione del rischio	No, la misura non era prevista da riferimento all'anno 2020
6.C	Indicare se l'ente, nel corso del 2021, è stato interessato da un processo di riorganizzazione (anche se avviato in anni precedenti e concluso o in corso nel 2021) (<u>domanda facoltativa</u>)	Si
7	INCONFERIBILITÀ PER INCARICHI DIRIGENZIALI D.LGS. 39/2013	
7.A	Indicare se sono state effettuate verifiche sulla veridicità delle dichiarazioni rese dagli interessati sull'insussistenza di cause di inconferibilità	Si (indicare il numero di verifiche e il numero di eventuali violazioni accertate)
7.B	Indicare, con riferimento all'anno 2021, se è stata accertata l'inconferibilità degli incarichi dirigenziali per sussistenza di condanna penale, ai sensi dell'art. 3 del d.lgs. n. 39/2013	Si
8	INCOMPATIBILITÀ PER PARTICOLARI POSIZIONI DIRIGENZIALI - D.LGS. 39/2013	
8.A	Indicare se sono state adottate misure per verificare la presenza di situazioni di incompatibilità	Si (indicare quali e il numero di situazioni accertate)
9	CONFERIMENTO E AUTORIZZAZIONE INCARICHI AI DIPENDENTI	
9.A	Indicare se è stata adottata una procedura prestabilita per il rilascio delle autorizzazioni allo svolgimento di incarichi	Si
9.C	Indicare se sono pervenute segnalazioni sullo svolgimento di incarichi extra-istituzionali non autorizzati	No
10	TUTELA DEL DIPENDENTE PUBBLICO CHE SEGNALA GLI ILLECITI (WHISTLEBLOWING)	
10.A	Indicare se è stata attivata una procedura per la presentazione e la gestione di segnalazione di condotte illecite da parte di dipendenti pubblici, come intesi all'art. 54-bis, co. 2, del d.lgs. n. 165/2001, idonea a garantire la riservatezza dell'identità del segnalante, del contenuto delle segnalazioni e della relativa	Si
10.B	Se non è stata attivata la procedura, indicare le ragioni della mancata attivazione	

10.C	<p>Se non è stato attivato il sistema informativo dedicato, indicare attraverso quali altri mezzi il dipendente pubblico può inoltrare la segnalazione</p>	
10.D	<p>Se è stata attivata la procedura, indicare se sono pervenute segnalazioni di whistleblower</p>	No
10.G	<p>Formulare un giudizio sul sistema di tutela del dipendente pubblico che segnala gli illeciti indicando le misure da adottare per rafforzare la garanzia di anonimato e la tutela da azioni discriminatorie (<u>domanda facoltativa</u>)</p>	
11	CODICE DI COMPORTAMENTO	
11.A	<p>Indicare se è stato adottato il codice di comportamento che integra e specifica il codice adottato dal Governo (D.P.R. n. 62/2013)</p>	Si
11.B	<p>Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se gli obblighi di condotta ivi previsti sono stati estesi a tutti i soggetti di cui all'art. 2, co. 3, d.P.R. 62/2013 (collaboratori e consulenti, titolari di organi e di incarichi negli uffici di diretta collaborazione delle autorità politiche, collaboratori di imprese fornitrice di beni o servizi e che realizzano opere in favore delle amministrazioni) (<u>domanda facoltativa</u>)</p>	Si
11.C	<p>Se è stato adottato il codice di comportamento, indicare se sono pervenute segnalazioni relative alla violazione del D.P.R. n. 62/2013 e delle eventuali integrazioni previste dal codice dell'amministrazione</p>	No
12	PROCEDIMENTI DISCIPLINARI E PENALI	
12.B	<p>Indicare se nel corso del 2021 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi a carico dei dipendenti</p>	No

12.D	Se nel corso del 2021 sono stati avviati procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, indicare quanti sono riconducibili a fatti penalmente rilevanti (il numero di procedimenti per ciascuna tipologia; lo stesso procedimento può essere riconducibile a più reati):	
12.D.1	Peculato - art. 314 c.p.	
12.D.2	Concussione - art. 317 c.p.	
12.D.3	Corruzione per l'esercizio della funzione - art. 318 c.p.	
12.D.4	Corruzione per un atto contrario ai doveri di ufficio -art. 319 c.p.	
12.D.5	Corruzione in atti giudiziari -art. 319ter c.p.	
12.D.6	Induzione indebita a dare o promettere utilità - art. 319quater c.p.	
12.D.7	Corruzione di persona incaricata di pubblico servizio -art. 320 c.p.	
12.D.8	Istigazione alla corruzione -art. 322 c.p.	
12.D.9	Traffico di influenze illecite -art. 346-bis c.p.	
12.D.10	Turbata libertà degli incanti -art. 353 c.p.	
12.D.11	Turbata libertà del procedimento di scelta del contraente -art. 353 c.p.	
12.D.12	Altro (specificare quali)	
12.E	indicare a quali aree di rischio sono riconducibili i procedimenti disciplinari per eventi corruttivi, penalmente rilevanti e non (Indicare il numero di procedimenti per ciascuna delle sottostanti aree):	
12.E.1	Contratti pubblici	
12.E.2	Incarichi e nomine	
12.E.3	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari privi di effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
12.E.4	Provvedimenti ampliativi della sfera giuridica dei destinatari con effetto economico diretto ed immediato per il destinatario	
12.E.5	Acquisizione e gestione del personale	

12.F	Indicare se nel corso del 2021 sono stati avviati a carico dei dipendenti procedimenti disciplinari per violazioni del codice di comportamento, anche se non configurano fattispecie penali	No
13	ALTRE MISURE	
13.A	Indicare se si sono verificate violazioni dei divieti contenuti nell'art. 35 bis del d.lgs. n. 165/2001 per i soggetti condannati, anche con sentenza non passata in giudicato, per i reati di cui al Capo I, Titolo II, Libro II, c.p.	No
13.B	Indicare se ci sono stati casi di attivazione delle azioni di tutela previste in eventuali protocolli di legalità o patti di integrità inseriti nei contratti stipulati	No
14	ROTAZIONE STRAORDINARIA	
14.A	Indicare se si è reso necessario adottare provvedimenti di rotazione straordinaria del personale di cui all'art. 16, co. 1, lett. 1-quater, d.lgs.165/2001, a seguito dell'avvio di procedimenti penali o disciplinari per le condotte di natura corruttiva	No
15	PANTOUFLAGE	
15.A	Indicare se sono stati individuati casi di pantouflage di dirigenti	No
15.B	Indicare se sono state attuate le misure per prevenire il pantouflage	Si (indicare le misure adottate)